ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.*
อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน , พย.ม.*
ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, พย.ม.*
ณัฏฐินีภรณ์ จันทรโณทัย,วทม.*
ดุษฎี ไตรยวงศ์, พย.ม.**

Received: September 15, 2025
Revised: April 22, 2026
Accepted: April 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 70 คน สุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.83, 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$ และ $p < .001$) อย่างไรก็ตามคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p = .490$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้สามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้น จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในบริบทการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Dussadee@knc.ac.th

Effects of a Caregiver Capacity-Building Program on Caring for Bedridden Patients in the Community

Narumon Premmasawat, M.S.N.[*]
Areerat Pesungnoen, M.S.N.[*]
Chatthong Jarupisitpaiboon, M.S.N.[*]
Nattineeporn Chantaranothai, M.S.[*]
Dussadee Triyawong, M.S.H.[**]

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group pre-test/post-test design, aimed to compare caregiver knowledge, confidence, caregiving behaviors, and the quality of life of bedridden patients between experimental and control groups. The sample comprised 70 caregivers, equally and randomly assigned to each group (n = 35). Research instruments included: 1) an 8-week nursing support and education program, and 2) assessment scales for knowledge, confidence, caregiving behavior, and patient quality of life, with Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.82, 0.83, 0.84, and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square or Fisher's exact tests, paired t-tests, and independent t-tests.

Results: Following the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores in knowledge, confidence, caregiving behavior, and patient quality of life compared to their pre-test scores (all $p < .05$). When comparing between groups, the experimental group demonstrated significantly higher scores in knowledge, caregiving behavior, and patient quality of life than the control group ($p < .05$ and $p < .001$). However, no significant difference was found in caregiving confidence between the two groups ($p = .490$). The results suggest that the capacity-building program effectively enhances caregivers' knowledge and behaviors, ultimately improving the quality of life for bedridden patients. Consequently, this program should be integrated into long-term care services within community settings.

Keywords: Bedridden patient caregivers, Caregiver development programs, Supportive and educational nursing systems

[*] Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[**] Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author E-mail: Dussadee@knc.ac.th

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 19 ล้านคน สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) โดยในปีพ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 20.06 มีอัตราพึ่งพิงร้อยละ 31.01 และสัดส่วนการเป็นภาระร้อยละ 54.57 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลต่อโครงสร้างครอบครัว เศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงหรือการเป็นผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 529,644 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราพึ่งพิงร้อยละ 31.2 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ข้อมูลการประเมินระหว่างปีพ.ศ. 2563–2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มติดบ้านเพิ่มขึ้น และยังคงมีปัญหาติดเตียงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การคัดกรองภาวะถดถอยยังพบความเสี่ยงในหลายด้าน เช่น การเคลื่อนไหว การมองเห็น และภาวะโภชนาการ

ในพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอขามทะเลสอ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงร้อยละ 0.24 และ 0.79 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2567) โดยผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อแข็ง แผลกดทับ และปัญหาการกลืนอาหาร ขณะที่ผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น อีกทั้งการจัดกิจกรรมอบรมในปัจจุบันยังไม่สามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้อย่างเพียงพอ ทำให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เห็นได้ชัดว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงซึ่งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต่ำ หรือบางรายอาจมีความสามารถเพียงเล็กน้อย และมักประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุเหล่านี้ส่งผลให้ภาระหน้าที่ในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยติดเตียงซึ่งมักจะเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือสามารถทำได้เพียงบางส่วน มีภาวะที่พึ่งพิงด้านสุขภาพ มีปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก การกลืนที่ลำบากอาจนำไปสู่การสำลักได้ง่าย หรือการไอขณะรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในปอดและหลอดลม ภาวะที่มีการติดเชื้อที่ปอด ทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อบริเวณแผล การเคลื่อนไหวลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง มีความผิดปกติเกี่ยวการทรงตัว ภาวะท้องผูก อีกทั้งผู้สูงอายุอาจประสบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (International Health Policy Program, Thailand, 2015)

ผู้สูงอายุติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามระดับความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการฝึกอบรม ขาดความรู้ ทักษะ และระบบติดตามที่ชัดเจน ส่งผลให้ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวทั้งทางร่างกายและจิตใจ (เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และอติพร สำราญบัว, 2567)

จากการศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ ณัฐพร มีสุข และคณะ (2565) รายงานว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี ไตรยวงศ์ (2562)

ซึ่งใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) ทั้งนี้แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยติดเตียงตามบทบาทของพยาบาลสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) ซึ่งเน้นว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ผู้ป่วยติดเตียงมักไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นหลัก ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และพลังในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยโอเร็มเชื่อว่า มนุษย์มีศักยภาพในการดูแลและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ หากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การนำแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมาใช้ร่วมกับระบบบริการการพยาบาลที่สนับสนุนการให้ความรู้จะช่วยพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเลือกแนวทางการดูแลได้เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย ตามกระบวนการ 5 วิธี ได้แก่ การกระทำให้ หรือกระทำทดแทน ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การสอนเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ การชี้แนะเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเอง การสนับสนุนในการกระทำที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะมีส่วนทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารักษาในโรงพยาบาล ลดความพิการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการจ้างผู้ดูแลที่มีราคาสูง และสมาชิกในครอบครัวสามารถไปปฏิบัติหน้าที่ทำงานประจำได้เป็นปกติ และการพยาบาลนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความมั่นใจในการดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยติด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความมั่นใจในการดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

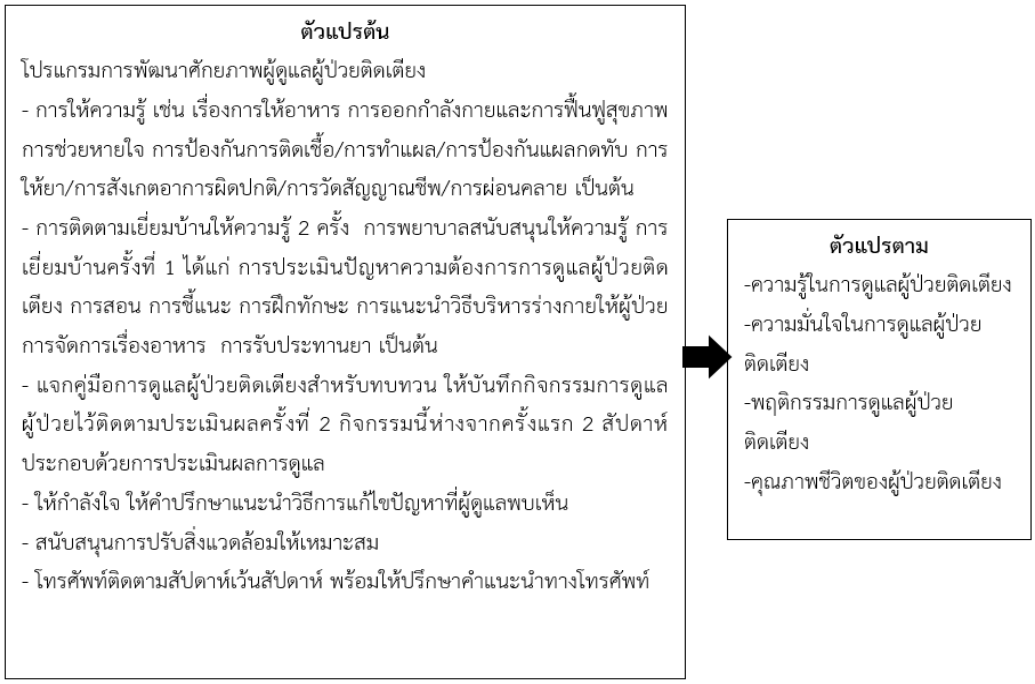
4. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) โดยเน้นความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่ง 3 ทฤษฎีนี้มีความสัมพันธ์กัน แสดงให้เห็นถึงความพร่อง ความสามารถ และความต้องการในการดูแลตนเอง รวมถึงระบบการพยาบาลที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง กระบวนการนี้แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นช่วงของการไตร่ตรองและตัดสินใจถึงสิ่งที่จะนำไปสู่พฤติกรรม ระยะที่ 2 เป็นช่วงของการลงมือทำ และสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ทั้งนี้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การประเมินภาวะพร่องในการดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การติดตามเยี่ยมบ้าน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest–posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต่อความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยติดเตียง ที่อาศัยอยู่ที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลขามทะเลสอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 สวนพริกไทย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดูแลของโรงพยาบาลขามทะเลสอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 สวนพริกไทย จังหวัดนครราชสีมา การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 โดยคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) อ้างอิงขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คืองานวิจัยของ รณิดา สารวรางค์กูร และคณะ (2566) ซึ่งรายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้านความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 138.09 คะแนน (*SD* = 11.04) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.75 คะแนน (*SD* =21.78) การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใช้สูตรของ Glass (1996) ซึ่งค่าขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ 1.80 จัดอยู่ในระดับอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลสำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็น 0.70 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตามหรือการถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 70 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care deficit nursing theory) โดยนำไปใช้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้รายกลุ่มในการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงผ่านสื่อการสอนด้วยภาพจากแผ่นพลิก Power Point และ Video ผ่านการนำเสนอจาก YouTube จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันสองสัปดาห์ กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน (1) การประเมินภาวะพร่องในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (2) การพยาบาลตามแบบแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยทบทวนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สาธิตการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหว และแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยติดเตียง และ (3) ทบทวนประเมินผลการช่วยเหลือผู้ป่วย และการปฏิบัติการผู้ดูแลของผู้ดูแล

2) การติดตามเยี่ยมบ้าน และเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ ไม่เกิน 30 นาทีต่อครั้ง กิจกรรมการพยาบาลคือ ติดตามอาการผู้ป่วย ติดตามและส่งเสริมความมั่นใจของผู้ดูแล กระตุ้นและให้กำลังใจต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล

3) รูปเล่มคู่มือการสอนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ซึ่งเนื้อหาสำหรับนำเสนอแนะนำผู้ดูแล ประกอบด้วย การดูแลให้อาหาร การออกกำลังกายแบบช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อ การหายใจ การป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น เนื้อหาที่นำเสนอผู้วิจัยมีการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งผู้ดูแลสามารถเลือกศึกษาทบทวนความรู้จากคู่มือได้ตามวัน เวลา และสถานที่ได้ตามความสะดวก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนผู้ดูแลรอง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การให้อาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ/การทำแผล/การป้องกันแผลกดทับ การให้ยา/การสังเกตอาการผิดปกติ/การวัดสัญญาณชีพ/การผ่อนคลาย ข้อคำถามมีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเด็นต่อไปนี้ การให้อาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ/การทำแผล/การป้องกันแผลกดทับ การให้ยา/การสังเกตอาการผิดปกติ/การวัดสัญญาณชีพ/การผ่อนคลาย เป็นต้น จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้คะแนนแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนนตามระดับความมั่นใจจากน้อยไปมาก ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนแบบผกผันเพื่อควบคุมอคติในการตอบแบบสอบถาม โดยคะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มากขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ คำถามเกี่ยวกับการให้อาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ/การทำแผล/การป้องกันแผลกดทับ/การให้ยา/การสังเกตอาการผิดปกติ การวัดสัญญาณชีพ/การผ่อนคลาย เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า 4 ระดับ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ตั้งแต่ 0–3 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติจากน้อยไปมาก ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนแบบผกผัน ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เหมาะสมมากขึ้น

2.2 ข้อมูลจากผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2545) จำนวน 26 ข้อ คำถามเป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวก

ให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน ตามระดับความรู้สึกจากน้อยไปมาก ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนแบบผกผัน ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความตรงของเนื้อหา (content validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

การหาความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความมั่นใจ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ ผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) ดังต่อไปนี้ ค่า CVI แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย = 0.82 ค่า CVI แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง = 0.92 ค่า CVI แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย = 0.80 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นแบบวัดมาตรฐานจึงไม่ได้นำมาหาค่า CVI

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficients) ซึ่งเกณฑ์ค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย = 0.83 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง = 0.84 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียง = 0.92 ส่วนแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson formula 20: KR-20) ได้ค่า 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานในการเก็บข้อมูล ติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสาน เพื่อติดต่อกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อตอบรับเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกิจกรรม

2. กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

3. กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ มีกิจกรรมประเมินความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

4. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 8 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

กิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
0	**การเตรียมพร้อมก่อนเข้ารับโปรแกรม** 1.สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูล 2.เชิญชวนผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการวิจัย แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.ขอเบอร์โทรศัพท์และนัดหมายการเข้ามาร่วมกิจกรรมการให้ความรู้	1 ชั่วโมง
1	**ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรม** 1. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและปัญหาการดูแลของผู้ดูแลจากการสอบถาม ประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากการสอบถาม 2. ประเมินตามแบบประเมินความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 3. ทบทวนความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถึงการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเตียง พร้อมให้ความรู้เติมเต็มในส่วนที่ผู้ดูแลมีความพร่อง 4. รับฟังปัญหา ให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึก ข้อเสนอแนะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม	2 ชั่วโมง
3	1. สนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน การขับถ่าย การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ผ่านสื่อการสอน Power Point และ Video เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น 2. ข้อมูลส่วนที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเพิ่มเติม พร้อมทั้งอธิบายให้ความรู้ประกอบภาพพลิกเพื่อให้ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลเห็นภาพได้ชัดเจน 3. สนับสนุนและให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม บอกเล่าความรู้สึกและความต้องการ	2 ชั่วโมง
5	**การคงไว้ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแล** 1. ประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลและค้นหาปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังจากที่ได้รับความรู้และคำปรึกษาเมื่อสัปดาห์ที่ 3 ไปแล้ว 2. ให้ความรู้เพิ่มเติมจากสิ่งที่ผู้ดูแลมีความพร่องในการดูแลผู้ป่วยและสาธิตการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อาหาร การดูแลแผลกดทับ การจัดสิ่งแวดล้อม การช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยโดยใช้ภาพพลิกและคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำ 3. สาธิตเกี่ยวกับการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นไว้ให้ผู้ดูแลได้ศึกษาทบทวนความรู้เพิ่มเติมหากยังจดจำได้ไม่ครบ 5. แนะนำและช่วยปรับสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐาน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6. แนะนำและให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์และแนวทางการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ดูแลและญาติได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 7. เสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสมและให้กำลังใจผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง	2 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
7	กิจกรรมเยี่ยมบ้านและให้ความรู้เพิ่มเติม 1. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พูดคุยสอบถามปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ 2. ให้ความรู้และสาธิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้อาหาร สาธิตการออกกำลังกายบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อติดแข็งโดยใช้แผ่นพลิกเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนมากขึ้น 3. กระตุ้นผู้ดูแลและย้ำเตือน พร้อมให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจเสริมสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง	2 ชั่วโมง
2, 4, 6	ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์	5-10 นาที
8	ประเมินผลการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์แบบโครงสร้างจากผู้ดูแล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง	1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับของตัวแปรที่ศึกษา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับเปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่ม paired t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลอง independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หมายเลขที่โครงการวิจัย NRPH 181 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ซึ่งเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินโครงการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนรับรู้สิทธิของการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลลงนามในหนังสือยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความต้องการ ชี้แจงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะปิดเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 91.43 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 94.29) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 56.37 ปี (*SD* =7.55) และกลุ่มเปรียบเทียบ 57.57 ปี (*SD* =9.21) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ สมรส (กลุ่มทดลองร้อยละ 48.57 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 60.00) สำหรับระดับการศึกษา กลุ่มทดลองพบมากที่สุด ประถมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 31.43 เท่ากัน) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบมากที่สุด มัธยมศึกษา

ตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 31.43) ในด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 25.71) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบมากที่สุด รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 34.29) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และค้าขาย (ร้อยละ 20.00 และ 22.86 ตามลำดับ) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 12,423.43 บาท (*SD* = 9,536.45) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 17,005.71 บาท (*SD* = 11,800) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-50,000 บาท (ร้อยละ 74.29) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 51.43)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value > 0.05) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N = 35)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.436[b]
ชาย	3	8.57	2	5.71	
หญิง	32	91.43	33	94.29	
อายุ (ปี)					.429[c]
น้อยกว่า 40	2	5.71	-	-	
40-49	4	11.43	6	17.14	
50-59	13	37.14	18	51.43	
>60	16	45.71	11	31.43	
	(*M* = 56.37, *SD* =7.55, Min = 42, Max = 72)		(*M* = 57.57, *SD* = 9.21, Min = 32, Max = 72)		
สถานภาพ					.422[a]
โสด	6	17.14	8	22.86	
หม้าย	8	22.86	4	11.43	
สมรส	17	48.57	21	60.00	
หย่า/แยก	4	11.43	2	5.71	
ระดับการศึกษา					.415[a]
ประถมศึกษาต้น	11	31.43	5	14.29	
ประถมศึกษาปลาย	6	17.14	8	22.86	
มัธยมศึกษาต้น	3	8.57	7	20.00	
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	11	31.43	11	31.43	
ปวส./อนุปริญญา	1	2.86	3	8.57	
ปริญญาตรี	3	8.57	1	2.86	
อาชีพ					.422[a]
เกษตรกรรม	4	11.43	8	22.86	
ค้าขาย	7	20.00	8	22.86	
รับจ้างทั่วไป	9	25.71	12	34.29	
รับราชการ	1	2.86	-	-	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	40.00	7	20.00	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N = 35)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					.444[b]
<10,000	9	25.71	18	51.43	
10,00-50,000	26	74.29	17	48.57	
	M = 12,423.43, *SD* =9,536.45, Min = 2,000, Max = 40,000		*M* = 17,005.71, *SD* =11,800, Min = 3,000, Max = 50,000		

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนการทดลองเท่ากับ 37.63 คะแนน (*SD* = 3.62) และเพิ่มขึ้นเป็น 40.17 คะแนน (*SD* = 1.10) หลังการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.54 คะแนน (95% CI [1.32, 3.77], $p < .001$) แสดงว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 38.49 คะแนน (*SD* = 2.19) และเพิ่มขึ้นเป็น 38.97 คะแนน (*SD* = 3.27) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.48 คะแนน (95% CI [-0.68, 1.65], $p = .403$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	*M*	*SD*	Mean diff (95% CI)	*p*-value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	37.63	3.62	2.54 (1.32, 3.77)	<.001*
	หลัง	40.17	1.10		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	38.49	2.19	0.49 (-0.68, 1.65)	.403
	หลัง	38.97	3.27		

*$p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 37.63 คะแนน (*SD* = 3.62) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 38.49 คะแนน (*SD* = 2.19) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน -0.86 คะแนน (95% CI: -2.29 ถึง 0.57, $p = .235$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 40.17 คะแนน (*SD* = 1.10) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 38.97 คะแนน (*SD* = 3.27) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 1.20 คะแนน (95% CI: 0.02 ถึง 2.38, $p = .043$) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	*p*-value
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง (n =35)	37.63	3.62	38.49	2.19	-0.86 (-2.29, 0.57)	.235
หลังการทดลอง (n = 35)	40.17	1.10	38.97	3.27	1.20 (0.02, 2.38)	.043*

*$p < .05$

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 42.97 คะแนน (*SD* = 10.71) เป็น 48.11 คะแนน (*SD* = 6.95) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.14 คะแนน (95% CI [0.70, 9.58], $p = .022$) แสดงว่า มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.54 คะแนน (95% CI [-1.84, 6.92], $p = .249$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	*M*	*SD*	Mean diff (95% CI)	*p* - value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	42.97	10.71	5.14 (0.70, 9.58)	.022*
	หลัง	48.11	6.95		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	44.03	8.78	2.54 (-1.84, 6.92)	.249
	หลัง	46.57	11.16		

*$p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 42.97 คะแนน (*SD* = 10.71) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 44.03 คะแนน (*SD* = 8.78) มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 1.06 คะแนน (95% CI [-6.12, 4.00], $p = .653$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 48.11 คะแนน (*SD* = 6.95) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 46.57 คะแนน (*SD* = 11.16) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่าง 1.54 คะแนน (95% CI [-2.90 ถึง 5.98], $p = .490$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	*p* - value
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง (n = 35)	42.97	10.71	44.03	8.78	1.06 (-6.12, 4.00)	.653
หลังการทดลอง (n = 35)	48.11	6.95	46.57	11.16	1.54 (-2.90, 5.98)	.490

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.97 (*SD* = 7.41) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 40.00 (*SD* = 3.80) โดยมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 6.03 คะแนน (95% CI [3.87, 8.19], $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 35.71 (*SD* = 9.20) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 36.77 (*SD* = 8.70) โดยพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน (95% CI [-3.32, 5.44], $p = .631$) ดังแสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	*M*	*SD*	Mean diff (95% CI)	*p* - value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	33.97	7.41	6.03 (3.87, 8.19)	<.001*
	หลัง	40.00	3.80		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	35.71	9.20	1.06 (-3.32, 5.44)	.631
	หลัง	36.77	8.70		

*$p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 33.97 คะแนน (*SD* = 7.41) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 35.71 คะแนน (*SD* = 9.20) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน -1.74 คะแนน (95% CI: -5.73 ถึง 2.24, $p = .386$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 40.00 คะแนน (*SD* = 3.80) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 36.77 คะแนน (*SD* = 8.70) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 3.23 คะแนน (95% CI: 0.03 ถึง 6.43, $p = .048$) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	*p* - value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง (n=35)	33.97	7.41	35.71	9.20	-1.74 (-5.73, 2.24)	.386
หลังการทดลอง (n=35)	40.00	3.80	36.77	8.70	3.23 (0.03, 6.43)	.048*

*p < .05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 75.29 คะแนน (*SD* = 13.65) เป็น 118.83 คะแนน (*SD* = 7.39) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 43.54 คะแนน (95% CI [38.61, 48.47], $p < .001$) แสดงว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงจาก 71.14 คะแนน (*SD* = 13.70) เป็น 70.97 คะแนน (*SD* = 11.82) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน -0.17 คะแนน (95% CI [-5.68, 5.34], $p = .953$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	*M*	*SD*	Mean diff (95% CI)	*p* - value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	75.29	13.65	43.54 (38.61, 48.47)	<.001*
	หลัง	118.83	7.39		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	71.14	13.70	-0.17 (-5.68, 5.34)	.953
	หลัง	70.97	11.82		

*$p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 75.29 คะแนน (*SD* = 13.65) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 71.14 คะแนน (*SD* = 13.70) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 4.14 คะแนน (95% CI [-2.38, 10.67], $p = .209$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 118.83 คะแนน (*SD* = 7.39) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 70.97 คะแนน (*SD* = 11.82) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 47.86 คะแนน (95% CI [43.59, 52.13], $p < .001$) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	*p* - value
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง (n=35)	75.29	13.65	71.14	13.70	4.14 (-2.38, 10.67)	.209
หลังการทดลอง (n=35)	118.83	7.39	70.97	11.82	47.86 (43.59, 52.13)	<.001*

*$p < .05$

อภิปรายผล

ผลศึกษาพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 2.54, 95% CI =1.32 to 3.77; $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 1.20, 95% CI =0.02 to 2.38; $p = .043$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ประกอบไปด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถึงความพร่องในการดูแลผู้ป่วย ได้มีการให้ความรู้ในการดูแลเกี่ยวกับการให้อาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การให้ยาและการสังเกตอาการที่ผิดปกติ เป็นต้น โดยมีการให้ความรู้ผ่านสื่อการเรียนการสอนแผ่นภาพพลิก ผ่านสื่อการสอน Power Point และ Video ที่ทำให้เข้าใจง่าย เห็นภาพชัดเจน สาธิต และสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ทดลองทำจริง เห็นภาพชัดเจนจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Kell et. al. (2019) ได้ทำการทดลองชนิดแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม ในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาในการลดไข้ในบุตรพบว่า สื่อการสอนประเภทภาพประกอบ หรือสื่อวิดิทัศน์ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้และทำให้จดจำได้ง่าย นอกจากนี้ในโปรแกรมยังได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิมลวัลย์ วโรพาร และคณะ (2568) ที่ทำการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-12.692, p<.05) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล (2562) พบว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือเบื้องต้นช่วยทำให้มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.050)

การศึกษาพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 5.14, 95% CI =0.70 to 9.58; p = .022) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 2.54, 95% CI =-1.84 to 6.92; p =.249) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจที่เพิ่มสูงขึ้นหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์ (2560) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้มีกิจกรรมการให้ความรู้ เสริมทักษะการดูแล เพิ่มเติมสิ่งที่ขาดและมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาและความต้องการจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการทดลอง พบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อเทียบทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจไม่แตกต่างกัน (mean difference= 1.54, 95% CI =-2.90 to 5.98; p =.490) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาล สนับสนุนการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านและการติดเยี่ยมตามทางโทรศัพท์ จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลจะมีความมั่นใจต้องอาศัยจากการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถมาจากการได้รับความรู้ การสังเกตประสบการณ์ จึงจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย แต่ในทางกลับกันยังสามารถพบปัจจัยที่ไม่ทำให้ความมั่นใจเพิ่มขึ้น จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ข้อมูลว่า ผู้ดูแลขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน ไม่ทราบว่าจะต้องอาบน้ำบนเตียง ให้อาหาร พาออกกำลังกาย อย่างไร และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้อื่น และสามารถส่งผลต่อการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Siabani et. al., 2013) และสนับสนุนกับแนวคิดของ Sullivan & Decker (2005) ที่กล่าวไว้ว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ดูแลรายใหม่ที่ไม่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ทำให้ญาติขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ และขาดความมั่นใจในการดูแลได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการพยาบาลระบบสนับสนุนของทฤษฎีโอเร็มในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จะเป็นเสมือนสิ่งที่เติมเต็มให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 6.03, 95% CI =3.87 to 8.19; *p*-value < .001) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 3.23, 95% CI =0.03 to 6.43; p = .048) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์รายข้อของกลุ่มทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในทุกข้อหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เช่น กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนให้ความรู้ ให้คำชี้แนะ ให้คำปรึกษา สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สาธิต และสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสมและความต้องการของตนเองและครอบครัว ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบเป็นโปรแกรมตามแนวคิดของโอเร็ม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตามความจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ สนิท และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีระยะดำเนินการวิจัย 3 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองด้วยโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = 3.061, p = .002)

การศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 43.54, 95% CI =38.61 to 48.47; p < .001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 47.86, 95% CI = 43.59 to 52.13; p < .001) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 อธิบายได้ว่า ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ส่งผลต่อคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งเรื่องการให้ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแล การให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อทบทวนความรู้ความจำ การติดตามให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้ มีความมั่นใจ มีพฤติกรรมและทักษะการปฏิบัติดูแลในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามสภาพและการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ เทียมแสนและคณะ (2567) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่า ประเด็นสมรรถนะสำคัญที่ผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องมีคือ มีความจำเป็นต้องมีความรู้ มีความเข้าใจในการดูแล จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Department of Health, 2020) อีกทั้งระบบการดูแลในครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแล จึงจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยและผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (จรัญญา วงษ์พรหมและคณะ, 2558) หากมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้ พัฒนาความสามารถจะช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ (Corry et. al., 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลชุมชนหรือพยาบาลกลุ่มงานปฐมภูมิ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ในประเด็นของกิจกรรมให้ความรู้ ให้คำชี้แนะสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อม การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ และทักษะการปฏิบัติในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการบริหาร เสนอแนะให้ผู้บริหารจัดอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความรู้ความมั่นใจและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับการศึกษาครอบครัว และบริบทของชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว ช่วงระยะเวลา 1 ปี เพื่อติดตามถึงผลลัพธ์ของความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไปเพื่อความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ขอขอบคุณการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม หรือ กองทุนส่งเสริม ววน. เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ 2567

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *สังคมผู้สูงอายุใน ปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย.* สืบค้น 10 มีนาคม 2568, จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=2521

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้อายุไทย ปี 2565.* https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962

ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. (2562). ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 2*(2), 26–37.

จรัญญา วงษ์พรหม, คีรีบูน จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข, และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 8*(3), 41-54.

จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินาวิน, และวราภรณ์ ยศทวี. (2560). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4*(3), 203–217.

ณัฐพร มีสุข, วรัญญ์ศิชา ทรัพย์ประเสริฐ, เจนจิรา ทองทับทิม, ดวงลดา บุญประเสริฐ, ธนัญญา ขวัญเมือง, บุพชาติ แสงทอง, ภูมิภาส กัณฑรักษ์, สรัญญา หอมสกุล, และประวิตร ตันแก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 14*(2), 92-106.

ดวงใจ สนิท, อาภาวรรณ หนูคง, ทัศนี ประสบกิตติคุณ, และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. *วารสารเกื้อการุณย์, 22*(1), 60–81.

ดุษฎี ไตรยวงศ์. (2562). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิพวรรณ เทียมแสน, ปรียาภรณ์ วรรคตอน, และวรรณี นันไชย. (2567). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11*(1), e266875.

เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, และอติพร สำราญบัว. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบในผู้สูงอายุติดเตียง ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 30*(2), 75-96.

รณิดา สารวรางค์กูร, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และเกสรี เลิศประไพ. (2566). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 15*(1), 87-100.

วิมลวัลย์ วโรหาร, ดวงใจ ลิมตโสภณ, ศรีสุดา สมัดชัย, และพัชรณัฏฐ์ ฤทธิรณกันต์. (2568). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 36*(1), 97-110.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9. (2567). *รายงานมาตรฐานสุขภาพ.* ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/09cffb7e4661c662416772d2b0a291df

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).* https://dmh.go.th/test/whoqol/

Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing, 71*(4), 718–733. https://doi.org/10.1111/jan.12523

Department of Health. (2020). *Manual of guideline for care manager curriculum.* Sanjan Publishing Co. Ltd.

Glass, G. V. (1996). *Statistical methods in education and psychology* [Review of the book *Statistical methods in education and psychology*, by G. V. Glass]. *PsycCRITIQUES, 41*(12), 1224. https://doi.org/10.1037/004514

International Health Policy Program, Thailand. (2015). *Report on the burden of diseases and injuries of the Thai population 2013*. International Health Policy Program, Thailand.

Kelly, M., Sahm, L., McCarthy, S., O'Sullivan, R., Mc Gillicuddy, A., & Shiely, F. (2019). Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. *BMC Pediatrics*, *19*(1), 447. https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Mosby Year Book.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott.

Siabani, S., Leeder, S. R., & Davidson, P. M. (2013). Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: A meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*, *2*, 320. https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-320

Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (2005). *Effective leadership & management in nursing* (6th ed.). Pearson/Prentice Hall.