ประสิทธิผลของเบาะรองนั่งต่อการลดความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ประกายศรี ห่อจันทร์*, จิระนันต์ อินทร์นุ่น, อำภา บุญฤทธิ์, สุวิมล บุญเต็ม
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ความปวดแผลฝีเย็บเป็นปัญหาสำคัญในมารดาหลังคลอด ทำให้ไม่สุขสบายขณะนั่ง เคลื่อนไหว และให้นมบุตร การพัฒนาอุปกรณ์ลดแรงกดทับจึงเป็นแนวทางบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาที่สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลหลังคลอด การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง และศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 2568 จำนวน 40 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เบาะรองนั่งที่ผลิตจากวัสดุหนังเทียมโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) บรรจุใยสังเคราะห์ แบบประเมินระดับความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ เครื่องมือทุกชิ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบประเมินความปวด และ .93 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดขณะใช้เบาะรองนั่งต่ำกว่าก่อนใช้เบาะรองนั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *($p < .001$)* ในทุกกิจกรรม โดยกิจกรรมการให้นมบุตรในท่านั่ง พบว่ามีคะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงมากที่สุด จาก 7.08 (SD.=2.35) เหลือ 2.13 (SD.=1.84) รองลงมาคือกิจกรรมการลุกจากเตียง คะแนนความปวดลดลงจาก 7.00 (SD.=1.97) เหลือ 2.98 (SD.=1.91) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่ามารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้เบาะรองนั่งอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.73, SD.= .55) สรุปได้ว่าเบาะรองนั่งมีประสิทธิผลในการลดความปวดแผลฝีเย็บ ช่วยเพิ่มความสุขสบายในการให้นมบุตรและทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ควรส่งเสริมการนำเบาะรองนั่งไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอด, แผลฝีเย็บ, เบาะรองนั่งสำหรับมารดาหลังคลอด, การบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Prakaysrih@gmail.com)
วันที่รับ 1 ก.พ. 2569, วันที่แก้ไขเสร็จ 17 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 24 พ.ค.2569

Effectiveness of a Seat Cushion for Reducing Perineal Pain in Postpartum Mothers at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Prakaysri Horjan*, Jiranan Innun, Ampha Bunrit, Suwimon Buntem
Nursing Group, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Perineal pain is an important postpartum problem because it causes discomfort during sitting, movement, and breastfeeding. A pressure-relieving device is therefore a relevant non-pharmacological nursing approach for postpartum care. This quasi-experimental study aimed to compare perineal pain levels in postpartum mothers before and during use of a seat cushion, and to assess maternal satisfaction. The sample consisted of 40 postpartum mothers who underwent vaginal delivery with episiotomy and were admitted to the Chalermphrabarami 3-4 special ward, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, between August and December 2025. A purposive sampling technique was used to select participants. Research instruments included a polyester-filled PVC seat cushion with a central oval opening, the Numeric Rating Scale (NRS) for pain assessment, and a 7-item Likert-scale satisfaction questionnaire. All instruments were validated by three experts (Content Validity Index: NRS = 1.00, satisfaction questionnaire = .93) and the satisfaction questionnaire demonstrated acceptable reliability (Cronbach's Alpha = .89). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results showed that perineal pain scores during seat cushion use were significantly lower than before use across all five activities ($p < .00$). The greatest reduction was observed during breastfeeding in a sitting position (pre: M=7.08, SD.=2.35; during: M=2.13, SD.=1.84), followed by getting out of bed (pre: M=7.00, SD.=1.97; during: M=2.98, SD.=1.91). Overall maternal satisfaction was at the highest level (M=4.73, SD.=.55). These findings indicate that seat cushion is effective in reducing perineal pain and enhancing comfort during breastfeeding and daily activities. Its integration into postpartum nursing care is recommended to improve the quality of maternal recovery.

Keywords: Postpartum Mother, Perineal Wound, Postpartum Seat Cushion, Non-Pharmacological Pain Management

Corresponding E-mail: Prakaysrih@gmail.com

Received: February 1, 2026; Revised: May 17, 2026; Accepted: May 24, 2026

บทนำ

การคลอดบุตรทางช่องคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของมารดาหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) หรือการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Perineal lacerations) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในมารดาหลังคลอด อาการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บเป็นผลจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ หรือการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายในการเคลื่อนไหว การนั่ง และการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูร่างกาย การให้นมบุตร และการแสดงบทบาทของความเป็นมารดาในระยะหลังคลอด (Chiarelli & Cockburn, 2002; Liu et al., 2021) จากการศึกษาพบว่า ระดับความปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดมักอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะในช่วง 24 - 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Visual Analog Scale VAS) อยู่ที่ประมาณ 4 - 7 คะแนน (Nanji, J. A. et al., 2020; Kettle et al., 2002) แม้อาการปวดจะลดลงหลัง 3 - 5 วัน แต่ในบางรายอาจคงอยู่ได้นานถึง 6 สัปดาห์หรือมากกว่านั้น

ความปวดบริเวณฝีเย็บส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการให้นมบุตร โดยเฉพาะในท่านั่งซึ่งเป็นท่าที่นิยมใช้มากที่สุด หากมารดามีความปวดขณะนั่งอาจลดระยะเวลาและความถี่ในการให้นม ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการสร้างน้ำนม รวมถึงส่งผลทางอ้อมต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Liu et al., 2021) นอกจากนี้ ความปวดที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ การชะลอการสมานแผล และภาวะเครียดซึ่งส่งผลเสียต่อระบบภูมิคุ้มกัน (Nanji & Carvalho, 2020) อีกทั้งยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกท้อแท้ หรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะยาว

หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นจำนวนมาก จากสถิติปี 2562 - 2566 มีมารดาคลอดทางช่องคลอดจำนวน 522, 659, 592, 498 และ 439 ราย ตามลำดับ การประเมินปัญหาพบว่า มารดาร้อยละ 18 มีความปวดระดับรุนแรง (7 - 10 คะแนน) และร้อยละ 67 มีความปวดระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน) ส่งผลให้มารดาต้องใช้วิธีนั่งตะแคงเพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับแผล ทำให้เกิดความเมื่อยล้าและไม่สุขสบาย

เดิมทีหอผู้ป่วยพัฒนาการดูแลแผลฝีเย็บโดยใช้การประคบเย็นจากถุงน้ำแข็งและส่องไฟสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งสามารถลดอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บจนถึงร้อยละ 0 (ต่ำกว่าเกณฑ์ KPI ที่ร้อยละ 0.5) แต่ยังพบว่ามารดาปวดแผลมากขึ้นเมื่อลุกนั่ง ทำให้เปลี่ยนอิริยาบถลดลงและเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดบริเวณแผลน้อยลง จึงได้พัฒนาเบาะรองนั่ง "หมอนยิ้ม นิ่มสบาย" ผ่าน 8 ระยะ ได้แก่ เริ่มจากใช้ห่วงยางว่ายน้ำเด็กบรรจุเศษผ้า, เบาะผ้า พบปัญหายางขยายตัว ยืด รั่ว เบาะยุบตัว ทำความสะอาดยาก ⟶ หุ้มเบาะด้วยหนังเทียม PVC กันน้ำ ⟶ เปลี่ยนไส้เป็นใยสังเคราะห์ Polyester ⟶ แบ่ง 3 ขนาดตามน้ำหนักตัว ⟶ เพิ่มหูหิ้วลดการปนเปื้อน ⟶ เปิดรับบริจาคใยสังเคราะห์จากหมอนเก่าเพื่อลดต้นทุน ⟶ ปรับรูตรงกลางจากวงกลมเป็นวงรีตามคำแนะนำของสูติแพทย์เพื่อรองรับแผลฝีเย็บและริดสีดวงทวาร จนได้นวัตกรรมปัจจุบันที่ผ่านการทดสอบเชิงกลด้วยเครื่อง UTM มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรม "เบาะรองนั่ง" (Seat Cushion) ที่ผลิตจากหนังเทียมโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) บรรจุใยสังเคราะห์ Polyester ออกแบบให้มีรูตรงกลางเพื่อลดแรงกดทับบริเวณแผลฝีเย็บ โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความเจ็บปวด (Gate Control Theory of Pain) ของ Melzack and Wall (1965) ที่อธิบายว่าการลดแรงกดและการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าที่ตำแหน่งปวด สามารถปิดกั้นสัญญาณความเจ็บปวดไม่ให้ส่งไปยังสมองได้ ช่วยให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง การวิจัยครั้งนี้นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

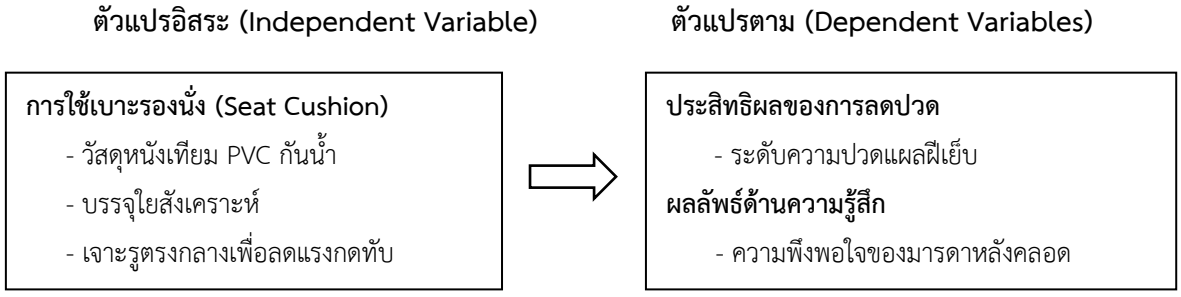
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการใช้เบาะรองนั่ง

สมมติฐานวิจัย

ระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดขณะใช้เบาะรองนั่งต่ำกว่าก่อนใช้เบาะรองนั่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ Gate Control Theory of Pain ของ Melzack and Wall (1965) เป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยอธิบายว่าความรู้สึกเจ็บปวดเกิดจากการส่งผ่านสัญญาณประสาทไปยังสมอง หากมีการลดแรงกดทับหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าที่ตำแหน่งปวด จะเปรียบเสมือนการปิด "ประตู" (Gate) ของสัญญาณความเจ็บปวด ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง ผู้วิจัยจึงพัฒนา "เบาะรองนั่ง" ที่ออกแบบให้ลดแรงกดและกระจายน้ำหนักบริเวณฝีเย็บ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแปรอิสระในการปิดกั้นสัญญาณความปวด ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ ระดับความปวดแผลฝีเย็บที่ลดลง และนำไปสู่ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด สามารถเขียนเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มารดาหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บ ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี ชั้น 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วง สิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2568 จำนวนประมาณ 183 ราย (อ้างอิงจากสถิติการคลอดบุตรทางช่องคลอดปี 2566 จำนวน 439 ราย คิดเฉลี่ยสำหรับระยะเวลา 5 เดือน)

กลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บ ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี ชั้น 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วง สิงหาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2568 คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (Alpha) เท่ากับ 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานสำหรับงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Faul et al., 2009) ผลการคำนวณด้วยสถิติทดสอบแบบ Paired t-Test (Two-Tails) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล (Dropout) ประมาณร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2021) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยคัดเลือกมารดาหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ทั้งนี้ไม่ใช้วิธีการสุ่ม เนื่องจากการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ซึ่งมุ่งศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีแผลฝีเย็บหลังคลอดในช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่อยู่ในระยะ 24 - 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีแผลฝีเย็บระดับที่ 1 - 2 หรือมีแผลฝีเย็บที่ประเมินตามแบบประเมิน REEDA อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนรวม 1 - 5 คะแนน) แล้วสามารถนั่งบนเบาะได้อย่างปลอดภัย รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถให้ข้อมูลระดับความปวดด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะผิดปกติทางจิตหรือภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูล มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดหรือภาวะทางสูติกรรมที่แพทย์เห็นว่าไม่เหมาะสมต่อการนั่งบนเบาะ มีแผลฝีเย็บรุนแรงหรือภาวะแผลผิดปกติที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้เบาะรองนั่งได้

เกณฑ์ยุติการวิจัย (Withdrawal Criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัย ต้องยุติการใช้เบาะตามดุลยพินิจของแพทย์หรือพยาบาล หรือมีอาการไม่พึงประสงค์ขณะใช้เบาะรองนั่ง โดยการถอนตัวจะไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ นวัตกรรม "เบาะรองนั่ง" (Seat Cushion) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลิตจากหนังเทียมโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) กันน้ำ บรรจุด้วยใยสังเคราะห์ Polyester มีช่องว่างตรงกลางรูปวงรีเพื่อลดแรงกดทับ (เบาะรองนั่ง ผ่านการทดสอบแรงอัดด้วยเครื่องทดสอบสากลตามขนาดและน้ำหนักที่ผู้วิจัยออกแบบไว้ จากศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568) แบ่งเป็น 3 ขนาดตามน้ำหนักตัวของมารดา ได้แก่

- Size S สำหรับน้ำหนัก 50.00 - 69.00 กิโลกรัม (กว้าง X ยาว 16.00 นิ้ว หนา 8.00 ซม.)
- Size M สำหรับน้ำหนัก 70.00 - 89.00 กิโลกรัม (กว้าง X ยาว 18.00 นิ้ว หนา 10.00 ซม.)
- Size L สำหรับน้ำหนัก 90.00 กิโลกรัมขึ้นไป (กว้าง X ยาว 20.00 นิ้ว หนา 12.00 ซม.)



ภาพที่ 2 เบาะรองนั่ง" (Seat Cushion) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ข้อมูลการคลอด และลักษณะแผลฝีเย็บ

2.2 แบบประเมินระดับความปวด (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดแบบเส้นตรง แบ่งระดับคะแนน 0-10 (0 หมายถึง ไม่ปวด, 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ คำถาม ครอบคลุมด้านประสิทธิ ภาพ ความนุ่มสบาย ความสวยงาม และความสะดวกในการใช้งาน ข้อคำถามทั้ง 7 ข้อเป็นข้อคำถามทิศทางบวก ไม่มีข้อคำถามทิศทางลบ โดยตัวเลือกคำตอบแต่ละระดับมีดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด
ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย
ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก และ
ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ (Likert Scale 5 ระดับ) ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.41 - 4.20 หมายถึง มาก 2.61 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 1.00 - 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด (Srisawat, 2010)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านสูติกรรม และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความปวด และ .93 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งทุกรายการสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (CVI ≥ .80)

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับสถานที่วิจัย กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (≥ .70) สำหรับแบบประเมินความปวด เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการพิสูจน์ความเชื่อมั่นและความตรงในงานวิจัยทางคลินิกอย่างกว้างขวาง ไม่จำเป็นต้องทดสอบซ้ำในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วม ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่กระทบการรักษา โดยใช้เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกับการบอกเล่าด้วยวาจา จากนั้นขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเริ่มเก็บข้อมูลทุกราย สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน วันละ 2 ชั่วโมง ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วยการบรรยาย การสาธิตการใช้เบาะ การฝึกกรณีสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกปฏิบัติจริงพร้อมสาธิตย้อนกลับ (Return Demonstration) เพื่อให้พยาบาลทุกท่านมีมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินความปวดพื้นฐาน (Baseline Pain

Assessment) ของกลุ่มตัวอย่างทุกรายในกิจกรรมทั้ง 5 รายการก่อนเริ่มใช้เบาะ เพื่อบันทึกเป็นคะแนนก่อนการทดลอง

2. ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมประเมินระดับความปวดแผลฝีเย็บก่อนใช้เบาะ โดยใช้มาตรวัดความปวด (NRS) ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ ขณะนั่งบนเก้าอี้ ขณะเปลี่ยนท่าทาง ขณะลุกจากเตียง ขณะพักผ่อนเฉยๆ และขณะป้อนนม/อุ้มลูกในท่านั่ง โดยให้มารดาชี้ระดับความปวดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยหรือพยาบาลเลือกขนาดเบาะตามน้ำหนักตัวมารดา (น้ำหนัก 50.00 - 69.00 กก. หมายถึง ขนาด S, 70.00 - 89.00 กก. หมายถึง ขนาด M, ≥ 90.00 กก. หมายถึง ขนาด L) เริ่มใช้เบาะรองนั่งกับมารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมง โดยวางเบาะรองนั่งบนพื้นผิวเรียบ ไม่เอียง จัดให้แผลฝีเย็บอยู่ตรงช่องว่างกลางเบาะ น้ำหนักกระจายสะโพกทั้งสองข้าง หลังตรง เท้าวางราบ ไม่นั่งไขว่ห้าง กำหนดนั่งครั้งละ 30 - 60 นาที วันละ 3 - 4 ครั้ง ตลอด 72 ชั่วโมง (3 วัน) นับจากวันคลอดจนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความปวดซ้ำด้วยแบบประเมินความปวดใน 5 กิจกรรมเดิมขณะมารดานั่งบนเบาะ ทุกครั้งที่มีการใช้เบาะตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

3. ระยะประเมินผล

ให้มารดาประเมินความพึงพอใจหลังเสร็จสิ้นการทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก (3 วัน) นับจากวันคลอด โดยผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ประเมินระดับความปวดในทุกกิจกรรม ตามขั้นตอนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง ใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลเป็นการวัดซ้ำในมารดารายเดียวกัน 2 ครั้ง (ก่อนและขณะใช้เบาะ) โดยข้อมูลอยู่ในระดับ Interval Scale คะแนนความปวดที่มีค่า 0 - 10 การวัด ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน และความแตกต่างของคู่ข้อมูล (Difference Score) มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า $p > .05$ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ

3. ระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่ A038/2568 รับรอง ณ วันที่ 28 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มมารดาหลังคลอดจำนวน 40 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี (ร้อยละ 72.50) อายุเฉลี่ยประมาณ 30.00 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.50) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 27.50) และแม่บ้าน (ร้อยละ 25.00) ด้านข้อมูลการคลอดพบว่า ร้อยละ 35.00 เป็นมารดาครรภ์แรก (Primipara) และร้อยละ 45.00 เป็น Nullipara (ไม่เคยมีบุตรที่มีชีวิตมาก่อน ซึ่งรวมถึงมารดาครรภ์แรกและมารดาที่เคยตั้งครรภ์แต่สูญเสียบุตรก่อนคลอด) ทุกรายคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ (Spontaneous Vaginal Delivery) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,050.00 กรัม สำหรับลักษณะแผลฝีเย็บ ส่วนใหญ่เป็นแผลระดับที่ 2 (Second Degree Tear) คิดเป็นร้อยละ 75.00 และระดับที่ 1 ร้อยละ 25.00

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแผลฝีเย็บ (Pain Score 0 - 10) ของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง ในกิจกรรมต่างๆ พบว่า ระดับความปวดขณะใช้เบาะรองนั่งลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ในทุกกิจกรรม โดยขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับขนาดใหญ่ ($d > 0.80$) ในทุกกิจกรรม ซึ่งบ่งชี้ถึงนัยสำคัญทางคลินิกที่ชัดเจนนอกเหนือจากนัยสำคัญทางสถิติ

ให้นมบุตรในท่านั่ง เป็นกิจกรรมที่มารดามีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนใช้สูงที่สุดเท่ากับ 7.08 (SD.=2.35) แต่เมื่อใช้เบาะรองนั่ง ความปวดลดลงเหลือ 2.13 (*SD.=1.84*) *(t=10.49, p < .00)*

ลุกจากเตียง คะแนนความปวดเฉลี่ยจาก 7.00 (SD.=1.97) เหลือ 2.98 (*SD.=1.91*) (*t=9.29, p < .00)*

เปลี่ยนท่าทาง/ขยับร่างกาย คะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 6.93 (*SD.=1.89*) เหลือ 2.95 (SD.=1.74) (*t=9.80, p < .00*)

พักผ่อนบนเตียง คะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 6.25 (SD.=1.92) เหลือ 2.33 (SD.=1.73) *(t = 9.56, p < .00)* รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด จำแนกตามกิจกรรม (n=40)

กิจกรรม	ช่วงเวลา	M	SD.	*t*	*p-value*
1. พักผ่อนเฉยๆ บนเตียง	ก่อนใช้	6.25	1.92	*9.56*	*< .00**
	ขณะใช้	2.33	1.73		
2. เปลี่ยนท่าทาง/ขยับตัว	ก่อนใช้	6.93	1.89	*9.80*	*< .00**
	ขณะใช้	2.95	1.74		
3. ลุกจากเตียง	ก่อนใช้	7.00	1.97	*9.29*	*< .00**
	ขณะใช้	2.98	1.91		
4. พักผ่อนบนเก้าอี้	ก่อนใช้	5.98	2.53	*7.86*	*< .00**
	ขณะใช้	2.08	1.86		
5. ให้นมบุตรในท่านั่ง	ก่อนใช้	7.08	2.35	*10.49*	*< .00**
	ขณะใช้	2.13	1.84		

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการใช้เบาะรองนั่ง พบว่า มารดามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.73, SD.= .55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ประสิทธิผลในการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ (M=4.68) รองลงมาคือ ความนุ่มสบายและความเหมาะสมกับสรีระ (M=4.53) นอกจากนี้ มารดายังมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อความสะดวกในการใช้งานขณะให้นมบุตรหรือดูแลทารก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการใช้เบาะรองนั่งลดปวดแผลฝีเย็บ

ลำดับ	รายการประเมินความพึงพอใจ	M	*SD.*	ระดับความพึงพอใจ
1.	เบาะรองนั่งช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ	4.68	.53	มากที่สุด
2.	เบาะรองนั่งช่วยให้สามารถนั่งได้นานขึ้น	4.68	.57	มากที่สุด
3.	เบาะมีความนุ่มสบายเหมาะสมกับสรีระ	4.53	.64	มากที่สุด
4.	ความสวยงามของเบาะรองนั่ง	4.30	.79	มาก
5.	เบาะมีขนาดเหมาะสม ใช้งานง่าย	4.68	.62	มากที่สุด
6.	สามารถใช้เบาะขณะให้นม/ดูแลลูกได้อย่างสะดวก	4.68	.62	มากที่สุด
7.	ความพึงพอใจโดยรวมของเบาะรองนั่ง	4.73	.55	มากที่สุด

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ประสิทธิผลเบาะรองนั่งมารดาหลังคลอด ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง พบว่า มารดาหลังคลอดมีระดับความปวดแผลฝีเย็บขณะใช้เบาะรองนั่งลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ในทุกกิจกรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานและสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความเจ็บปวด (Gate Control Theory of Pain) ของ Melzack and Wall (1965) ที่อธิบายว่าการลดแรงกดทับหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าทางกายภาพ สามารถปิดกั้นสัญญาณประสาทความปวดไม่ให้ส่งต่อไปยังสมองได้ กลไกสำคัญเกิดจากการออกแบบเบาะรองนั่งที่มีช่องว่างตรงกลางรูปวงรี และใช้วัสดุที่มีความยืดหยุ่น (ใยสังเคราะห์และหนังเทียม PVC) ช่วยขจัดแรงกดทับโดยตรงที่บริเวณแผลฝีเย็บ (Direct Pressure Relief) และกระจายน้ำหนักตัวไปยังบริเวณสะโพกและต้นขาแทน เมื่อแผลไม่ถูกกดทับและไม่มีแรงดึงรั้งจากการนั่งสัมผัสพื้นแข็งโดยตรง สัญญาณความเจ็บปวดจึงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดสอบแรงอัดของเบาะที่ดำเนินการโดยศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งยืนยันว่าเบาะแต่ละขนาด (S, M, L) สามารถรองรับน้ำหนักตัวของมารดาได้ตามที่ออกแบบ โดยไม่เกิดการยุบตัวที่จะส่งผลให้แผลฝีเย็บสัมผัสพื้นเบาะ ในบริบทของงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 ราย ส่วนใหญ่มีแผลฝีเย็บระดับที่ 2 (ร้อยละ 75.00) ซึ่งมีความลึกและความกว้างของแผลมากกว่าระดับที่ 1 การลดแรงกดทับโดยตรงผ่านช่องว่างกลางเบาะจึงมี

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดสัญญาณความเจ็บปวดในกลุ่มนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanaphong (2019) และ Phatthananukunakit (2020) ที่พบว่าการใช้นวัตกรรมเบาะรองนั่งหรือเบาะโฟมรูปตัวยูช่วยลดคะแนนความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการนั่งบนวัสดุปกติ

การส่งเสริมการทำหน้าที่มารดาและการให้นมบุตร กิจกรรมการให้นมบุตรในท่านั่งและการลุกจากเตียง มีค่าคะแนนความปวดลดลงมากที่สุดเมื่อใช้เบาะรองนั่ง (ลดลงจากระดับรุนแรง 7.08 เหลือระดับน้อย 2.13) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความปวดเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากท่านั่งเป็นท่ามาตรฐานในการให้นมหากมารดาเจ็บแผลจะทำให้เกิดความเครียดและลดความถี่ในการให้นมลง การใช้เบาะรองนั่งจึงไม่เพียงแค่ลดปวดทางกาย แต่ยังช่วยส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา (Maternal Role) ช่วยให้มารดาสามารถนั่งให้นมบุตรได้นานขึ้นและมีความสุขสบายในการดูแลทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2021) ที่พบว่าการลดความปวดแผลฝีเย็บส่งผลดีต่อการฟื้นฟูร่างกายของมารดาในระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับ Chiarelli and Cockburn (2002) ที่ชี้ว่าความไม่สุขสบายบริเวณฝีเย็บส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการให้นมบุตรและความผูกพันระหว่างแม่ลูก

2. ผลความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการใช้เบาะรองนั่ง พบว่า มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจโดยรวมต่อเบาะรองนั่งในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านประสิทธิผลในการลดปวดและความนุ่มสบาย แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมนี้ตอบโจทย์ปัญหาหน้างานได้อย่างตรงจุด วัสดุหนังเทียม PVC ยังมีคุณสมบัติกันน้ำ ทำความสะอาดง่าย ป้องกันการปนเปื้อนน้ำคาวปลา ซึ่งเหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดในหอผู้ป่วย สรุปผลการวิจัย เบาะรองนั่ง มีประสิทธิผลในการลดระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดได้อย่างชัดเจนทั้งในขณะพักและขณะทำกิจกรรม โดยเฉพาะการนั่งให้นมบุตร อีกทั้งยังได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้ในระดับมากที่สุด จึงเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพราคาประหยัด และควรส่งเสริมให้เป็นอุปกรณ์มาตรฐานในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ควรนำนวัตกรรมเบาะรองนั่งไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐาน (Nursing Practice Guideline) สำหรับดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บทุกรายในหอผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) ควรจัดเตรียมเบาะรองนั่งให้เพียงพอและมีขนาดที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของมารดา (Size S, M, L) เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการรองรับสรีระและลดแรงกดทับ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การหายของแผลฝีเย็บ หรืออัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เบาะรองนั่งควรพัฒนาต่อยอดรูปแบบเบาะรองนั่งให้มีความสวยงาม พกพาสะดวกยิ่งขึ้น หรือใช้วัสดุที่ระบายอากาศได้ดียิ่งขึ้นเพื่อความสุขสบายในสภาพอากาศร้อน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ 1) การออกแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถตัดผลของตัวแปรแทรกซ้อนได้ทั้งหมด เช่น เวลาที่ผ่านไปหลังคลอดซึ่งอาจ

ส่งผลให้ความปวดลดลงตามธรรมชาติ 2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลเดียว ทำให้ความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น (Generalizability) มีข้อจำกัด และ 3) ระยะเวลาติดตามผลเพียง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การหายของแผล หรือความต่อเนื่องในการให้นมบุตร

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนให้ผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พิจารณานำเบาะรองนั่งบรรจุเป็นอุปกรณ์มาตรฐานในแนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guideline) สำหรับมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ เพื่อลดความเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะหลังคลอดอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. เบาะรองนั่งมีประสิทธิผลชัดเจนในการลดความปวดแผลฝีเย็บด้วยตัวเอง การนำไปใช้ร่วมกับวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาวิธีอื่น เช่น การประคบเย็น หรือการแช่น้ำอุ่น มิได้หมายความว่าเบาะรองนั่งมีประสิทธิผลไม่เพียงพอ หากแต่สะท้อนแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการของมารดาแต่ละรายซึ่งมีระดับความปวดและบริบทที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงสามารถเลือกผสมผสานวิธีการได้ตามความเหมาะสมของแต่ละราย

3. พยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วมีความสามารถในการใช้เบาะอย่างถูกต้อง การให้สุขศึกษาและสาธิตแก่มารดาในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลขาดทักษะ แต่เป็นบทบาทปกติของพยาบาลในการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้มารดาสามารถใช้เบาะได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลมารดาหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การขยายขอบเขตการศึกษา ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือศึกษาในหลายสถานพยาบาล (Multicenter Study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

2. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพิ่มเติม เช่น ผลต่อระยะเวลาการหายของแผลฝีเย็บ, ภาวะแทรกซ้อนของแผล หรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3. การพัฒนารูปแบบการวิจัย ควรออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เบาะรองนั่ง ซึ่งจะช่วยยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หรือเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ลดปวดชนิดอื่นๆ

4. การพัฒนาตัวนวัตกรรม ควรศึกษาและพัฒนาวัสดุหรือรูปแบบของเบาะรองนั่งให้มีความจำเพาะกับสรีระของมารดาแต่ละกลุ่มมากขึ้น เช่น การแบ่งกลุ่มศึกษาตามดัชนีมวลกาย เพื่อออกแบบเบาะที่รองรับน้ำหนักได้เหมาะสมที่สุด หรือการปรับปรุงรูปแบบเพื่อรองรับมารดาที่มีปัญหาริดสีดวงทวารร่วมด้วย รวมถึงการศึกษาผลของสีสันและรูปลักษณ์ภายนอกที่มีต่อความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ใช้

References

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Postpartum perineal care*. https://www.acog.org/

Chiarelli, P., & Cockburn, J. (2002). Promoting urinary continence in women after delivery: Randomised controlled trial. *BMJ, 324*(7348), 1241. https://doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1241

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using G*Power 3.1*: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Iamsaard, M. (2016). *Perineal pain in postpartum women and non-pharmacological pain relief care*. *Journal of Nursing Science, 34*(2), 22-31.

Jaidee, S. (2021). *Development of a seat cushion for relieving postpartum maternal pain. Journal of Nursing Science, 39*(2), 45-52.

Kettle, C., Hills, R. K., Jones, P., Darby, L., Gray, R., & Johanson, R. (2002). Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: A randomised controlled trial. *The Lancet, 359*(9325), 2217-2223. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09312-1

Liu, Y., Li, L., & Zhang, Y. (2021). Effect of warm sitz bath on episiotomy pain and wound healing among primiparous women. *International Journal of Nursing Studies, 117*, Article 104105. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104105

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(3699), 971-979. https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971

Nanji, J. A., & Carvalho, B. (2020). Pain management during labor and vaginal birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 67*, 100-112. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002

Phatthananukunakit, W. (2020). *Effects of using a foam seat cushion on perineal pain among postpartum women. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(1), 112-120.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.).* Lippincott Williams & Wilkins.

Poolperm, R. (2014). *Effectiveness of cold compression on perineal trauma among postpartum mothers. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(1), 1-10.

Rattanaphong, S. (2019*). Effects of using a seat cushion on pain levels and satisfaction among postpartum mothers with perineal wounds. Nursing Journal, Chiang Mai University, 46*(1), 30-41.

Srisawat, B. (2010). *Basic research (9th ed.).* Suweeriyasan.

Tangcholthip, K. (2018). *Effects of using a U-shaped seat cushion on perineal pain among postpartum women (Master's thesis, Chulalongkorn University).* Chulalongkorn University Intellectual Repository.