

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ
ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก**
**Development Clinical guideline for prevention postpartum
maternal episiotomy wound infection, Mae Sot Hospital,
Tak Province.**

เพ็ญ ปั่นกัน, พย.บ*
สุนันท์ สวนจันทร์, พย.ม*
เกศกนก แดงเถิน, พย.บ***
อริภัทร หาญเมือง, พย.บ***

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย คุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 ราย จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บจำนวน 32 รายวิเคราะห์สถิติโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด ได้ศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 21 ฉบับ ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเที่ยงตรง 0.80 เมื่อนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ผู้ใช้แนวปฏิบัติให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ยุ่งยาก สะดวกในการนำไปใช้ และแนวปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานร้อยละ 91.67 แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถลดปัญหาแผลฝีเย็บติดเชื้อได้จริงร้อยละ 83.33 ติดตามผลลัพธ์การติดเชื้อของแผลฝีเย็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย ไม่พบการติดเชื้อแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอด

คำสำคัญ: แผลฝีเย็บ, แผลฝีเย็บติดเชื้อ, การป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อ, การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

***พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

Development Clinical guideline for prevention postpartum maternal episiotomy wound infection, Mae Sot Hospital, Tak Province.

Phen Punkun, Ph.B.*

ABSTRACT

The research and development aimed to develop clinical practices for preventing postpartum surgical wound infections in mothers. Drawing upon the clinical practice development framework of the National Medical and Health Research Council of Australia, the study involved five qualified individuals to assess the quality of clinical practices. Additionally, it examined the feasibility of using these practices by 12 professional nurses. Subsequently, the clinical practices were applied to 32 mothers with surgical wounds, and statistical analysis was conducted using mean values, percentages, and standard deviations. The development of clinical practices for preventing postpartum surgical wound infections was informed by 21 observational pieces of evidence. The content validity was 0.80 when the clinical practices were applied. Users found the clinical practices to be straightforward, convenient, and beneficial, with 91.67% of the target group and organizations acknowledging their usefulness. Moreover, the clinical practices successfully reduced the incidence of wound infections by 83.33%, with no infections detected in the postpartum period among the 32 sample participants.

Keywords: Surgical wound, Surgical wound infection, Prevention of surgical wound infection, Clinical practice development

บทนำ

แผลฝีเย็บติดเชื้อมีในระยะเวลาหลังคลอด เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่มารดาหลังคลอดต้องกลับมาอนในโรงพยาบาลซ้ำ^[5,15] เนื่องเกิดความไม่สุขสบาย โดยอาการและอาการแสดงที่พบคือบาดแผลจะมีลักษณะบวม มีรอยแดง และอักเสบบริเวณรอบฝีเย็บ ร่วมกับการมีอาการใช้ ปวดที่แผลฝีเย็บมากในระยะเวลาหลังคลอด เกิดผลกระทบต่อจิตใจ และอาจเกิดการร้องเรียนฟ้องร้องได้ หากได้รับการรักษาที่ล่าช้าและไม่เหมาะสม^[13] อาจเกิดติดเชื้อลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูก และเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดอาการช็อกและเสียชีวิตได้^[12,18]

ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ได้พบปัญหาแผลฝีเย็บติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด โดยพบอัตราการติดเชื้อที่สูงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการติดเชื้อแผลฝีเย็บในโรงพยาบาล แม่สอด 3 ปี ย้อนหลัง พบอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บ ปี 2563 อัตราการติดเชื้อร้อยละ 8.04, ปี 2564 อัตราการติดเชื้อร้อยละ 2.86 และ ปี 2565 อัตราการติดเชื้อร้อยละ 3.17 เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่มารดาหลังคลอดต้องกลับมาอนในโรงพยาบาลซ้ำ^[2]

ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นปัญหาของการติดเชื้อดังกล่าว อีกทั้งในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการให้การดูแลมารดาที่มีแผลฝีเย็บที่ได้มาจากงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการ จึงได้ร่วมกันประชุมในที่ผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย^[17] แบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์^[17] ที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บเพื่อใช้เป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อแผลฝีเย็บ^[6,7] และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับในองค์กร อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อในมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลแม่สอด การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนา (Development research)

นิยามศัพท์

แผลฝีเย็บ คือ การฉีกขาดของฝีเย็บที่เกิดในระยะที่ 2 ของการคลอด^[8] ศีรษะทารกผ่านช่องคลอดลงมากดฝีเย็บ ทำให้ฝีเย็บบางขยาย เพื่อให้ช่องทางให้ทารกออกได้กว้างขึ้น จึงเกิดการฉีกขาดฝีเย็บที่เกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติหรือเกิดจากการทำหัตถการ โดยการตัดฝีเย็บระหว่างช่องคลอดกับทวารหนัก เพื่อเพิ่มขยายช่องทางคลอด ให้ทารกคลอดปลอดภัย และส่วนใหญ่เป็นการฉีกขาดเพียงเล็กน้อย^[11,16]

แผลฝีเย็บติดเชื้อ คือ การมีแผลฝีเย็บแยก แผลไม่ติด ไหมหลุด มีลักษณะบวมแดง เนื้อแผลไม่ดีขึ้น มีเนื้อตาย สารคัดหลั่งมีกลิ่นเหม็น ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมากกว่าเดิม มีไข้ต่ำ^[8,15] การจะวินิจฉัยแผลฝีเย็บติดเชื้อต้องมีลักษณะอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อได้แก่ แผลฝีเย็บบวมแดง ปวด มีฝีที่แผลฝีเย็บหรือ มีหนองไหลออกจากแผลฝีเย็บ^[12,4]

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ คือ การปฏิบัติพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลบริเวณฝีเย็บเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติหรือเกิดจากการทำหัตถการ เพื่อลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อในบริเวณที่มีบาดแผลฝีเย็บ^[3]

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research Development)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จำนวน 12 คน
- 2) มารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด ที่มาคลอดระหว่างเดือนวันที่ 15 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2566

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จำนวน 12 คน มารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จำนวน 32 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำวิจัย ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา จำนวนการคลอด ประวัติโรคประจำตัว ระดับศึกษาแผลฝีเย็บ ได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ มีภาวะซีด และการสูญเสียเลือดจากการคลอด เป็นต้น

2.3 ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2.4 แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื่อในมารดาหลังคลอด

2.5 เครื่องมือ REEDA Score วัดลักษณะแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอดในมารดาที่มีแผลจากการเย็บแผลฝีเย็บ^[9]

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันการติดเชื่อแผลฝีเย็บในโรงพยาบาลแม่สอด โดยพัฒนาตามขั้นตอนของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย^[17] ดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ประชุมร่วมกัน พบว่าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด พบอัตราการติดเชื่อแผลฝีเย็บสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2562 พบติดเชื่อแผลฝีเย็บจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.21 ปี พ.ศ. 2563 พบแผลฝีเย็บติดเชื่อ 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.43^[2] ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และผลของการติดเชื่อเกิดผลกระทบทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเจ็บปวดจากแผลฝีเย็บที่ติดเชื่อและแผลหายช้า^[9] ต้องนอนโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น^[20] นอกจากนี้ยังมีผลต่อด้านจิตใจเกิดความเครียดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากความเจ็บป่วย และหน่วยงานยังไม่มีแนวทางให้การดูแลมารดาที่มีแผลฝีเย็บที่ได้จากเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื่อแผลฝีเย็บ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการติดเชื่อแผลฝีเย็บ^[21,3]

2. กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื่อในมารดาหลังคลอด โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติมีจำนวนทั้งสิ้น 4 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย พยาบาล APN สาขาการผดุงครรภ์ 1 คน สูติแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 คน

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกดังนี้ คือ 1) เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2) เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมมารดาหลังคลอดได้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 3) เพื่อลดอัตราการติดเชื่อแผลฝีเย็บ

4. กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถวัดได้จริง ดังนี้ 1) พยาบาลประเมินลักษณะแผลฝีเย็บจาก คะแนน REEDA Scale ได้ถูกต้อง 2) อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

5. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ คณะกรรมการการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ร่วมทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

5.1 การประเมินความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง (JBI, 2009)

ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการวิเคราะห์เมตา (meta analysis) จากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสมบรูณ์ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (RCT) ทั้งหมด หรือเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสมบรูณ์ที่มีช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) มีจำนวน 4 เรื่อง

ระดับ 2 หลักฐานอ้างอิงมาจากการวิจัยเชิงทดลองแบบสมบรูณ์ที่มีช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) กว้างอย่างน้อย 1 เรื่อง หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental studies) ที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (without randomization) มีจำนวน 3 เรื่อง

ระดับ 3a หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study; prospective study) โดยมีกลุ่มควบคุม (with control group) มีจำนวน 4 เรื่อง

ระดับ 3b หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาย้อนหลัง (case control; retrospective study) มีจำนวน 2 เรื่อง

ระดับ 3c หลักฐานอ้างอิงมาจากวิธีการสังเกต (observational studies) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (without control group) มีจำนวน 3 เรื่อง

ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงที่มาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงสรีรวิทยาในห้องปฏิบัติการ (physiology bench research) หรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ (consensus) มีจำนวน 5 เรื่อง

5.2 มีการประเมินข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ (grade of recommendation) โดยแบ่งตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์โดยครอบคลุมถึงในด้านความเป็นไปได้ (feasibility) ความเหมาะสม (appropriateness) ความสำคัญ (meaningfulness) และประสิทธิผล (effectiveness) โดยแบ่งเกรดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ A เป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนมาก โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความสำคัญและมีประสิทธิผลที่ดีเลิศในการปฏิบัติ สมควรนำมาประยุกต์ใช้มาก

ระดับ B เป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนปานกลาง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความสำคัญและมีประสิทธิผล สมควรต้องมีการพิจารณารับรองก่อนนำมาประยุกต์ใช้

ระดับ C เป็นข้อเสนอแนะที่ไม่มีเหตุผลสนับสนุน ไม่สมควรแก่การนำมาประยุกต์ใช้

6. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก(Formulate the guidelines) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้จัดประชุมครั้งที่ 3 เพื่อยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อโรงพยาบาลแม่สอด บูรณาการร่วมกัน โดยประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 2 คน หัวหน้าพยาบาลห้องคลอด 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้าน การป้องกันการติดเชื้อ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูง 1 คน รวมเป็นจำนวน 5

7. จัดทำแผนการเผยแพร่และกลยุธน์นำแนวปฏิบัติไปใช้ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้จัดประชุมครั้งที่ 4 เพื่อนำเสนอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก (Formulate on evaluation and revision strategy) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ประชุมครั้งที่ 5 มีการกำหนดรูปแบบการประเมินผลของแนวปฏิบัติทางคลินิก และจัดทำแผนการประเมินผลลัพท์

9. การจัดรายงาณรูปเล่ม (The guidelines themselves) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ร่วมกันจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ โรงพยาบาลแม่สอด

10. การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Reporting on the guidelines development process)

11. ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ (Assessing the guideline document) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จำนวน 5 ท่าน

12. ปรัชษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้ร่วมในทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้มีการปรึกษากับผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้อยู่ในทีมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการในการดูแลแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด หลังจากได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดที่คลอดเองทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บจากการคลอด โดยมารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมระหว่างเดือนวันที่ 15 สิงหาคม 2566 ถึงเดือน 15 กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา และสามารถออกจากการศึกษาวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 32 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด ตั้งแต่รับย้ายจากห้องคลอดจนถึงกลับบ้าน รวมระยะเวลาไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมงหลังคลอด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด

3.2 สร้างแบบประเมินแผลฝีเย็บที่ใช้ประเมินสำหรับพยาบาลสำหรับใช้ประเมินผู้ป่วยในแต่ละเวร

3.3 นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดให้เจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมไปใช้ปฏิบัติในการดูแลแผลฝีเย็บมารดาหลังคลอด ติดตามการประเมิน REEDA Score โดยเริ่มประเมินแผลฝีเย็บตั้งแต่แรกย้ายจากห้องคลอดและทำการประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง จนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

3.4 รวบรวมข้อมูล การประเมิน REEDA Score และผลอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิจัยนี้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอดรับรองได้ จริยธรรมในมนุษย์ที่รับรองเลขที่ MSHP 16/2565

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย งานวิจัยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการทำวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) (n=12)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 25 ปี	3	25.00
26-35 ปี	7	58.34
36-45 ปี	1	8.33
46 ปีขึ้นไป	1	8.33
Mean (\pm SD)	31.41	(\pm 7.99)
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	4	33.33
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	8	66.67
วุฒិการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	100.00
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี)		
ต่ำกว่า 5 ปี	6	50.00
5-9 ปี	4	33.33
10 ปีขึ้นไป	2	16.67
ประสบการณ์ในการทำวิจัย		
มี	0	0
ไม่มี	12	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก จำนวน 12 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีช่วงอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.34 เป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมากที่สุดร้อยละ 66.67 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำกว่า 5 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 50 และมียังไม่ประสบการณ์ทำวิจัยพบมากที่สุดร้อยละ 100 (\bar{x} =31.41,SD= \pm 7.99)

ตารางที่ 2 แสดงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในโรงพยาบาลแม่สอด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น (n=12)		
	มาก จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	น้อย จำนวน(ร้อยละ)
1. แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน สะดวกในการนำไปใช้	11 (91.67)	1 (8.33)	0
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกเนื้อหาครบถ้วน ชัดเจน	9 (75.00)	3 (25.00)	0
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถนำไป ปฏิบัติได้จริง	10 (83.33)	2 (16.67)	0
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์กับ กลุ่มเป้าหมายและหน่วยงาน	11 (91.67)	1 (8.33)	0
5. แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเข้าใจ ได้ง่าย	9 (75.00)	3 (25.00)	0
6. แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถ ลดปัญหาแผลฝีเย็บติดเชื่อได้จริง	10 (83.33)	2 (16.67)	0

จากตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในโรงพยาบาลแม่สอด พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน สะดวกในการนำไปใช้และแนวปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงาน เป็นไปได้ในระดับมากร้อยละ 91.67 ส่วนแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถลดปัญหาแผลฝีเย็บติดเชื่อได้จริงเป็นไปในระดับมากร้อยละ 83.33 ตามลำดับ ส่วนแนวปฏิบัติทางคลินิกเนื้อหาครบถ้วน ชัดเจน และแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเข้าใจได้ง่ายเป็นไปในระดับมากร้อยละ 75.00

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา จำนวนการคลอด ประวัติโรคประจำตัว ระดับฉีกขาดแผลฝีเย็บ ได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ มีภาวะซีด และการสูญเสียเลือดจากการคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) (n=32)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 25 ปี	17	53.13
26-35 ปี	13	40.62
36-45 ปี	2	6.25
Mean (\pm SD)	25 (\pm 5.33)	
เชื้อชาติ		
ไทย	16	50.00
ต่างชาติ	16	50.00

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) (n=32)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	12	37.50
ประถมศึกษา	5	15.63
มัธยมศึกษา	12	37.50
อนุปริญญา	1	3.13
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.25
จำนวนการคลอด		
คลอดครั้งแรก	13	40.63
คลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป	18	59.37
ประวัติโรคประจำตัว		
มี	0	0
ไม่มี	32	100.00
ระดับฉีกขาดแผลฝีเย็บ		
เล็กน้อย	28	87.50
ปานกลาง	3	9.38
ระดับมาก	1	3.13
การเย็บแผลฝีเย็บ		
มี	32	100.00
ไม่มี	0	0
มีภาวะซีด		
มี	11	34.37
ไม่มี	21	65.63
มีการสูญเสียเลือดจากการคลอด (มล.)		
<100 มล.	1	3.12
100-200 มล.	30	93.76
201-300 มล.	0	0
301-400 มล.	0	0
> 400 มล.	1	3.12

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด จะมีช่วงอายุส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.13 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.62 ตามลำดับ เป็นคนไทยและต่างชาติเท่ากันร้อยละ 50 ในด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนและมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเคยผ่านการคลอดมาก่อนพบร้อยละ 59.37 ซึ่ง ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ด้านระดับฉีกขาดแผลฝีเย็บส่วนใหญ่จะมีการฉีกขาดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ร้อยละ 87.50 รองลงมาฉีกขาดระดับปานกลางร้อยละ 9.38 และการฉีกขาดแผลฝีเย็บระดับมากร้อยละ 3.13 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้รับการเย็บแผลฝีเย็บทั้งหมดร้อยละ 100 มีภาวะซีดร้อยละ 34.37 และมี

การสูญเสียเลือดส่วนใหญ่ประมาณ 100-200 มิลลิลิตร พบร้อยละ 93.76 และการสูญเสียเลือดมากกว่า 400 มิลลิลิตรพบร้อยละ 3.12 ตามลำดับ ($\bar{x}=25,SD=\pm 5.33$)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการป้องกันการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อของมารดา หลังคลอด

ผลลัพธ์	n=32	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
REEDA score 24 ชั่วโมงแรก		
แผลปกติ	30	93.75
แผลแดงเล็กน้อย	2	6.25
เกิดการอักเสบ	0	0
REEDA score 24-48 ชั่วโมง		
แผลปกติ	32	100.00
แผลแดงเล็กน้อย	0	0
เกิดการอักเสบ	0	0
REEDA score ≥ 48 ชั่วโมง		
แผลปกติ	32	100.00
แผลแดงเล็กน้อย	0	0
เกิดการอักเสบ	0	0
จำนวนแผลฝีเย็บติดเชื้อ	0	0

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด จากการประเมินคะแนนจาก REEDA score พบว่าในช่วง 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอดมี แผลฝีเย็บแดงเล็กน้อยพบร้อยละ 6.25 หลังจาก 24 ชั่วโมงจนถึงกลับบ้านไม่พบลักษณะแผลฝีเย็บที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อติดตามผลลัพธ์อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ไม่พบอัตราการติดเชื้อของแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอด

2.อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไป(กลุ่มตัวอย่าง)เป็น พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก จำนวน 12 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีช่วงอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.34 เป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมากที่สุดร้อยละ 66.67 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำกว่า 5 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 50 และมียังไม่มีการตอบรับทำวิจัยพบมากที่สุดร้อยละ 100($\bar{x}=31.41,SD=\pm 7.99$) ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อแผลฝีเย็บสามารถพบได้หลายปัจจัย พบว่าเชื้อชาติ การตั้งครรภ์แรก การตัดฝีเย็บภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด และการฉีกขาดตั้งแต่ระดับที่ 3^[22]จะส่งผลเพิ่มโอกาสทำให้เกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อได้^[1,8] กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดมีช่วงอายุส่วนใหญ่น้อยกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ

53.13 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 26-35 ปีคิดเป็นร้อยละ 40.62 ตามลำดับ เป็นคนไทยและต่างชาติ เท่ากันร้อยละ 50 ในด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้เรียนและมัธยมศึกษาร้อยละ 37.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเคยผ่านการคลอดมาก่อนพบร้อยละ 59.37 ซึ่ง ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ด้านระดับศึกษาแผลฝีเย็บส่วนใหญ่จะมีการศึกษาแผลฝีเย็บเล็กน้อยร้อยละ 87.50 รองลงมาศึกษาระดับปานกลางร้อยละ 9.38 และการศึกษาแผลฝีเย็บระดับมากร้อยละ 3.13 ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างเหล่านี้ได้รับการเย็บแผลฝีเย็บทั้งหมดร้อยละ 100 มีภาวะช้ำ ร้อยละ 34.37 และมีการสูญเสีย เลือดส่วนใหญ่ประมาณ 100-200 มิลลิลิตร พบร้อยละ 93.76 และการสูญเสียเลือดมากกว่า 400 มิลลิลิตรพบร้อยละ 3.12 ตามลำดับ($\bar{x}=25,SD=\pm 5.33$)เมื่อติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด จากการประเมินคะแนนจาก REEDA score พบว่า ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมี แผลฝีเย็บแดงเล็กน้อยพบร้อยละ 6.25 หลังจาก 24 ชั่วโมงจนถึงกลับบ้านไม่พบลักษณะแผลฝีเย็บที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อติดตามผลลัพธ์อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ไม่ พบอัตราการติดเชื้อของแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอด จากการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาของฝีเย็บเป็น ปัจจัยต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บ^[14] มีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 603 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มมารดาที่ไม่มีการศึกษาของแผล และมีการศึกษาของแผลฝีเย็บระดับ 1 มีจำนวน 203 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาของแผลฝีเย็บระดับ 2 มีจำนวน 200 ราย และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่ม มารดาที่มีการศึกษาของแผล ฝีเย็บระดับ 3-4 มีจำนวน 200 ราย ศึกษาย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม 2015- มกราคม 2015 การหายของแผลจะอยู่ในระยะ 11-21 วันหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า การ คลอดทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการศึกษากของฝีเย็บในระดับที่ 3-4 มารดาที่มีค่า BMI ที่มากกว่า 35 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลฝีเย็บเพิ่มขึ้น^[10] การรักษาด้วย ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอดจะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บได้ จึงได้ให้ ข้อเสนอแนะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อควรจะได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลฝี เย็บในระยะหลังคลอด^[12]การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้ยาปฏิชีวนะกับการรักษาความสะอาด บริเวณแผลฝีเย็บในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,000 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 500 ราย โดยกลุ่ม A ได้รับยา ปฏิชีวนะ พบมีการติดเชื้อแผลฝีเย็บจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 ส่วนกลุ่ม B ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ พบการติดเชื้อแผลฝีเย็บจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 โดยมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะแผลฝีเย็บติด เชื้อ คือ ปวด บวม มีเลือดซึมจากแผล^[10] ระยะการหายยาวนานขึ้น เกิดห่อเลือดที่แผล แผลติดเชื้อในกลุ่ม A มีจำนวน 4 รายจาก 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 มีหนองไหลออกจากแผลฝีเย็บ และมี 2 รายแผลแยก จากกัน ในขณะที่แผลติดเชื้อในกลุ่ม B มีจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 มีหนองไหลออกจากแผลฝีเย็บ และมี 5 รายแผลแยกจากกัน ^[7,19]

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด ใน การศึกษาครั้งนี้พบว่า จากการประเมินคะแนนจาก REEDA score พบว่าในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีแผลฝีเย็บแดงเล็กน้อยพบร้อยละ 6.25 หลังจาก 24 ชั่วโมงจนถึงกลับบ้านไม่พบลักษณะแผลฝีเย็บที่มี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อติดตามผลลัพธ์อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บตั้งแต่ระยะแรกจนถึงกลับบ้าน ไม่ พบอัตราการติดเชื้อของแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอด จึงมีความเป็นไปได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด สามารถป้องกันการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสามารถลดปัญหาแผลฝีเย็บติดเชื้อได้ ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำแนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย Plan - DO - Check - Act โดยมีเป้าหมายที่แก้ไขปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

1. นุชนารถ และคณะ. 2562. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(4). P.1-8
2. หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม. 2563. อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ, งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. ตาก: โรงพยาบาลแม่สอด.
3. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสมจิตริเมืองพิล. การป้องกันการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2553; 33 (1) 90-97.
4. สถาบันบำราศรราจคุรุ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563
5. Nirav J, G., & et.al. 2019. Prophylactic antibiotics in patients with episiotomy following normal vaginal delivery: a randomized clinical trial. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*.8(10).P1-5
6. Amany A, & et.al. 2015. Routine episiotomy for vaginal birth. *Journal of Nursing and Health Science*.4(5). P 70-77
7. Akram, R., & et.al. 2019. Comparison Between Uses of Antibiotics as Opposed to no Antibiotics in Clean Episiotomy. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*. 4(4), P.2565-4802.
8. Amrita, N. T., & Asha, R.D. 2018. A Randomized, Open-labelled, Interventional Study to Evaluate the Incidence of Infection with or Without Use of Prophylactic Antibiotics in Patients of Episiotomy in a Normal Vaginal Delivery. *The Journal Obstetrics and Gynecology of India*, 4. P.294-299
9. Azam, F., & et.al. 2020. Episiotomy wound healing by Commiphora myrrha (Nees) England Boswellia carterii Birds. in primiparous women: A randomized controlled trial. *Journal of Ethnopharmacology*. p.264
10. Bonet, M., Ota E., Chibueze C.E, Oladapo O.T. 2016. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth (Protocol). The Cochrane Collaboration. *Published by John Wiley & Sons*, p1-10.
11. Francis, P., Judith,A., & Dan, K. 2019. Prevalence and factors associated with episiotomy practice among primiparous women in mulago national referral hospital Uganda. *Research Article*, 6. P197-201

12. Gommesen, D., & Et.al. 2019. Obstretic perineal tear: risk factor, wound infection and dehiscence: aprospective cohort study. *Maternal and Fetal Medicine*, 300, p.66-77.
13. Hui, Z., & Shuxia, H. 2017. Risk factor and prevention measures for postoperative infection in episiotomy of puerperal. *Biomedical Research*, 28(20). P.8857-8861
14. Ismet, G., Bulent, D., & Ozkan, O. 2016. Long-and short-term complications of episiotomy .*Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*,13. P.144-8.
15. Goodarzi, Susan, M., 2020. Comparing the Incidence of Episiotomy Site Infection in Two Groups of Primiparas with and without Taking Prophylactic Antibiotics After Normal Vaginal Delivery Referred to Bent Al-Huda Hospital in Bojnourd *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research | ISSN: 2476-5848* 5(2)P.31-38
16. Nebojsa, S.J., & Et.al. 2011. Current approach to episiotomy : Inevitable or unnecessary.Central European. *Journal of Medicine*, 6(6). P.685-690
17. National Health and Medical Research Council (NHMRC). 1999. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retriever from <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>.
18. Priyanka, S., & Et.al. 2019. The Effect of Antenatal and Intrapartum Factors on Episiotomy Wound Dehiscence. *Journal of Health and Medical Sciences*,p.386-395.
19. Rabia, A., & Et.al. 2019. Comparison Between Uses of Antibiotics as Opposed to no Antibiotics in Clean Episiotomy.International. *Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*. P.168-171
20. Sahar T. & Maryam S. The Effect of the Verbascum Thapsus on Episiotomy Wound Healing in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Research Article*. P.1-16.
21. Oxford University Hospitals NHS Trust, 2018.A third or fourth-degree tear during childbirth. P1-6
22. Stephen E & et.al 2013. Obstetric Infections.2013 P509-520