

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม  
ผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ  
เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

**Effects of a Caregiver Empowerment Program Combined with Social Support  
through Telenursing on Caregiving Behavior for Bedridden Patients with  
Pressure Ulcers, Pathum Thani Hospital Network,  
Pathum Thani Province**

วาทีณี วงศ์วรพิทักษ์, พย.บ.<sup>1\*</sup>  
Watinee Wongworapitak, B.N.S.

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกลต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับของผู้ดูแล และอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มีดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ .38 และ .97 และแบบประเมินอัตราการหายของแผลกดทับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกลสามารถนำไปใช้ในการดูแลแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดปทุมธานีและพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงได้

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี

Registered nurse, Pathum Thani Hospital  
Corresponding Author: \* bbanne2012@gmail.com

**คำสำคัญ:** พลังอำนาจ, แรงสนับสนุนทางสังคม, การพยาบาลทางไกล, ผู้ป่วยติดเตียง, แผลกดทับ

## ABSTRACT

This study aimed to examine the effects of a caregiver empowerment program combined with social support via tele-nursing on caregiver empowerment, caregiving behaviors, and pressure ulcer healing rates in bedridden patients. The sample included 60 caregivers of patients with pressure ulcers within the Pathum Thani Hospital Network, selected through purposive sampling and divided equally into experimental (n=30) and control (n=30) groups. Data were collected using a validated questionnaire, with item-objective congruence ranging from .67 to 1.00. The reliability coefficients were .38 for empowerment perception, .97 for caregiving behaviors, and .84 for pressure ulcer healing assessment. Data analysis employed descriptive statistics and t-tests.

The research findings revealed that after participating in the caregiver empowerment program combined with social support through tele-nursing, the caregivers in the experimental group had significantly better sense of empowerment and caregiving behaviors compared to before joining the program and better than the control group. Additionally, the healing rate of pressure ulcers in bedridden patients in the experimental group was significantly better than before joining the program and significantly better than the control group receiving standard nursing care at the .05 level.

The caregiver empowerment program integrated with social support through telenursing can be adapted for pressure ulcer care among bedridden patients in Pathum Thani Province and other areas with similar contextual characteristics.

**Keywords:** Empowerment, Social support, Tele-nursing, Bedridden patients, Bedsores

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หากพิจารณาตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities Daily Living: ADL) คือมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 จาก 20 คะแนน ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือขยับตัวไม่ได้ มีความพิการหรือทุพพลภาพ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในบางเรื่องหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยติดเตียงที่นอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลาเวลานาน หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตลงได้<sup>1</sup> ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น<sup>2</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดแผลกดทับซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยติดเตียงที่นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ หรือนอนทับท่าเดียวนาน ๆ<sup>3,4</sup> และในประเทศไทยพบความชุกของแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงถึงร้อยละ 10.1 ในจำนวนนี้เป็นแผลชนิดตื้น ระดับ

ที่ 1 หรือ 2 ร้อยละ 74 และตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับมากที่สุดคือบริเวณปุ่มกระดูกส่วนล่างของลำตัว ร้อยละ 95 โดยเฉพาะบริเวณก้นกบ สะโพก และส้นเท้า<sup>5</sup>

แผลกดทับจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบทางร่างกาย ได้แก่ มีความปวดจากแผลกดทับ แผลมีภาวะติดเชื้อและแผลหายช้า<sup>6,7</sup> ผลกระทบทางจิต ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ผลกระทบทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว สังคม และชุมชนลดน้อยลง<sup>8</sup> และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการรักษาผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับที่รับการรักษาานาน 7 วัน จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 50,976 เหรียญต่อราย<sup>9</sup>

เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี มีภาระกิจหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่าผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวมีอัตราการเกิดแผลกดทับเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 57 คน และ 44 คน ตามลำดับ แยกเป็นแผลกดทับหาย ร้อยละ 24.50 แผลคงเดิมดีขึ้น 1 ระดับ คิดเป็นร้อยละ 10.50 แผลกดทับแย่ลง ร้อยละ 8.75 และแผลกดทับคงเดิม ร้อยละ 31.50 จากสถานการณ์การดูแลที่มีบุคลากรจำกัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้การหายของแผลเป็นไปได้ช้าหรืออาจไม่ดีขึ้น การบูรณาการการดูแลแผลโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมทั้งทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมโดยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ ปฏิบัติการดูแลร่วมกับพยาบาล และมีการประเมินผลการปฏิบัติการดูแลเป็นระยะ จนเกิดความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้เอง ซึ่งหากผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลได้ แนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะลดลง ทั้งนี้ในปัจจุบันผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ขาดความมั่นใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ อีกทั้งผู้ป่วยหลายรายขาดผู้ดูแลหลักหรือมีการเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยแผลกดทับมีส่วนร่วมในการดูแลกับพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จึงมีความสำคัญโดยมุ่งเน้นบทบาทของผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญในดูแลแผลกดทับของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของแผลกดทับ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความร่วมมือในการดูแลแผลกดทับ ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้หลักที่เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ ประกอบด้วยผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ ตำแหน่งและระดับของแผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่ส่งผลการหายของแผลกดทับ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพ<sup>10</sup>

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน<sup>11</sup> เป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคลโดยใช้กระบวนการที่เน้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนเป้าหมายในการทำงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (Holding on) ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของการพยาบาลทางไกล<sup>12</sup> มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านการประเมินการพยาบาลทางไกล โดยใช้ LINE Official Account ที่สามารถใช้งานบนมือถือข้อมูลการเยี่ยมบ้าน บันทึกกิจกรรม ภาพถ่ายแผลกดทับ การหายของแผลกดทับ การให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับที่มีความสะดวกใช้งานง่าย สามารถเชื่อมโยงข้อมูลและส่งต่อข้อมูล และร่วมวางแผนการพยาบาลผ่านทาง LINE video call กับผู้ดูแลให้การดูแลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และติดตามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ หากผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและแรงสนับสนุนทางสังคมจากการใช้โปรแกรมดังกล่าว คาดว่าจะส่งผลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและการดูแลแผลกดทับที่ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีจุดมุ่งหมายในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกลต่อการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับของผู้ดูแล และอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาล ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งผลของโปรแกรมอาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมองเห็นคุณค่าของตนเองและเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเองและเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจอันส่งผลดีต่อตนเองและการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกลต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับของผู้ดูแล และอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียง

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

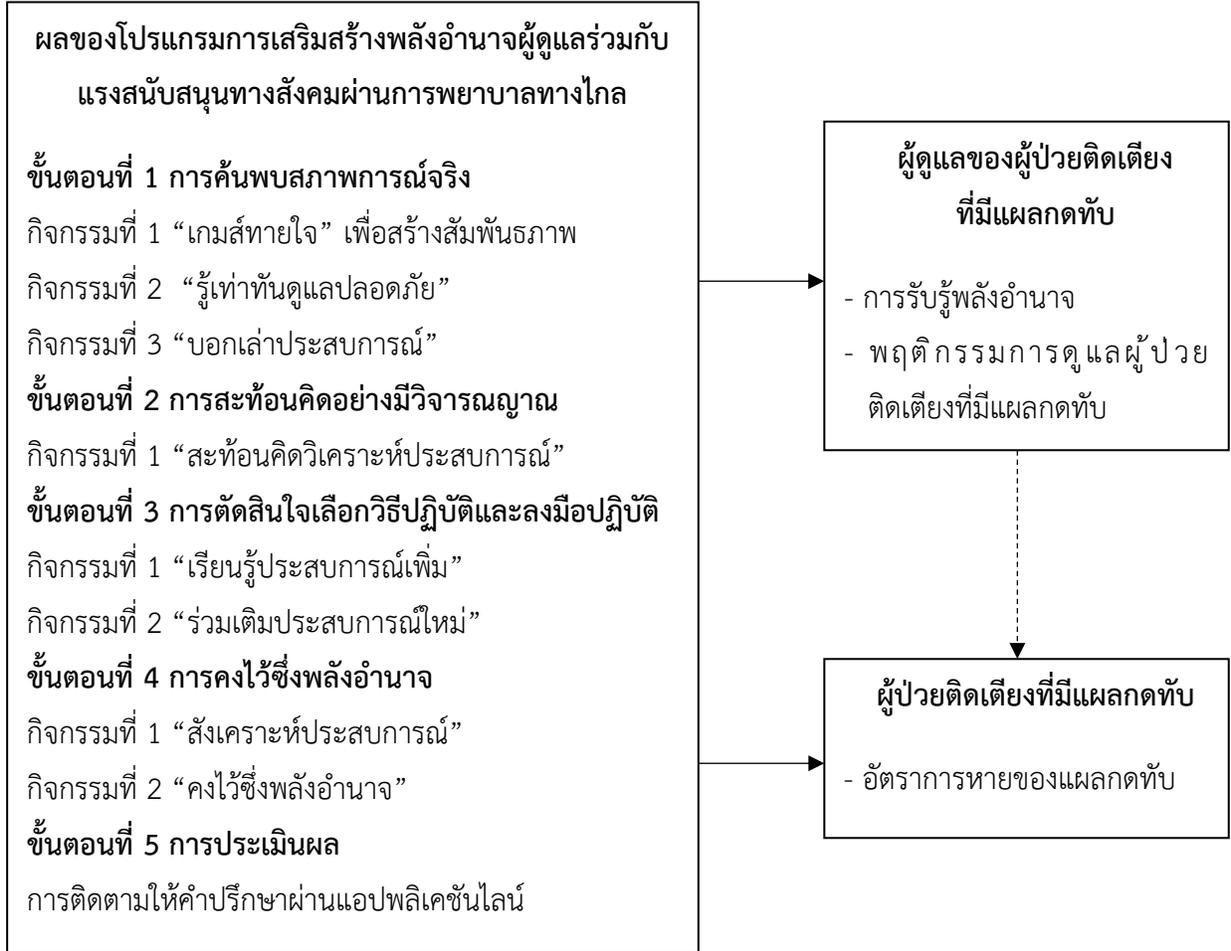
1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีผลกดทับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีผลกดทับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล ผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองมีอัตราการหายของแผลกดทับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ<sup>11</sup> ได้แก่ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ และ (5) การประเมินผล และแนวคิดของการพยาบาลทางไกล<sup>12</sup> โดยใช้ LINE Official Account และ LINE video call กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-test post-test control group design) มีรายละเอียดดังนี้

**ประชากร** เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 80 คน และผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ จำนวน 80 คน<sup>13</sup>

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ดูแลที่เป็นผู้รับมอบอำนาจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\*power ใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และ

คำนวณ effect size จากงานวิจัยของ จุฑามาศ นักบุญ<sup>14</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen<sup>15</sup> พบว่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .75 กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน เนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างทำการศึกษาและเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเหมาะสมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร ซึ่งจำเป็นต้องใช้จำนวนตัวอย่างที่มากพอ<sup>16</sup> ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม การวิจัยครั้งนี้คือจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ อายุระหว่าง 20-59 ปี และผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ
- 2) เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือญาติของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ซึ่งอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน
- 3) ไม่ได้รับค่าจ้างเป็นค่าตอบแทน

#### เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ดูแลเจ็บป่วยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดได้
- 2) ผู้ดูแลไม่อยู่ในสถานะของผู้ดูแลเนื่องจากปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ได้แก่ การเสียชีวิต การเจ็บป่วยรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้

#### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ดังนี้

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีพันธะสัญญากับตัวเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และ 5) การประเมินผล

1.2 วัตถุประสงค์เกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ

1.3 วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ทำแผล น้ำเกลือล้างแผล สำลี ผ้าก๊อซ และแถบเทป

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดหลักการตามแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเอง การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แบบสอบถามมีจำนวน 11 ข้อ

**ส่วนที่ 2** การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบคือถูกหรือผิด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับการรับรู้พลังอำนาจผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับโดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ<sup>17</sup> ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 5.00 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้พลังอำนาจระดับน้อย
คะแนนระหว่าง 5.00-10.00 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้พลังอำนาจระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า 10.00 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้พลังอำนาจระดับมาก

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ เป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 15 ข้อ ให้ประเมินตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ
- 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยมาก
- 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

การแปลผลพิจารณาคะแนนพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับโดยรวม จำแนกเป็น 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์<sup>18</sup> โดยมีสูตร ดังนี้

ช่วงคะแนนในชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนระดับ = (5-1)/5 = 0.8 เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวมของพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยแผลกดทับมีดังนี้

- คะแนน 4.23–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับดีที่สุด  
คะแนน 3.42–4.22 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับดีมาก  
คะแนน 2.61–3.41 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง  
คะแนน 1.81–2.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับน้อย  
คะแนน 1.00–1.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินอัตราการหายของแผลกดทับ (Pressure Ulcer Status tool: PUSH) สร้างโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)<sup>19</sup> เพื่อประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกช่วงเวลา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.2.1 ขนาดของแผล หมายถึง การวัดส่วนที่กว้างที่สุดโดยใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร และวัดส่วนที่ยาวที่สุดหน่วยเป็นเซนติเมตร นำผลลัพธ์ของการวัดมาคูณกันและคิดค่าเป็นตารางเซนติเมตร แบ่งเป็น 10 คะแนนย่อย ดังนี้

- |  |              |
|--|--------------|
| - ขนาดของแผล น้อยกว่า 0.3 ตารางเซนติเมตร | ให้ 1 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 0.3-0.6 ตารางเซนติเมตร      | ให้ 2 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 0.7-1.0 ตารางเซนติเมตร      | ให้ 3 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 1.1-2.0 ตารางเซนติเมตร      | ให้ 4 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 2.1-3.0 ตารางเซนติเมตร      | ให้ 5 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 3.1-4.0 ตารางเซนติเมตร      | ให้ 6 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 4.1-8.0 ตารางเซนติเมตร      | ให้ 7 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 8.1-21.0 ตารางเซนติเมตร     | ให้ 8 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล 21.1-24.0 ตารางเซนติเมตร    | ให้ 9 คะแนน  |
| - ขนาดของแผล มากกว่า 24 ตารางเซนติเมตร   | ให้ 10 คะแนน |

2.2.2 ปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาหลังจากเอาผ้าปิดแผลออกและก่อนที่จะใช้น้ำยาล้างแผล โดยการประมาณสิ่งคัดหลั่ง แบ่งเป็น 4 คะแนนย่อย ดังนี้

- |  |             |
|--|-------------|
| - ไม่มีสิ่งคัดหลั่งเลย                     | ให้ 0 คะแนน |
| - เล็กน้อย (น้อยกว่า 25% ของพื้นผิวของแผล) | ให้ 1 คะแนน |
| - ปานกลาง (26-50% ของพื้นผิวของแผล)        | ให้ 2 คะแนน |
| - มาก (มากกว่า 50% ของพื้นผิวของแผล)       | ให้ 3 คะแนน |

### 2.2.3 ลักษณะของพื้นแผล แบ่งออกเป็น 5 คะแนนย่อย ดังนี้

- พื้นแผลหายแล้วด้วยการมีเนื้อเยื่อผิวหนังปกคลุม (Closed) ให้ 0 คะแนน
- พื้นแผลมีเนื้อเยื่อผิวหนัง (Epithelial tissue) ที่ขอบของแผล ให้ 1 คะแนน
- ลักษณะของพื้นแผลมีเนื้อเยื่อ (Granulation tissue) ให้ 2 คะแนน
- พื้นแผลมีเนื้อตายสีเหลืองหรือสีขาว (Slough) ให้ 3 คะแนน
- พื้นแผลที่เป็นเนื้อตายแข็ง สีดำ/น้ำตาล (Necrotic/Eschar) ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การประเมินการหายของแผล PUSH Tool มีคะแนนสูงสุด 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดี ถ้าแผลที่ดีขึ้นคะแนนจะลดลงจนคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึงแผลหายแล้ว

คะแนนรวม	ความหมายโดยทั่วไป	คำอธิบาย
0	แผลหายแล้ว	ไม่มีขนาด ไม่มีเนื้อเยื่อผิดปกติ ไม่มีสารคัดหลั่ง
1-5	แผลดีขึ้นมาก	ขนาดเล็ก เนื้อเยื่อดี และไม่มีหรือมีสารคัดหลั่งน้อย
6-10	แผลเริ่มดีขึ้น	เริ่มมีการฟื้นตัว เนื้อเยื่อเริ่มปรากฏ
11-17	แผลยังไม่ดีขึ้น	ขนาดใหญ่ มีเนื้อตายหรือเนื้อเยื่อเหลือง ปริมาณสารคัดหลั่งมาก

ในการประเมินการหายของแผลจะทำการประเมิน 6 ครั้ง ประกอบด้วยวันแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผ่านการพยาบาลทางไกล และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 และแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้พลังอำนาจ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ เท่ากับ .38 และ .97 ส่วนแบบประเมินอัตราการหายของแผลกดทับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) แจ้งผู้บังคับบัญชาเพื่อขอรับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และระยะเวลาที่ดำเนินการ
- 2) จัดทำกำหนดการ เตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม
- 3) ดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่ เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ขั้นตอนการดำเนินงาน และการจัดกิจกรรม

4) จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เอกสาร และสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

5) เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## 2. ขั้นตอนทดลองดำเนิน

กิจกรรมที่จัดของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล จำนวน 8 สัปดาห์ ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 – มกราคม พ.ศ. 2568 โดยแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและดำเนินการกับกลุ่มทดลอง มีดังนี้

### ช่วงที่ 1 การค้นหา

1) ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ลักษณะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแล

2) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้ป่วยแผลกดทับ และแบบประเมินอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มทดลอง

### ช่วงที่ 2 การทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาตามโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังนี้

1) ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 2 วัน จัดที่ห้องประชุม โรงพยาบาลปทุมธานี โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ เพื่อเริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลผ่านขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ร่วมกันประเมินปัญหาในการดูแล รวมถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สาเหตุและจัดหมวดหมู่ของปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ในหลายมิติ พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ และเกิดความรู้สึกมีพลังในการควบคุมตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน ให้คำปรึกษา และกระตุ้นการคิดเพื่อพัฒนาแนวทางแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

2) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประเมินการแก้ไขปัญหาและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ ผ่านการตรวจสอบบันทึกและพูดคุยกับผู้ดูแลทาง LINE video call หากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวกเพื่อเสริมความมั่นใจและความรู้สึกมีพลัง พร้อมทั้งสนับสนุนและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม รวมถึงช่วยค้นหาแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

3) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมตามแผนด้วยตนเอง พร้อมประเมินผลจากการสอบถามและบันทึกการดูแล ทาง LINE video call หากดำเนินการได้ดีแล้ว ผู้วิจัยจะให้แรงเสริมบวก เช่น คำชมและกำลังใจ เพื่อเสริมความมั่นใจและความรู้สึกมีพลัง ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว

4) ครั้งที่ 4-7 (สัปดาห์ที่ 4-7) ผู้วิจัยติดตามผลและสนับสนุนผู้ดูแลผ่านทาง LINE video call โดยร่วมวางแผนการพยาบาล ติดตามการหายของแผลกดทับ ประเมินความสามารถของผู้ดูแล สอนซ้ำในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้คำปรึกษา พร้อมประเมินผลจากการสอบถามและบันทึกกิจกรรมการดูแล หากผู้ดูแลดำเนินการได้ดี ผู้วิจัยให้แรงเสริมบวก เพื่อส่งเสริมความมั่นใจ พลังอำนาจ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยที่มีลักษณะของแผลกดทับที่ไม่ค่อยดี เช่น แผลมี exudate ออกมามาก แผลมีการอักเสบ เป็นต้น จะได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำการดูแลแผลอย่างใกล้ชิด

### **ช่วงที่ 3 หลังการทดลอง ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8)**

ผู้วิจัยทบทวนและสรุปผลการดำเนินโปรแกรมร่วมกับผู้ดูแล และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และแบบประเมินอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มทดลอง

#### **การดำเนินการกับกลุ่มเปรียบเทียบ**

**สัปดาห์ที่ 1** สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการพบผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินอัตราการหายของแผลกดทับ หลังจากนั้นผู้ดูแลของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับได้รับการดูแลผู้ป่วยตามปกติที่บ้านตามแนวทางของหน่วยบริการสุขภาพนั้น ๆ

**สัปดาห์ที่ 8** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยแบบสอบถามและประเมินแผลกดทับ และให้ความรู้และเอกสารที่เกี่ยวข้องในการดูแลแผลกดทับ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยในการดูแลแผลกดทับ

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ การรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และอัตราการหายของแผลกดทับ ด้วยสถิติพรรณนา

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และอัตราการหายของแผลกดทับในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบทีคู่ (paired t-test)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และ อัตราการหายของแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ EC-PTH A077-67 เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะของการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล รวมถึงการเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็น ความลับและนำเสนอผลในภาพรวม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ผลการวิจัย

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 48.20 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.70 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 46.70 ประกอบ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.70 รายได้เฉลี่ย 8,166.66 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยติดเตียง ร้อย ละ 60.00 ระยะเวลาที่เริ่มรับภาระดูแลผู้ป่วย 8-12 สัปดาห์ ร้อยละ 26.70 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย วันละ 8-16 ชั่วโมง ร้อยละ 50.00 ไม่มีบุคคลอื่นที่ เป็นผู้ดูแลรอง ร้อยละ 53.30 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ร้อยละ 63.30

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.70 อายุเฉลี่ย 53.60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.70 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.30 ประกอบ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.30 รายได้เฉลี่ย 9,166.66 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยติดเตียง ร้อย ละ 53.30 ระยะเวลาที่เริ่มรับภาระดูแลผู้ป่วยติดเตียง 8-12 สัปดาห์ ร้อยละ 33.30 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย วันละ 8-16 ชั่วโมง ร้อยละ 56.70 ไม่มีบุคคลอื่นที่ เป็นผู้ดูแลรอง ร้อยละ 66.70 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ร้อยละ 70.00

## 2. ผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.00 อายุเฉลี่ย 72.30 ปี ระยะเวลาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงนาน 1-2 ปี ร้อยละ 73.70 แผลกดทับอยู่ในระดับที่ 3 ร้อยละ 45.00

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 อายุเฉลี่ย 74.20 ปี ระยะเวลาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงนาน 1-2 ปี ร้อยละ 67.50 แผลกดทับอยู่ในระดับที่ 3 ร้อยละ 48.00

### ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ

ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) โดยกลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 9.13$ ,  $SD = 1.63$ ) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ( $M = 11.83$ ,  $SD = 1.80$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ซึ่งค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้นนี้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ยังคงมีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 9.96$ ,  $SD = 3.09$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ

ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) โดยผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.27$ ,  $SD = 0.72$ ) แต่หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.12$ ,  $SD = 0.47$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ยังคงมีระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.38$ ,  $SD = 0.36$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอัตราการหายของแผลกดทับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) โดยผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มทดลองมีอัตราการหายของแผลกดทับในลักษณะไม่ดี ( $M = 10.17$ ,  $SD = 2.59$ ) แต่หลังการทดลองอัตราการหายของแผลกดทับมีลักษณะเริ่มดี ซึ่งดีกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 8.90$ ,  $SD = 2.38$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ซึ่งดีกว่าผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอัตราการหายของแผลกดทับคงเดิม ( $M = 10.07$ ,  $SD = 2.65$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแล และอัตราการหายของแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง		ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ		ระดับ	t	p
	(n = 30)			(n = 30)				
	M	SD		M	SD			
<b>การรับรู้พลังอำนาจ</b>								
ก่อนการทดลอง	9.13	1.63	ปานกลาง	9.67	2.00	ปานกลาง	-1.129	.264
หลังการทดลอง	11.83	1.80	มาก	9.97	3.09	ปานกลาง	2.859	.006*
<b>พฤติกรรมการดูแล</b>								
ก่อนการทดลอง	3.27	0.72	ปานกลาง	3.35	0.72	ปานกลาง	-.449	.655
หลังการทดลอง	4.12	0.47	ดีมาก	3.38	0.36	ปานกลาง	6.778	.000*
<b>อัตราการหายของแผลกดทับ</b>								
ก่อนการทดลอง	10.17	2.59	แผลไม่ดี	10.30	2.82	แผลไม่ดี	0.191	.849
หลังการทดลอง	8.90	2.38	แผลเริ่มดี	10.07	2.65	แผลไม่ดี	-1.792	.024*

\* $p < .05$

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแล และอัตราการหายของแผลกดทับ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ	t	p
	(n = 30)			(n = 30)				
	M	SD		M	SD			
<b>การรับรู้พลังอำนาจ</b>								
กลุ่มทดลอง	9.13	1.63	ปานกลาง	11.83	1.80	ดีมาก	-7.515	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.67	2.00	ปานกลาง	9.97	3.09	ปานกลาง	-.613	.545
<b>พฤติกรรมการดูแล</b>								
กลุ่มทดลอง	3.27	0.72	ปานกลาง	4.12	0.47	ดีมาก	-5.398	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.35	0.72	ปานกลาง	3.38	0.36	ปานกลาง	-.239	.813

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		t	p	
	(n = 30)			(n = 30)				
	M	SD		M	SD			
<b>อัตราการหายของแผลกดทับ</b>								
กลุ่มทดลอง	10.17	2.59	แผลไม่ดี	8.90	2.38	แผลเริ่มดี	8.839	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.30	2.82	แผลไม่ดี	10.07	2.65	แผลไม่ดี	1.882	.070

\* $p < .05$

### อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ พบว่าหลังการทดลอง การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมและสื่อการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ รวมถึงได้ทราบแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งการมีความรู้ความเข้าใจได้ช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและรับรู้ได้ถึงพลังอำนาจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริกัญญา อุษาสหพิริยกุล<sup>4</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในด้านการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลเรื่องอาหารและน้ำของกลุ่มทดลองดีวก่อนได้รับโปรแกรมและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี มุลวงษ์, ชิสภาพัชร์ วงษ์จินดา และธนะวัฒน์ รวมสุข<sup>20</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาลคลองเขื่อน ผลการวิจัยพบว่าเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับดีวก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งงานวิจัยของลักขมณ พลจร<sup>21</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่าเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับ

แผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับและพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ผลการเปรียบเทียบระดับอัตราการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในกลุ่มทดลองมีอัตราการหายของแผลกดทับดีกว่าผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมัยพร เชื้อนแก้ว, ศุภวรรณ ใจบุญ และดวงรัตน์ กรีนันทชัย<sup>22</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ผลการวิจัยพบว่าความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลสามารถเพิ่มความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารและพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการพยาบาลทางไกลไปใช้ในการดูแลแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีได้
2. ผู้บริหารและพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นในพื้นที่หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

### REFERENCES

1. National Health Security Office. *National health insurance fund management manual, year 2016* [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2016 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/41>. (in Thai)
2. Khamnuan P, Chuayunnann N, Dejuppathakul S. Efficacy of clinical practice guidelines for prevention pressure injury in risk patients, Phayao hospital. *Phayao Hosp Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon J.* 2018;3(2):89–101. (in Thai)
3. Butimarn P, Itsaramalai S, Thaniwattananont P. Development of nursing practice guideline for preventing complications in bed-bound elder at home. *Songkhlanagarind Nurs J.* 2018;38(3):79–91. (in Thai)

4. Usahapiriyakul S, Changmai S, Leehalakul V. The effects of caring program on caregiver's operational capabilities of pressure ulcer prevention in dependent older patients at risk group. *J Fac Nurs Burapha Univ.* 2019;27(4):21–31. (in Thai)
5. Pattanakaew B. The effects of empowerment program on prevention of pressure ulcers with a caregiver' orthopedics patients who are restricted to physical activities at orthopedic wards, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Maharat Nakhon Si Thammarat Med J.* 2021;4(2):53–62. (in Thai)
6. Primiano M, Friend M, McClure C, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. *AORN J.* 2011;94(6):555–66.  
doi: [10.1016/j.aorn.2011.03.014](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.03.014)
7. Tschannen D, Bates O, Talsma A, Ying G. Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. *Am J Crit Care.* 2012;21(2):116–25.
8. Kaewphang P, Chantalert S. Effectiveness of nursing intervention to decrease risk of pressure ulcers in orthopedics patients Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J.* 2012;30(6):311–41. (in Thai)
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure ulcer definition and stages* [Internet]. 2007 [cited 2024 Aug 10]. Available from:  
[http://www.npuap.org/documents/PU\\_Definition\\_Stages.pdf](http://www.npuap.org/documents/PU_Definition_Stages.pdf)
10. Uthiya P. Roles of home health care nurses in prevention & care for patients with pressure injury at home: The experience of Ramathibodi Hospital. *J Health Nurs Res.* 2023; 39(2):13-21. (in Thai)
11. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs.* 1995;21:1201–10.
12. Nursing Council. Guidelines for tele-nursing (Tele-nursing). *Royal Gazette.* 2021;138(33):49–51. (in Thai)
13. Pathumthani Hospital. *Statistics on caregivers of bedridden patients in the Pathum Thani hospital network, Pathum Thani Province in fiscal year 2023.* Pathum Thani: Pathum Thani Hospital; 2024. (in Thai)
14. Nakbun C. *Empowerment program for village volunteers to care for diabetes patients* [master's thesis]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University; 2017. (in Thai)
15. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Singchangchai P. *Principles and application of multivariate statistical analysis in nursing research.* Songkhla: Songkhla Suburban Printing; 2006. (in Thai)
17. Srisat B. *Preliminary research.* 9th ed. Bangkok: Suriyasan; 2015. (in Thai)
18. Best JW. *Research in education.* 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
19. National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure Ulcer Status Tool (PUSH Tool 3.0)* [Internet]. 1998 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <http://www.npuap.org>
20. Moonwong A, Vongjinda C, Ruamsook T. The effect of enhancement program on knowledge and the caring for pressure sore prevention behavior in patients at risk among

caregiver at the In-Patient Department, Klong Khuen Hospital. *J Nurs Educ.* 2021;14(3):1–14. (in Thai)

21. Phonjorn L. Effectiveness of the program to develop the potential of patient caregivers in preventing pressure ulcers, Male medical ward, Somdet Phra Yupparaj Pua Hospital, Nan Province. Nan: Provincial Public Health Office; 2024. (in Thai)
22. Khueankaew C, Jaiboon S, Kaweenanthachai D. The effects of an enhancing self-efficacy program of caregivers on knowledge and caring capabilities for patients at risk of pressure ulcers. *J R Thai Army Nurses.* 2024;25(2):430–9. (in Thai)