**บทที่ 2**

**แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแผ่นพับความรู้การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ
แผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้
 1.แนวคิดทฤษฏีเกี่ยวกับการให้ความรู้
 2.ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
 3. แนวคิดการติดเชื้อแผลฝีเย็บ
 3.1 แผลฝีเย็บ
 3.2 การฉีกขาดแผลฝีเย็บ
 3.3 ชนิดแผลฝีเย็บ
 3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการตัดฝีเย็บ

 3.5 การติดเชื้อแผลฝีเย็บ
 3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อบริเวณแผล
 4. แนวทางการสร้างแผ่นพับความรู้
 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**1.แนวคิดทฤษฏีเกี่ยวกับการให้ความรู้**

สุวรีย์ ศิวะแพทย์ (2549) ความรู้ หมายถึง การได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์แนวปฏิบัติสิ่งของ เหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกตุ ประสบการณ์ หรือจากสื่อ ต่าง ๆ ประกอบกับความรู้จึงเป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง หรือความคิด ความหยั่งรู้หยั่ง เห็น หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ
 สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) กล่าวว่า บุคคลส่วนมากจะรับรู้เบื้องต้นผ่านประสบการณ์แล้ว จัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพจิตวิทยา ความรู้จึงเป็น ความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน ซึ่งความรู้ทําให้ผู้เรียนได้รู้ถึงความสามารถใน การจํา และรำลึกถึงเหตุการณ์ และประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว ซึ่งบลูมได้แยกการประเมินระดับ ความรู้ไว้ 6 ระดับดังนี้
 1.ระดับที่ระลึกได้(Recall) เป็นระดับที่มีความสามารถในการดึงข้อมูลออกมาจากความจําได้
 2. ระดับที่รวบรวมสาระสําคัญได้ (Comprehensive) เป็นระดับที่สามารถทําบางสิ่ง บางอย่างได้มากกว่าการจําเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความด้วยถ้อยคําของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายแปลความ และเปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้
 3.ระดับของการนําไปใช้ ( Application) สามารถนําเอาข้อเท็จจริง และความคิดเห็นที่เป็น นามธรรม ไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
 4.ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถให้ความคิดในรูปของการนํา ความคิดมาแยกส่วน เป็นประเภท หรือการนําข้อมูลมาประกอบกันเพื่อปฏิบัติของตนเอง
 5.ระดับของการสังเคราะห์ (Analysis) คือการนําเอาข้อมูล แนวความคิด มาประกอบกัน แล้วนําไปสู่การสร้างสรรค์ที่ต่างจากเดิม
 6. ระดับการประเมิน (Evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์การ รวบรวมผล และวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง
**2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม**  ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่
 2.1 ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)
 2.2 ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
 2.3 ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

 **2.1 ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – Theory)**
 ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self -care ) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self –care agency ) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care demand ) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ( Basic conditioning factors ) ดังนี้

 **2.1.1 การดูแลตนเอง (Self - care : SC ) :** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites ) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว (รุจา ภู่ไพบูลย์,2541) ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

 **ระยะที่ 1** ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ ( Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ
 **ระยะที่ 2** ระยะการกระทำและผลของการกระทำ ( Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม(psychomotor action ) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

 **2.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง ( Self - care agency : SCA )** หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent – care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ
 *2.1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน* (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการ แสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย
 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่านเเขียน
การใช้เหตุผลอธิบาย
 2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส
 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง
 5) นิสัยประจำตัว
 6) ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ
 7) ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง
 8) ความห่วงใยในตนเอง
 9) การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง
 10) การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ
 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

 **2.1.2.2** *พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component* **)**
 เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย
 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ
 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง
 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ
 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้
 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ
 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

 ***2.1.2.3*** *ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง* ( Capabilities for self – care operations ) ประกอบด้วย
 1) ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง
 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

 **2.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด** ( Therapeutic Self - care Demand : TSCD ) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม ( Action demand )การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง ( Self - care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ( Therapeutic Self - care Demand )เป็นเป้าหมายสูงสุด ( Ultimate goal ) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น ( Self - care requisites : SCR ) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

 2.1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ( Universal Self – care Requisites : USCR ) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ ( Action demand ) ประกอบด้วย
 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
 3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
 4) รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 5) ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ( promotion of normalcy )

 2.1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ ( Developmental Self – care Requisites : DSCR ) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง
 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤตเช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น
 3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ( Health Deviation Self – care Requisite : HDSCR ) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา ความต้องการนี้ได้แก่
 4) มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม
 5) รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อ

การพัฒนาการ
 6) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
 7) รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจากโรค 8) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 9) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

 ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

 **2.1.3 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors : BCFs)**
 เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

 **2.2 ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง ( The Theory of Self – care Deficit )** เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนั้นมีได้ใน 3 แบบ ดังนี้
 2.2.1 ความต้องการที่สมดุล ( Demand is equal to abilities : TSCD = SCA )
 2.2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ ( Demand is less than abilities :
 TSCD < SCA )
 2.2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ ( Demand is greater than abilities :
 TSCD > SCA )
 ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง ( no deficit ) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด
 และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

 **2.3 ระบบการพยาบาล ( The Theory of Nursing System )**
 เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

 2.3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)
 เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ ดังแผนภูมิที่ 4.3 และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ
 1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจงใจ ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว
 2) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือกระดูกหลังหัก
 3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยทีมีปัญหาทางจิต

 2.3.2. ระบบทดแทนบางส่วน ( Partly compensatory nursing system )
 เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ
 1) ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

 2) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
 3) ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

 2.3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System ) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง
 ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

 1. การกระทำให้หรือกระทำแทน

 2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้

 3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว

 4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ

 5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

 การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล
 (Nursing agency : NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

 1. ความรู้

 2. ประสบการณ์

 3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ

 4. ทักษะทางสังคม

 5. แรงจูงใจในการให้การพยาบาล

 6. อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย และ ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์กัน
 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของโอเรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ( Dennis , 1997 )

 **ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา ( Diagnosis and Prescription )**

 เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

 **ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน ( Design and Plan )**

 เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพท์ทางการพยาบาล ( Expected Outcome ) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

 **ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม ( Regulate and Control )**

 เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ( TSCD ) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพท์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

**3. การติดเชื้อแผลฝีเย็บ
 3.1 ฝีเย็บ (Perineum)**
 ฝีเย็บ คือ บริเวณระหว่างช่องคลอดกับทวารหนัก คือส่วนหลังของช่องคลอดตั้งแต่รอยต่อของแคมเล็ก หรือ ฟอร์เชท (Fourchette) ลงมาถึงทวารหนัก (Rizk& Thomas, 2000) มีคุณสมบัติยืดหดได้มาก โดยเฉพาะในเวลาคลอดบุตร ในระยะที่ 2 ของการคลอด กล้ามเนื้อบริเวณผนังเชิงกรานจะบางและยืดโดยแรงกดจากศีรษะบุตร แรงกดนี้จะมีมากในมารดาครรภ์แรก และในมารดาที่คลอดบุตรตัวใหญ่ มักช่วยด้วยการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ โดยทั่วไปมักใช้ไหมละลายซ่อมแซมฝีเย็บจึงไม่ต้องตัดไหม แผลฝีเย็บจะค่อยๆกลับคืนสู่สภาวะปกติภายใน 2-3 สัปดาห์ (ปราณี พงษ์ไพบูลย์, 2544; วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2546; ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล,2552 ) การทำความสะอาดบริเวณแผลฝีเย็บ ให้ทำความสะอาดจากบริเวณด้านหน้าบริเวณปากช่องคลอด ไปทางด้านหลังบริเวณทวารหนักโดยการใช้น้ำสะอาดหรือน้ำสบู่แผลบริเวณฝีเย็บสามารถถูกน้ำได้
 **3.2 การฉีกขาดของฝีเย็บ** แบ่งเป็น 4 ขั้น ตามความลึกของบาดแผลที่เกิดขึ้นดังนี้
(วรลักษณ์ สมบูรณ์พร, 2542; Peleg et al., 1999; McCandlish,2001; Dahlen et al., 2007; Fernando, 2007)
 1. First degree tear มีการฉีกขาดเฉพาะเยื่อบุช่องคลอดแต่ไม่ถึงชั้น fascia
 และชั้นกล้ามเนื้อ
 2.Second degree tear มีการฉีกขาดลึกมากขึ้น ชั้นผิวหนัง เยื่อบุ พังผืด และกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดและฝีเย็บฉีกขาด แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อหูรูดที่ล้อมรอบรูทวารหนัก
 3.Third degree tear เป็นการฉีกขาดเช่นเดียวกับใน Second degree tear และมีการฉีกขาดถึงกล้ามเนื้อรอบทวารหนัก
 4.Fourth degree tearการฉีกขาดเหมือนใน third degree tear และมีการฉีกขาดต่อจนถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักจนถึงผนังของเรคตัม หรือท่อปัสสาวะร่วมด้วย**ชนิดของแผลฝีเย็บ**

**3.3 ชนิดของแผลฝีเย็บ**

เนื้อเยื่อที่จะถูกตัดฝีเย็บ คือผิวหนังและ Subcutaneous tissue เยื่อบุช่องคลอด Urogenital fascia, Transverse perineal muscles, Intercolumnar fascia หรือ Superior fascia ของ Pelvic diaphragm และกล้ามเนื้อ Levatoraniส่วนที่เป็น Puborectalisส่วนล่างสุด วิธีการตัดฝีเย็บในปัจจุบันที่นิยมทำมี 2 แบบ คือ (บัณฑิต จันทะยานีและสายัณห์ สวัสดิ์ศรี, 2550; วิทยา ถิฐาพันธ์,2552)
 1. Median Episiotomy คือ การตัดจากกึ่งกลางส่วนล่างสุดของช่องคลอด ไปตามมีเดียนเรเฟ(Median raphae) และหยุดที่ประมาณ 1 เซนติเมตรเหนือกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักสูญเสียเลือดน้อยกว่าแต่การเย็บซ่อมแซมง่าย แผลหายเข้ารูปดีกว่า มีเพศสัมพันธ์ได้เร็วกว่า เจ็บปวดแผลน้อยกว่าชนิดอื่นๆ
แต่การฉีกขาดอาจจะรุนแรงถึงระดับ 3-4 และการเกิด Hematoma ได้มากกว่า (Tharpe, 2008; Robinson, 2011)
 2. Mediolateral Episiotomy การตัดแผลเริ่มจากกึ่งกลางล่างสุดของช่องคลอดลงไปบริเวณฝีเย็บข้างใดข้างหนึ่งเป็นแนวเฉียงประมาณ 45 องศา และห่างจากรูทวารหนัก ประมาณ 2-5 เซนติเมตร วิธีนี้ซ่อมแซมค่อนข้างยาก การหายของแผลไม่ค่อยดี อาจเสียเลือดมากและปวดมากกว่า มีเพศสัมพันธ์ได้ช้ากว่า

**3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการตัดฝีเย็บ** ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการตัดฝีเย็บ
 1. มีเลือดออกจากแผลฝีเย็บ (bleeding) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดรองลงมาจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เนื่องจากการตัดฝีเย็บไม่ถูกวิธี แผลที่ฝีเย็บขาดเกินกว่าที่ตัดไว้ เส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณ ฝีเย็บถูกตัดขาด ถ้าเย็บซ่อมแซมไม่ดีพอจะมีเลือดออกได้มาก ถ้าเป็นการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงฝอยหรือเส้นเลือดดำขอดพองจะเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น (สุกัญญา ปริสัญญกุล, 2537)
 2. มีก้อนเลือดคั่งใต้แผลฝีเย็บ (Hematoma) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดจากการตัดฝีเย็บ ถ้าเส้นเลือดถูกตัดขาดไม่ได้รับการซ่อมแต่แผลถูกเย็บปิดสนิทดี เลือดจะออกมาคั่งอยู่ใต้เนื้อเยื่อ อาจจะมีปริมาณถึง 250-500 ซีซี ประเมินปริมาณเลือดออกใต้ผิวหนัง โดยสังเกตอาการบวม แดง ร้อง เขียวคล้ำและอาการกดเจ็บที่ฝีเย็บ ขนาดของก้อนอาจจะมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-3 เซนติเมตร ถ้าขนาดก้อนใต้ผิวหนังใหญ่อาจมีขนาด มากกว่า 10 เซนติเมตร สีของผิวหนังซีดลงและจะปวดแผลมาก (ศรีนวล โอสถเสถียร,2542; มงคล เบญจาภิบาล, 2552)
 3. ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ฝีเย็บและความบอบช้ำของผนังช่องคลอดตลอดจนการดึงรั้งที่ฝีเย็บ เพื่อซ่อมแซมฝีเย็บ ทำให้กล้ามเนื้อและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงที่ฝีเย็บบาดเจ็บ ระคายเคือง ก่อให้เกิดความเจ็บปวดฝีเย็บ ตั้งแต่ระดับมาก ปานกลาง เล็กน้อย(ศรีนวล โอสถเสถียร,2542)
 4. การติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ จากการเกิดบาดแผลย่อมทำให้สูญเสียผิวหนังปกคลุมร่างกายบางส่วน และยังเป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ แม้ว่าแผลฝีเย็บได้รับการเย็บซ่อมแซมเรียบร้อยแล้ว ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากแผลฝีเย็บอยู่ใกล้รูเปิดทวารหนักและรูเปิดปัสสาวะ จึงอาจทำให้แผลฝีเย็บเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค มีโอกาสเกิดฝีเย็บอักเสบได้มาก
(ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2542; ศรีนวล โอสถเสถียร, 2542)

 **3.5 การติดเชื้อแผลฝีเย็บ (Episiotomy infection)**

 การติดเชื้อแผลฝีเย็บ เป็นภาวะแทรกซ้อนของแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ เป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ ที่พบบ่อยที่สุดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก พบประมาณร้อยละ 0.3-2 (พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, 2548; Yokoe et al., 2001; Cunningham et al., 2005) จากการตัดหรือฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างคลอด เป็นช่องทางที่จะให้เชื้อแบคทีเรียเข้าไป มักมีสาเหตุจากการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียเข้าไป มักมีสาเหตุจากการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย Staphylococcus aureusอาจเกิดจากขณะคลอดและขณะเย็บแผลอาจมีการเปื้อนอุจจาระหรือเพราะมารดาหลังคลอดรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ดีพอ (สุวนีย์ ศรีสุพรรณดิษฐ์, 2526) โดยมีอาการอักเสบของแผลฝีเย็บ เป็นหนอง แผลแยกหรือไหมที่เย็บแผลหลุด ซึ่งแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บที่ติดเชื้อพบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดที่ยาวนาน จำนวนครั้งของการตรวจภายใน การมีน้ำเดินก่อนคลอด การตัดชนิด mediolateral episiotomy และการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 3 และ4 (Berens, 2011) การติดเชื้อแผลฝีเย็บเป็นสาเหตุหนึ่งที่มารดาหลังคลอดต้องกลับเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาเชื้อจะลุกลามเข้าไปในช่องคลอด หรือลุกลามไปยัง Parametriumได้ (ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2542; ศุภวดี แถวเพีย, 2551) การตัดฝีเย็บที่มีการฉีกขาดถึงระดับ Third degree tear อาจมีการฉีดขาดต่อเนื่องถึงทวารหนัก ทำให้แผลฝีเย็บหายช้าและอาจแสดงอาการของการติดเชื้อหรือแผลฝีเย็บแยก จากการศึกษาของ(McGuinness et al., 1991) พบว่า มารดาหลังคลอดที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บมีอาการปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่า และมารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บแผลจะหายเร็วกว่ามารดาที่ได้รับ
การตัดฝีเย็บ
 เดวิสัน(Davison, 1974 อ้างในเทียมศร ทองสวัสดิ์, 2538: 56) กล่าวถึงวิธี การประเมินแผลฝีเย็บด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า รีด้า (REEDA) ซึ่งถ้าการหายของแผลไม่เป็นไปตามกระบวนการหายของแผลตามปกติ ลักษณะที่ประเมินได้ก็จะเป็นอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ รีด้าเป็นชื่อย่อที่มาจากส่วนประกอบ 5 ลักษณะของกระบวนการหายของแผลปกติ ได้แก่ อาการแดง (Redness) อาการบวม (Edema) อาการช้ำเลือด (Ecchymosis) มีน้ำหรือมีหนอง (Discharge and exudate) ความสม่ำเสมอของขอบแผล (Approximation) และอาการแสดงจากการกดเจ็บ

 **3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อบริเวณแผล**

 การติดเชื้อบริเวณแผลขึ้นอยุ่กับปัจจัยใหญ่ๆ 3 ปัจจัย คือ จำนวนและความรุนแรงของเชื้อโรค ความต้านทานของร่างกายที่จะต่อต้านและกำจัดเชื้อแบคทีเรีย และปัจจัยเฉพาะที่ของร่างกาย(ชวนพิศ วงศ์สามัญ,2542; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

  **3.6.1 ปัจจัยด้านเชื้อโรค**

 เชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายมี 2 ประเภท คือ เชื้อโรคที่มาจากนอกร่างกาย ได้แก่เชื้อที่มีอยู่ทั่วไปในบรรยากาศ หรืออยู่ตามส่วนอื่นๆของผู้ป่วยหรือบุคลากร แพร่เชื้อโดย ไอ จาม หรือสัมผัสจากมือ การป้องกันการปนเปื้อนขณะคลอด การทำความสะอาดแผลฝีเย็บ การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม สามารถป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ (บัณฑิต จันทะยานีและสายัณห์ สวัสดิ์ศรี, 2550) ส่วนเชื้อโรคที่มาจากร่างกายปกติจะไม่ทำให้เกิดโรค นอกจากร่างกายมีความต้านทานลดลงการติดเชื้อได้ต้องมีจำนวนการปนเปื้อนหรือเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่มากพอ การติดเชื้อที่บาดแผลเกิดขึ้นเนื่องจากมีเชื้อโรคเข้าไปในบาดแผล ทำให้เกิดการอักเสบและการติดเชื้อตามมา แหล่งเชื้อก่อโรคมักพบว่าเกิดจากเชื้อประจำถิ่นภายในร่างกาย (Normal flora) ที่ผิวหนัง เยื่อบุหรืออวัยวะภายใน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเชื้อ Gram positive cocciได้แก่ เชื้อ Staphylococci แพร่กระจายได้ง่ายจากการสัมผัส และการปนเปื้อน (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2548) ดังนั้นเพื่อป้องกันการปนเปื้อน ขณะเข้าสู่ระยะคลอดควรตรวจภายในน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นโดยตรวจเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาลและเมื่อปากมดลูกเปิดหมด หรือเมื่อตรวจพบความผิดปกติของคลื่นหัวใจเด็ก (FHS) (Funai and Norwitz, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ (AnuvatRoongpisuthipong, et al.,1991) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การติดเชื้อในมารดาหลังคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการตรวจภายในระหว่างคลอดเพิ่มขึ้น และถุงน้ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นานกว่า 24 ชั่วโมง

 **3.6.2 ปัจจัยความต้านทานของร่างกาย**

 ร่างกายมีด่านหรือกลไกที่ป้องกันการติดเชื้ออยู่ตามธรรมชาติ เช่น ผิวหนัง เยื่อบุต่างๆป้องกันและปิดกั้นเชื้อโรคไม่ให้เข้าสู่ร่างกายโดยง่าย นอกจากนั้นยังมีอีกหลายปัจจัยซึ่งมีผลต่อร่างกายและภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วย ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ ได้แก่ สภาวะขาดสารอาหาร ผู้ป่วยอ้วน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตรหรือฮีมาโตคริตต่ำกว่า 33 % (ศิริพวษ์ สวัสดิ์มงคล, 2552) จากภาวะซีดทำให้ความต้านทานต่อการติดเชื้อในระยะหลังคลอดลดลง มีโอกาสติดเชื้อในระยะหลังคลอดได้ถึง 2 เท่า (มณีภรณ์โสมานุสรณ์, 2551)

 **3.6.3 ปัจจัยเฉพาะที่ของร่างกาย**

 ถึงแม้แผลฝีเย็บได้รับการเย็บซ่อมแซมเรียบร้อยแล้ว แต่เนื้อเยื่อยังปิดไม่สนิท จึงเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของเชื้อโรค สำหรับการติดเชื้อแผลฝีเย็บ เชื่อว่ามาจากการติดเชื้อภายนอกร่างกาย เช่น เชื้อแบคทีเรียจากลำไส้ส่วนล่างหรือบริเวณทวารหนัก เชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในน้ำคาวปลาประกอบกับมีสาเกตุส่งเสริมที่สำคัญคือ การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้องหรือการเปลี่ยนผ้าอนามัยไม่ถูกวิธี (บุบผา แก้ววิเชียร,2542) จากการคลอดยาวนาน ทำให้อ่อนเพลียมารดาส่วนมากจึงไม่สนใจดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้องหรือการเปลี่ยนผ้าอนามัยไม่ถูกวิธี หากมารดาขาดความรู้ในการดูแลอนามัยส่วนบุคคล หรือมีพฤติกรรมการ
ดูแลอนามัยส่วนบุคคลบกพร่องรวมทั้งการดูแลฝีเย็บไม่ถูกต้อง แผลฝีเย็บจึงมีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการป้องกันมิให้มารดาหลังคลอดติดเชื้อหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นโดยการสอนและชี้แนะ รวมทั้งคอยกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ (กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์, 2541 ;บุบผา แก้ววิเชียร,2542;Murray and McKinnney, 2007;James, 2008)
**4. แนวทางการสร้างแผ่นพับความรู้**
 ความหมายตรงกับคำ ในภาษาอังกฤษว่า Folder(s) แต่นิยมเรียกว่า โบร์ชัวร์(Brochure) ซึ่งหมายถึงเอกสารที่เย็บเป็นเล่มบางๆ และมีลักษณะคล้ายคลึงกัน สื่อสิ่งพิมพ์ประเภทไดเร็กเมล (Direct Mail) ที่ผู้ผลิตส่งตรงถึงผู้บริโภค สามารถพับได้ ตั้งแต่ 4 - 8 หน้า (หน้า - หลัง) แต่นิยมใช้กระดาษ A4 พับ เป็น 3 ตอน 6 หน้า มากที่สุดเนื่องจากสะดวกและประหยัด พกพาได้สะดวก ให้ข้อมูลรายละเอียดได้มากพอสมควร ผู้อ่านสามารถเลือกเวลาใดอ่านก็ได้ผู้ออกแบบมีเทคนิคกรออกแบบตามอิสระ หลากหลาย ค่าใช้จ่ายในการผลิตต่ำกว่าสิงพิมพ์ชนิดอื่นรวมเนื้อหาแบ่งออกเป็นส่วนๆโดยไม่ต้องมีเลขหน้ากำกับ

หลักการทั่วไปในการออกแบบแผ่นพับมี 2 เรื่องที่สำคัญคือ
 • สิ่งที่ต้องกำหนดและวางแผนก่อนการออกแบบแผ่นพับ
 • องค์ประกอบและการจัดวางองค์ประกอบในการออกแบบเเผ่นพับ
สิ่งที่ต้องกำหนดและวางแผนก่อนการออกแบบแผ่นพับ
 • การกำหนดขนาดและรูปแบบของแผ่นพับ
 • การกำหนดลักษณะการส่ง
 • การกำหนดกระดาษ
 • การกำหนดลำดับของการอ่านตามลักษณะของแผ่นพับ

ข้อดีของแผ่นพับ
 • ผลิตและปรับปรุงได้ง่าย
 • สร้างความน่าเชื่อถือ
 • ลดต้นทุน ลดเวลา ในการตอบคำถาม
 • ประหยัด วงการศึกษามักใช้เผยแพร่โดยการถ่ายเอกสารขาวดำ
 • ขนาดเล็ก พกพาสะดวก ผู้อ่านสามารถอ่านซ้ำได้เมื่อต้องการ
 • นำไปใช้ได้ในหลายวัตถุประสงค์
ข้อควรคำนึงในการออกแบบแผ่นพับ
 1. หน้าแรกของแผ่นพับต้องออกแบบให้สวยงาม สะดุดตาและน่าหยิบมาอ่าน
 2จัดเรียงลำดับเนื้อหาให้หาะสม เพราะแผ่นพับไม่มีเลขหน้ากำกับ ผู้อ่านอาจสับสนได้ ควรจัดทำโครงร่าง (Layout) การนำเสนอเนื้อหา , กราฟิก ประกอบ ฯลฯ
 3. ควรพับง่ายไม่ซับซ้อน หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นพับที่มีหลายหน้า เพราะจะทำให้อ่านยาก
 4. นำเสนอข้อมูลให้จบในแต่ละส่วนที่พับ หากจำเป็นต้องข้ามส่วน ควรออกแบบให้สะดวก ต่อเนื่อง เข้าใจง่าย

 5. ภาพหรือกราฟิก ที่ใช้ประกอบควรส่งเสริมหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
 6. ใช้หลักองค์ประกอบศิลป์ช่วยออกแบบ

**5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** สายใจ กิตติพงษ์พัฒนา, สุวรรณา พลอยไป, วินัย สีสมิทธิ์(2550) ศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์ภาวะแผลฝีเย็บอักเสบของผู้คลอดโรงพยาบาลขลุง จ.กำแพงเพชร พ.ศ.2550 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีแผลฝีเย็บที่ต้อง suture ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นอาชีพใช้แรงงาน จบการศึกษาระดับมัธยม รายได้เฉลี่ย 2,634 บาท/เดือน วัยเจริญพันธุ์ระหว่าง 20-29 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์เฉลี่ย 39.13 สัปดาห์ ฝากครรภ์เฉลี่ย 8.76 ครั้ง ความเข้มข้นเลือดเฉลี่ย 37.53% ผลบวก OF และ DCIPร้อยละ28.74 และ23.43 ตามลำดับ ได้รับการโกนขนที่อวัยวะเพศมากกว่าไม่ได้รับการโกนขน แต่สวนอุจจาระเตรียมคลอดน้อยกว่าไม่สวน คลอดเองได้มากกว่าใช้หัตการณ์สูติศาสตร์ เวลาคลอด รวมเฉลี่ย 10 ชั่วโมง ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดเฉลี่ย 3 ชั่วโมง น้ำคร่ำใส ตรวจภายในเฉลี่ย 6.23 ครั้ง ตัดฝีเย็บมากกว่าฉีกขาดเองและเป็นเฉียงขวา แผลฝีเย็บระดับสองมากที่สุด เย็บแผลสองชั้นผสมระหว่างเย็บแยกปมและต่อเนื่องเสียเลือดเฉลี่ย 299.11 CC ตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5.91 ทารกแรกเกิดน้ำหนักเฉลี่ย 3,057.72 กรัม
APGAR SCORE ที่1นาที เท่ากับ 8.89 ,ที่5 นาทีเท่ากับ 9.96 ,ที่10 นาที เท่ากับ 10 แผลฝีเย็บแยกหลังการคลอด 5วัน ปกติหรืออักเสบเล็กน้อยมากที่สุด ปัจจัยการพยากรณ์ภาวะแผลฝีเย็บอักเสบ มี 3 ปัจจัย จำนวนอายุครรภ์เพิ่มการอักเสบของของแผล ส่วนชนิดการตัดฝีเย็บและการโกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ลดการอักเสบของแผลที ค่านัยสำคัญ(P<.05)
 ดาริกา วรวงศ์,ธิดารัตน์ อุพันศรี(2556 ) การพัฒนาการให้ความรู้ เพื่อดูแลแผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอดโดยการใช้ผลการประเมินแผลฝีเย็บตามแนวทาง REEDA แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลนาหว้า จ. นครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ แพทย์ พยาบาลห้องคลอด และหน่วยบริการปฐมภูมิหญิงหลังคลอด สามีหรือผู้ดูแลหญิงหลังคลอดจำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า หญิงหลังคลอดที่มีการติดเชื้อแผลฝีเย็บมีการดูแลความสะอาดไม่เพียงพอ บางรายเพศสัมพันธ์หลังคลอดก่อน 6 สัปดาห์ การให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บของหน่วยงานให้เฉพาะหญิงหลังคลอด ไม่ได้มีสามีหรือผู้ดูแลมารับรู้ พร้อมกับแนวทางการดูแลไม่มีเครื่องมือประเมินแผลฝีเย็บที่เป็นมาตรฐานสำหรับการสื่อสารในทีมและผู้รับบริการ ต่อมาจึงได้นำวิธีการประเมินลักษณะการหายของแผลฝีเย็บภายหลังคลอด (REEDA : Evaluation post partum healing) ของเดวิสัน (Daavison}1974) ประกอบด้วย อาการแดงของแผล (REdness) อาการบวมของแผล(EDEMA) อาการห้อเลือด(Echymosis) สารคัดหลั่งจากแผล (Discharge) และลักษณะการติดของแผล (Approximation ) ซึ่งแต่ละด้านเกณฑ์การให้คะแนน0-3 คะแนน ระหว่างการประเมินได้มีการสื่อสารผลการประเมินในทีมที่ดูแล หญิงหลังคลอดและสามีหรือผู้ดูแลเป็นระยะ พร้อมกับมีการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บตามผลการประเมิน ระหว่างแจ้งผลการประเมินแผลฝีเย็บได้ใช้กระจกส่องเงาให้มารดาหลังคลอดได้เห็นแผลฝีเย็บของตนเอง เมื่อถึงวันจำหน่ายพยาบาลผู้ดูแลจะเชิญสามีหรือผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงเข้ารับความรู้ในการดุแลแผลฝีเย็บที่บ้าน จากการใช้ผลการประเมินแบบ REEDA ในหญิงหลังคลอดที่มาคลอดจำนวน 54 ราย มีคุณลักษณะตั้งครรภ์แรก 24 ราย ครรภ์ที่2 จำนวน 20 ราย ที่เหลือเป็นครรภ์ที่ 3-5 อายุเฉลี่ยของมารดา 25.7 ปี มีระดับของแผลฝีเย็บ ไม่ฉีกขาด เพิ่มจำนวน 26 ราย ฉีกขาดระดับที่2 จำนวน 4 ราย และระดับที่3 จำนวน 3 ราย ได้รับการประเมินแผลฝีเย็บ จำนวน 3-5 ครั้ง ตามระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาล จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอดและการตรวจหลังคลอด พบว่า หญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลแผลฝีเย็บ 88ราย ไม่พบแผลฝีเย็บแยก มีการติดเชื้อที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ 1 ราย จากการสอบถามหญิงหลังคลอด สามีและผู้ดูแลทุกคนพึงพอใจต่อการร่วมรับรู้ข้อมูลการประเมินแผล การให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด และได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลแผลฝีเย็บหญิงหลังคลอดที่บ้าน

 นัยนันท์ ยิ่งยอด (2552) ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดที่ตัดแผลฝีเย็บในโรงพยาบาลหนองวัวซอ ปี 2552 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ มารดาหลังคลอด ที่มีแผลฝีเย็บแยกที่มารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลหนองวัวซอ โดยการสุ่มแบบเจาะจง จำนวนมารดาที่ไม่ติดเชื้อ 87 ราย และมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บติดเชื้อจำนวน 43 ราย พบอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาที่ตัดฝีเย็บ ร้อยละ 2.91 และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาที่ตัดฝีเย็บ พบว่า การศึกษา ความรู้ และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ ร้อยละ 39.1 มารดาที่มีระดับความรู้ต่ำจะมีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาและระดับความรู้สูง คือ ร้อยละ 84.4 และมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังคลอดมีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บสูงถึงร้อยละ 100
จากการศึกษาดังกล่าวแสดงว่า ควรมีการส่งเสริมการสอนสุขศึกษามนโรงเรียนพ่อแม่ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการร่วมฟังสุขศึกษาทุกครั้ง เพื่อให้มารดา และญาติ ได้รับทราบวิธีการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

 เนาวรัตน์ แกว่นกสิการณ์ (2551) ศึกษาผลของการนวดฝีเย็บต่อการบาดเจ็บของฝีเย็บในการคลอดปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหนองฉาง จ อุทัยธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกันยายน พ.ศ. 2551 จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดฝีเย็บวันละ 10 นาที ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และได้รับการนวดฝีเย็บจากผู้วิจัยในระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่า 1. อุบัติการณ์ตัดฝีเย็บในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสติถิ
2. ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 3. กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวดฝีเย็บมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บ 1.43 เท่าของกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดฝีเย็บ
 4.กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดฝีเย็บมีอุบัติการณ์ฉีกขาดของฝีเย็บลดลง ร้อยละ 28 เมื่อเทียบกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดฝีเย็บ
 5. กลุ่มทดลองร้อยละ 87.5 ยอมรับการนวดฝีเย็บเพราะเชื่อว่าการนวดฝีเย็บมีประโยชน์ในการลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ
 จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด มีปัจจัยหลายด้าน ตั้งแต่มารดาขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความเสี่ยงจากการคลอดบุตร ระดับการศึกษารวมถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลหลังคลอด ดังนั้นการดูแลมารดาทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดจึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้ความรู้ การระมัดระวังขณะทำคลอด หรือการทำหัตการเกี่ยวกับการคลอดบุตร การกำหนดแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดอย่างถูกต้องและการถ่ายทอดความรู้ให้มารดาหลังคลอดสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกวิธี จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดได้ ทางหน่วยงานห้องคลอดของโรงพยาบาลสอยดาวจึงเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการพัฒนาการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเพื่อพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ช่วยให้มารดาหลังคลอด มีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอดได้ นอกจากนั้นยังเป็นการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอีกด้วยการติดตามเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังจำหน่ายในกลุ่มมารดาหลังคลอดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ทราบประสิทธิภาพในการให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง