

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลต่อความรู้และความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

The Effects of an Enhancing Self-Efficacy Program of Caregivers on Knowledge and Caring Capabilities for Patients at Risk of Pressure Ulcers

ชมัยพร เชื้อนแก้ว¹ ศุภวรรณ ใจบุญ*² ดวงรัตน์ กวีนั้นทชัย³

Chamaiporn Khueankaew¹ Supawan Jaiboon*² Duangrat Kaveenuntachai³

โรงพยาบาลฝาง เชียงใหม่, ประเทศไทย 50110

¹Fang Hospital Chiangmai, Thailand 50110

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่, ประเทศไทย 50290

²Nursing, Faculty of Nursing, Maejo University, Chiangmai, Thailand 50290

³คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10300

³Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างคือ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล และ 4) แบบประเมินแผลกดทับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$) การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $> .05$) จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล, ความรู้และความสามารถในการดูแล, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแผลกดทับ

Abstract

This one-group, pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of an enhancing self-efficacy program for caregivers of at-risk pressure ulcer patients. The sample group comprised 27 caregivers who purposively selected and received the program. Research tools were 1) an enhancing self-efficacy program, 2) knowledge and capabilities assessment questionnaires for caregivers, 3) capabilities assessment questionnaires for caregivers, and 4) a pressure ulcer assessment tool. Data were analyzed using descriptive and repeated measures analysis of variance.

Corresponding Author: *e-mail: sup.jaiboon@gmail.com

วันที่รับ (received) 10 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 01 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ก.ค. 2567

The results revealed that the average scores of knowledge and ability in caring for at-risk pressure ulcer patients increased significantly after receiving the program (p -value $< .001$). The incidence of pressure ulcers among high-risk patients decreased after receiving the program compared to before, but this difference was not statistically significant. These findings demonstrate that the enhancing self-efficacy program effectively enhances caregivers' knowledge and capabilities to care for at-risk pressure ulcer patients.

Keywords: Enhancing Self-Efficacy Program, Knowledge and capability in caregiving, Patients at risk of pressure ulcers

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว และพบบ่อยในผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้มีความแข็งแรงของผิวหนังลดลง^{1,2} จากการศึกษาในสถานบริการระยะยาว (long term care) พบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ (standard care) ร้อยละ 21.80³ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งพบการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 3 และวันที่ 7 ร้อยละ 20¹

สำหรับความชุกของการเกิดแผลกดทับพบแผลกดทับ ระดับ 1 และ 2 มากที่สุด โดยพบความชุกของการเกิดแผลกดทับในแผนกศัลยกรรมกระดูกมากที่สุด⁴ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก มักเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย การเกิดแผลกดทับก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความปวด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การติดเชื้อในกระแสเลือด และทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด ส่วนด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า จากการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำงานได้ ขาดรายได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เป็นต้น^{5,6} ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย⁷

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นการให้สมาชิกในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย และลดผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁸ อย่างไรก็ตามการป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้นมีความซับซ้อนและมีรายละเอียดมาก ผู้ดูแลจึงควรได้รับการฝึกฝนทักษะการดูแลจนเกิดความชำนาญ

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยคือการได้รับความรู้ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร¹⁰ อาจเนื่องจากการไม่ได้รับการอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ การพร้อมความรู้และทักษะไม่เพียงพอแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้า (burden) เบื่อหน่าย ท้อถอย¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹² เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้บุคคลนั้นก็ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประธานยาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ นอกจากนี้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยเพิ่มความรู้อาทิ และพฤติกรรมของผู้ดูแลได้ จากการศึกษา¹⁴ พบว่าคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

โรงพยาบาลฝางเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก พบอัตราการเกิดแผลกดทับในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1.09, 0.76, และ 0.84 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 3.21, 2.89, และ

2.97 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ¹⁵ เป้าหมายอัตราการเกิดแผลกดทับของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลฝาง และตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program :THIP)¹⁶ กำหนดไว้คือ < 3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งภาพรวมมีแนวโน้มเกือบเกินเป้าหมายในทุกปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล ด้านความรู้และด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy theory)¹² ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและ

อารมณ์ (Physiological and affective state) โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและพร้อมต่อการเรียนรู้ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) โดยการให้คำแนะนำ ร่วมกับการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับความหมายกลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับความรุนแรงแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) โดยผู้วิจัยทำการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผิวหนัง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องโภชนาการ และการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และ 4) การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหา และสาธิต ในกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำได้ รวมทั้งกล่าวชมเชยให้กำลังใจผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest - posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567 กำหนดขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดค่าขนาดของผล effect size f เท่ากับ 0.25 (medium effect size)¹⁷ ได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 24 คน ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการขาดหายไปจากโครงการวิจัย (follow-up rate) ร้อยละ 10 จากการคำนวณด้วยสูตรคำนวณปรับขนาดตัวอย่าง ($n_{new} = 24 / (1 - 0.10)$) ได้จำนวนตัวอย่างจำนวน 27 คน โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลัก 3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ 4) หากมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปต้องได้รับการประเมิน Mental State Examination T10: MSET10¹⁸ โดยมีระดับคะแนน 14 - 22 คะแนน เกณฑ์คัดออก 1) มีโรคประจำตัวอยู่

ในภาวะรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหอบหืด

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1.แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ดูแลและผู้ป่วย 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental State Examination T10: MSET10)¹⁸ ใช้สำหรับผู้ดูแลที่อายุเกิน 60 ปี เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)¹⁹ (สำหรับผู้ป่วย) 3) แบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden scale)²⁰ (สำหรับผู้ป่วย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy theory)¹² กิจกรรมประกอบด้วย ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินปัญหาสุขภาพ ความเครียดและการให้คำแนะนำวิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งหากพบว่าผู้ดูแลมีปัญหา ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยกัน 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น บรรยายความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่อง ความหมาย กลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับความรุนแรงแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของสภากาชาด²¹ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยทำการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การดูแลผิวหนัง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องโภชนาการ และการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน และ 4) การใช้คำพูดชักจูง โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้แจกแบบบันทึกตารางกำหนดการพลิกตะแคงตัว และแบบแสดงตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับที่พบได้บ่อยให้กับผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมในวันที 7 หลังจำหน่ายผ่านช่องทาง Line Application และในวันที่ 14 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามอาการของผู้ป่วย โดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center:

COC) และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลที่โรงพยาบาล (21 วันหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลประเมินผลลัพธ์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติตามโปรแกรม และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบวัดความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในงานวิจัยก่อนหน้า⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ การดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การเตรียมและการให้อาหาร การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว และการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบถูกผิด คะแนนรวม 0- 25 คะแนน 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบวัดความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในงานวิจัยก่อนหน้า⁹ ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ 4 ด้าน คือ การดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การเตรียมและการให้อาหาร และการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนรวม 20 – 100 คะแนน 4) แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)²²

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล และแบบประเมินแผลกดทับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97, .98, .96, และ 1.0 ตามลำดับ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่มีคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 และ .78 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล และประเมินแผลกดทับของผู้ป่วยในวันแรกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (T0)

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล โดยเริ่มให้โปรแกรมตั้งแต่ 3 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้วิจัยจนเกิดความชำนาญ

4. วันที่ 7 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมผ่านช่องทาง Line Application รวมทั้งประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล (T1)

5. วันที่ 14 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างร่วมกับหน่วยงาน COC เพื่อประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล (T2) และประเมินการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย (T1)

6. วันที่ 21 หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล) ผู้วิจัยประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล (T3) ประเมินแผลกดทับของผู้ป่วย (T2) และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลผาง เลขที่ 16/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการดำเนินการวิจัยโดยชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผย ชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาดังสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

2. การเปรียบเทียบความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14, 21 วัน หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

3. การวิเคราะห์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14, 21 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมด้วยการทดสอบของแมคเนมาร์ (McNemar's test)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 49.37 ± 10.98 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.90 ทั้งหมดมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6076.92 ± 2394.55 บาท และส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 66.70 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีอายุเฉลี่ย 73.00 ± 11.16 ปี และเป็นหญิง ร้อยละ 59.30

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; ADL) เฉลี่ย 3.56 ± 2.38 คะแนน โดยส่วนมากมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน) ร้อยละ 59.30 และผลการประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden scale) เฉลี่ย 10.96 ± 1.19 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 85.20

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล

	M	SD	Mean difference (95%CI)	p-value†
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ				
ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)	20.22	1.45	Reference	
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่าย (T2)	23.04	1.02	2.82 (1.98, 3.65)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 14 หลังจำหน่าย (T3)	24.22	0.70	4.00 (3.21, 4.79)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 21 หลังจำหน่าย (T4)	24.56	0.64	4.33 (3.49, 5.18)	<.001*
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ				
ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)	67.81	9.93	Reference	
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่าย (T2)	82.11	7.49	14.30 (11.19, 17.40)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 14 หลังจำหน่าย (T3)	89.96	5.98	22.15 (18.26, 26.03)	<.001*
หลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 21 หลังจำหน่าย (T4)	95.52	3.37	27.70 (23.12, 32.28)	<.001*

†Bonferroni test * Significant at p-value < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับรายคู่พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 2.82 คะแนน (95%CI: 1.98, 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) วันที่ 14 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 4.00 คะแนน (95%CI: 3.21, 4.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และวันที่ 21 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 4.33 คะแนน (95%CI: 3.49, 5.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับโดยรวมรายคู่พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 14.30 คะแนน (95%CI: 11.19, 17.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) วันที่ 14 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 22.15 คะแนน (95%CI: 18.26, 26.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และวันที่ 21 หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 27.70 คะแนน (95%CI: 23.12, 32.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ (n = 27)

	ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)		หลังได้รับโปรแกรม วันที่ 14 หลังจำหน่าย(T2)		หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 21 หลังจำหน่าย (T3)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	9	(33.3)	9	(33.3)	6	(22.2)
p-value†	1.000	0.250				
ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ						
ระดับ 1	3	(11.1)	3	(11.1)	0	(0.0)
ระดับ 2	5	(18.5)	5	(18.5)	4	(14.8)
ระดับ 3	1	(3.7)	1	(3.7)	2	(7.4)
ตำแหน่งของแผลกดทับ						
ก้นกบ	-		8	(29.6)	6	(22.2)
สะโพก	-		1	(3.7)	0	(0.0)
ไหล่	-		1	(3.7)	0	(0.0)
ขนาดของแผลกดทับ (cm ²), Mean ± SD	-		10.17 ± 5.09		6.79 ± 3.24	

Data are presented as number (%), mean ± standard deviation or median (interquartile range).

†P-value corresponds to McNemar test.

การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีแผลกดทับก่อนได้รับโปรแกรม ร้อยละ 33.30 โดยส่วนมากมีความรุนแรงของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 18.50 การเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 14 หลังจำหน่าย ร้อยละ 33.30 (p-value = 1.000) โดยส่วนมากมีความรุนแรงของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 18.50 ตำแหน่งของแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ร้อยละ 29.60 และขนาดของแผลกดทับเฉลี่ย $10.17 \pm 5.09 \text{ cm}^2$ และการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 21 หลังจำหน่าย ร้อยละ 22.20 (p-value = .250) ส่วนมากมีความรุนแรงของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 14.80 ตำแหน่งของแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ร้อยละ 22.20 และขนาดของแผลกดทับเฉลี่ย $6.79 \pm 3.24 \text{ cm}^2$ โดยการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับความรู้ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์ของสภากาชาดไทย²¹ ซึ่งการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้คุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนดีขึ้น สามารถจำได้มากและนานขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ อีกทั้งยังสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในระยะเวลาไหนก็ได้ จึงเกิดความสะดวกและช่วยลดปัญหาด้านระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้²³⁻²⁴ สอดคล้องกับการศึกษา²⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการติดตามเยี่ยมจากผู้วิจัยผ่าน Line Application และการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทำให้ผู้ดูแลสามารถซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คะแนนความรู้ของผู้ดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมที่เป็นการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแล

ผ่านแหล่งสนับสนุน 4 ด้าน¹² ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาพด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินปัญหาสุขภาพ ความเครียดและการให้คำแนะนำวิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแล 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับผ่านสื่อวีดิทัศน์²¹ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยได้ทำการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูงด้วยคำพูด ในระหว่างที่เข้ารับโปรแกรมผู้วิจัยได้มีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ มีความเชื่อมั่นว่าสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ และสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้จากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้านจึงทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลยังได้รับแบบบันทึกตารางกำหนดการพลิกตะแคงตัว และแบบแสดงตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับที่พบได้บ่อยเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการพลิกตะแคงตัวตามตารางที่กำหนดไว้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้มากกว่าไม่มีตารางกำหนดเวลา²⁵ รวมทั้งมีการติดตาม ให้คำแนะนำ และร่วมแก้ไขปัญหากับผู้ดูแลในระยะแรกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผ่านช่องทาง Line Application และการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีภาระรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา สามารถส่งเสริมความมั่นใจและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้¹ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการติดตามผู้ดูแลทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่สมองขาดเลือดไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านเพิ่มขึ้น และลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเลือด¹⁴ และการให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม²⁶ ดังนั้น การให้ความรู้และส่งเสริม

สมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแล ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในการเกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ป่วยใน การศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งคะแนนความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden scale) สามารถ ทำนายการเกิดแผลกดทับได้²⁷ อีกทั้งระยะเวลาติดตามในการ ศึกษาครั้งนี้เพียง 3 สัปดาห์ ทำให้มีข้อจำกัดในการประเมิน เกี่ยวกับการหายของแผลกดทับ ซึ่งระยะเวลาการหายของ แผลกดทับขึ้นอยู่กับระดับของแผลกดทับ โดยพบว่าแผลกดทับ ระดับ 1 จะใช้เวลาในการหายประมาณ 1 เดือน แผลกดทับ ระดับ 3 และ 4 ใช้เวลาในการหายของแผลเฉลี่ยประมาณ 8 เดือน²⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยที่มีแผล กดทับส่วนใหญ่มีแผลกดทับที่ระดับ 2 ดังนั้นระยะเวลาในการ ประเมินเกี่ยวกับการหายของแผลกดทับอาจมากกว่า 1 เดือน จึงส่งผลให้อัตราอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยก่อน และหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลจึงควร ให้ความสำคัญกับการติดตามการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสร้างเสริม สมรรถนะสำหรับผู้ดูแลสามารถเพิ่มความรู้ ความสามารถของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ ดังนั้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล เช่น การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและทาง เคนปัสสาวะในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมถึงนำไปพัฒนาเป็น แนวทางปฏิบัติสำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะสำหรับผู้ดูแล ในการป้องกันแผลกดทับ ใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยเพียง 3 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงแต่ไม่มากพอ จึงควรมีการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ

เปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ โปรแกรมในระยะยาว

References

1. Mayi N, Vachprasit R, Sae-Sia W. The effect of self-Efficacy promoting program on perceived self-Efficacy and behaviors in prevention of pressure injury among caregivers and incidence of pressure Injury in dependent patients. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021; 37(3): 89-104.
2. Bhattacharya S, Mishra RK. Pressure ulcers: Current understanding and newer modalities of treatment. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2015;48(1):4-16.
3. Stone A. Preventing Pressure injuries in nursing home residents using a low-profile alternating pressure overlay: A point-of-care trial. *Advance in Skin & Wound Care*. 2020;33(10):533-9.
4. Afzali Borojeny L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. The incidence of pressure ulcers and its associations in different wards of the hospital: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*. 2020;11:1-7.
5. Olsson M, Järbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, Car J. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair Regen*. 2019;27(1):114-25.
6. Senmar M., Azimian J., Rafiei H., Habibollahpour M., & Yousefi F. The incidence of pressure ulcer in old patients undergoing open heart surgery and the relevant factors. *Journal of Preventive Epidemiology*. 2017; 2(2): 1-7

7. Roussou E, Fasoı G, Stavropoulou A, Kelesi M, Vasilopoulos G, Gerogianni G, Alikari V. Quality of life of patients with pressure ulcers: a systematic review. *Medicine and Pharmacy Reports*. 2023;96(2):123-30.
8. 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. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019; 27(4): 21-31
9. Pitthayapong S. Situations, Problems, and Barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2018 ; 11(2): 27-39.
10. Farzan R, Yarali M, Mollaei A, et al. A systematic review of caregivers' knowledge and related factors towards pressure ulcer prevention. *International Wound Journal*. 2023; 20(8): 3362-70.
11. Ramos P, Borges C, Azevedo I, Almeida P, Soares A, Alves P, Magalhães A. Burden of informal caregivers of patients with pressure ulcers in a primary care setting. *Journal of Wound Care*. 2022;31(10):864-71.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
13. Jamkrajang T, Boonchun N, Mala J. The effectiveness of the self-efficacy and social support enhancement program on medication adherence and blood pressure among hypertensive elderly in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18 (special issues): 270-9. (in Thai)
14. Rooplor S, Leethong-in M, Piyawattanapong S. Effects of the self-efficacy enhancing program on the practice behavior of caregivers for the older patients with mild traumatic brain injury after discharge and post-concussion syndrome. *Srinagarind Medical Journal*. 2021; 36(5): 617-24. (in Thai)
15. Information Technology Department, Fang Hospital. Data Report. HosXp. 2023. (in Thai)
16. The Healthcare Accreditation Institute. THIP Benchmark KPI Dictionary 2023. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute; 2022. (in Thai)
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nded. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Prasert Boongird. Mental State Examination T10 (MSET10). President massage 10th. The Dementia Association of Thailand. 2018; 10 (special issue): 1-4. (in Thai)
19. The Committee for Developing Screening and Assessment Tools for the Health of the Elderly. Guidelines for screening and assessing the health of the elderly BE 2021 AD. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
20. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing Journal*. 1987;12(1):8-12.
21. Sindhu S, Konggumnerd R, Noonin N, Fukfon K, Santwanpas N, Adunwatanasiri P, et al. A development of primary healthcare model for the elderly in new normal society: A proposed policy for healthcare reform. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

22. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: Revised pressure injury staging system. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2016;43(6):585-97.
23. Rattana J, Phusirit T. Developing a Self- Direct learning video media for chronic kidney patients in Nong Khai Hospital. *Journal of Education Technology and Communications Faculty of Education Mahasarakham University*. 2020;3(9):54-61. (in Thai)
24. Namboonruang T, Thiraphongsawat K, Deeankong L, Sarin A. Development of video media for professional nurses to prevent and control the occurrence of Down syndrome in pregnant women in Health Area 7 under the COVID-19 situation. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2024;21(1):95-108.
25. Tayyib N, Coyer F. Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: A Systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016;13(6):432-44.
26. Chiaprasert S, Sakunhongsoophon S, Terathongkum S. Effects of pressure sore prevention program on knowledge and self-Efficacy of family caregivers in decreasing pressure sore risk of persons with cerebrovascular disease. *The Bangkok Medical Journal*. 2019;15(1):51-6. (in Thai)
27. Sinsupang S, Sorahong S, Nuchsongdee S. Factors affecting pressure injury in general ward at Danchang Hospital: Retrospective case control study. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*. 2023; 2(2): 87-99. (in Thai)
28. Guest JF, Fuller GW, Vowden P, Vowden KR. Cohort study evaluating pressure ulcer management in clinical practice in the UK following initial presentation in the community: costs and outcomes. *British Medical Journal Open*. 2018;8(7):e021769.