BUU NURSE
BURAPHA UNIVERSITY WISDOM OF THE EAST
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์

Vol.33 No.4
ISSN 2774 - 1214 (Online)

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

October - December 2025

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา	มหาวิทยาลัยบูรพา
ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว	นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ	นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาศุขะ	นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนี ประสบกิตติคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ชัจคเณค์ แพรขาว	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Professor Dr. Edwin Rosenberg	Appalachian State University, USA
Professor Dr. Ratchneewan Ross	The University of Louisville, USA

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/การบอกรับเป็นสมาชิก

นายเอกรินทร์ สามา

e-mail : journal@nurse.buu.ac.th

โทรศัพท์ 038-102822

กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ

ค่าตีพิมพ์ภาษาไทย 2,000 บาท

ค่าตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ 3,000 บาท

พิมพ์ที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

สำนักงาน

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร **บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่นๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน** ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

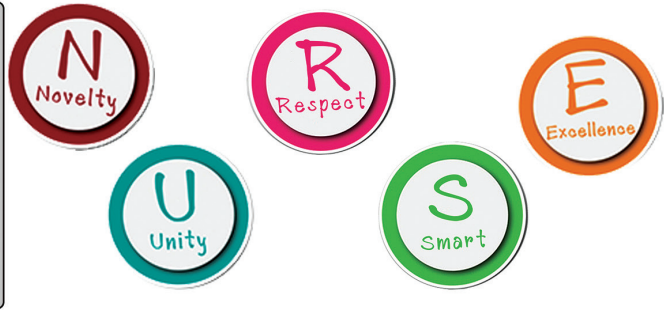
“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล
เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

VISION

“Transforming Nursing Education and Research, Responding to Healthcare Challenges Internationally and Sustainably”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

N = Novelty : สร้างสรรค์
U = Unity : เป็นหนึ่งเดียว
R = Respect : ยอมรับกัน
S = Smart : รอบรู้
E = Exellence : สู่ความเป็นเลิศ



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 33 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 33 No. 4 October - December 2025

สารบัญ

		หน้า
• Factors Related to Depression Among Elderly Patients with Pressure Ulcers in Wenzhou, China	Linmin Zhuge Chanandchidadussadee Toonsiri	1-12
• Factors Influencing Uptake of Cervical Cancer Screening among Women in Wenzhou, China	Siyuan Xiong Khemaradee Masingboon Niphawan Samartkit	13-27
• ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง	ชลธิชา ชลสวัสดิ์ กัลนิกา แสงชัย สุลี ทองวิเชียร	28-39
• ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน	สหัทยา พรหมมา นฤมล ธีระรังสิกุล จินตนา วัชรสินธุ์	40-52
• ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	อโนชา ทัศนาธนชัย โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม วรรณรัตน์ ลาวัง กาญจนา พิบูลย์ วิภา วิเสโส ตฤณ ศิริพงษ์	53-65
• ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์	สกรวรรณ ผมทอง สุขุมาล แสนพวง อรนุช ประดับทอง ธิดารัตน์ คณึงเพียร	66-75
• การพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบเกมมิฟิเคชันเพื่อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล	อังศณา คล้ายสุข นันทภัค ชนะพันธ์ เนตดา วงศ์ทองมานะ	76-89
• Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients Receiving Postoperative Chemotherapy in Hangzhou, China	Ye Song Khemaradee Masingboon Niphawan Samartkit	90-102
บทความวิชาการ		
• การส่งเสริมบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ: แนวทางเชิงระบบและการปฏิบัติ	หฤษฎ์ เชี่ยงหว็อง วิปรัชญา เทศทอง วัลย์พร วรพรพงษ์ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ พัชราภรณ์ โภโค	103-113

Factors Related to Depression Among Elderly Patients with Pressure Ulcers in Wenzhou, China

Linmin Zhuge, M.N.S.[1], Chanandchidadussadee Toonsiri, Ph.D.[2]*

Abstract

This study aimed to describe post-PU depression and to investigate the factors related to post-PU depression among elderly patients with pressure ulcers in Wenzhou, China. A simple random sampling method was used to recruit the sample of 128 elderly patients with PU in the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University. Research instruments included Demographic questionnaire, the Appraisal of Self-care Agency Scale-Revised (ASAS-R), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the mental health literacy scale (MHLS) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Data collected from July to December, 2023. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

The results revealed that the sample had mild depression (18.75%) and severe depression (5.47%). For correlation analysis, depression after pressure ulcer was significantly correlated with social support (r = -.439, p < .001) and self-care ability (r = -.465, p < .001). While mental health literacy was not significantly correlated with depression after pressure ulcer.

These findings suggest that Nurses and other health care providers should apply these study results to develop interventions or programs aimed at reducing the incidence of depression in patients with pressure ulcers by focusing on social support and self-care ability.

Key words: Factors, Depression, Elderly atients with pressure ulcers

[1] Student of Master of Nursing Science Program (International Program), Adult Nursing Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand

[2] Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand

* Corresponding author e-mail: stoonsiri@yahoo.com

Received 10/05/2025 Revised 27/11/2025 Accepted 24/12/2025

Introduction

Pressure ulcers (PU), a serious nursing problem worldwide, refer to localized damage to the skin and subcutaneous soft tissues owing to intense or prolonged pressure, usually at bony prominences (Artico, Piredda, D'Angelo, Lusignani, & Marinis, 2020). It is a common occurrence in various healthcare settings and most commonly develops in elderly and critically ill patients with multiple comorbidities. Notably, PU can lead to a physiological burden on patients, along with a heavy social and economic burden. Li et al. conducted a meta-analysis and revealed a 12.8% global PU prevalence, with an incidence rate of hospital-acquired PU being 8.4%. Reportedly, approximately 3 million patients in the United States are treated for PU annually at a cost of nearly 17.8 billion USD (Babak Hajhosseini, Longaker, & Gurtner, 2019). In China, the incidence of chronic ulcers among surgical inpatients is 1.5% - 3.0% (Fu, 2005), with that of PU being notably higher in nursing homes. Furthermore, its prevalence is expected to further increase with the increasing aging population.

PU can lead to serious complications, such as prolonged hospital stays and severe infections, which underscores the crucial need for its treatment. Depression is a commonly reported mental health condition among patients with PU, which may be attributed to PU-induced frustration, stigma, and social isolation. Persistent PU, combined with their conspicuous appearance and accompanying physical discomfort and pain, can cause great psychological distress. Furthermore, negative emotions, including depression, have been shown to significantly impair PU wound healing (Artico, Piredda, D'Angelo, Lusignani, & Marinis, 2020), possibly owing to the interplay of multiple physiological and psychological factors. In addition to the contribution of depression in delaying PU healing, the increase in the risk of depression in patients due to PU needs to be noted. Consequently, approaches, such as self-care ability, mental health literacy (MHL), and social support (SS), presenting notable advantages in managing depression, need to be explored to alleviate PU-induced depression.

Self-care ability has been associated with individual health behavior, well-being, and disease management ability, and it refers to the ability of individuals to maintain health and happiness through health promotion and chronic disease management (Sousa et al., 2010). Reportedly, self-care ability negatively correlates to the prevalence of depression in the elderly (Sousa et al., 2010). Hence, empowering patients with the skills and confidence to manage their health is considered a notable strategy to improve outcomes for chronic conditions such as PU, particularly when combined with depression. However, studies are lacking on the effects of self-management education in improving health outcomes for elderly patients with PU, especially for their mental health.

Similarly, MHL refers to the mental health knowledge and attitude to identify, manage, and prevent mental health problems (O'Connor & Casey, 2015). Reportedly, MHL has been correlated with depression, anxiety, and poor sleep quality in an elderly Chinese population (Ding et al., 2022). Similarly, studies on different populations have shown that patients with higher MHL are generally less likely to experience negative emotions, such as depression. However, the effects of MHL on patients with PU regarding depression remain elusive and need further research.

Social support (SS) refers to the assistance individuals receive from others in the form of emotional, instrumental, and informational help, provided by sources such as spouses, relatives, and friends. Studies have shown that SS offers independent protective effects against depression in both adults and the elderly (Gariepy, Honkaniemi, & Quesnel-Vallee, 2016). A cross-sectional study has found that higher levels of SS in adults with spinal cord injury are associated with fewer symptoms of depression (Chen et al., 2015). Similar to individuals with spinal cord injuries, patients with PU often lose some physical mobility and therefore require caregiving and support from others. However, the effect of SS on the occurrence of depression in patients with PU remains unclear.

Owing to the multifaceted nature of these risk factors, certain variables are typically prioritized based on the specific interests of the study. From a broader perspective, developing comprehensive guidelines to address both the physical and psychological aspects of PU care can facilitate its better management by healthcare policymakers. Such guidelines, supported by the departments of health or national governments, may help reduce the strain on social healthcare systems and potential medical disputes. Hence, this study aimed to explore the factors associated with the occurrence of post-PU depression in elderly patients. Furthermore, based on the understanding of the influencing factors, this study may contribute to more comprehensive patient care and provide targeted interventions to enhance the physical and mental health outcomes of elderly patients with PU.

Research objectives

1. To describe post-PU depression in hospitalized patients.
2. To examine factors associated with post-PU depression in hospitalized patients, specifically self-care ability, mental health literacy, and social support.

Conceptual framework

The conceptual framework model used in this study develop from the review literature. Some of the variables in the model components (i.e, self-care ability, mental health literacy and social support) were selected for investigation based on supporting evidence. Self-care ability was negatively correlated with post-PU depression (Ledger et al., 2020). Mental health literacy and social support was negatively associated with post-PU depression (Gariépy et al., 2016). A Diagram of the study conceptual framework is shown in Figure 1.

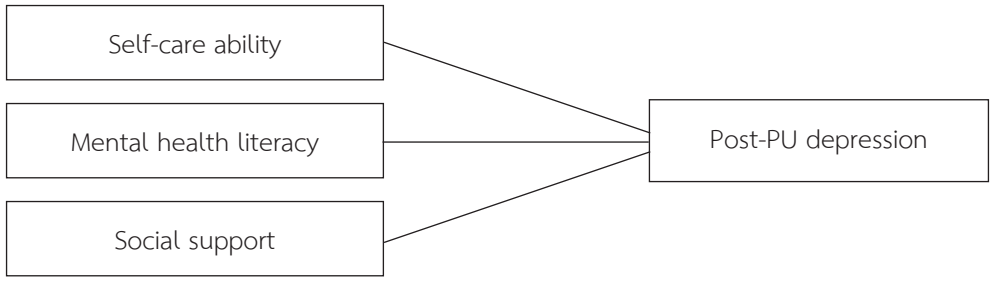


Figure 1 Conceptual framework

Methodology

Research design

A cross-sectional research design was employed in this study.

Population/Samples

Population

The Target population in this study is PU inpatients at the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University (WMU) in Wenzhou, China. The average daily flow of patients in the Second Affiliated Hospital is about 3000 person per day.

Sample was PU inpatients at the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University (WMU) in Wenzhou, China and selected based on the inclusion criteria:

1. All patients diagnosed by physician as PU
2. Be able to read, write and understand Chinese
3. Patients with undiagnosed depression prior to pressure ulcer diagnosis
4. No other mental illnesses
5. No cognitive disturbance until could not provide information
6. Aged ≥ 50 years

Sample size

The sample size in this study will be calculated by using Tabachnick and Fidell's formula (2007) as follows:

N ≥ 104 + m (where m is a number of independent variables). Based on this formula, the sample size for this study should be least 107. In this study, 20% of the attrition rate will be used 21 subjects therefore 128 participants will be recruited.

Sampling technique

The simple random sampling method was used in this study. The researcher will search for eligible patients who meet the inclusion criteria. The researcher assigned each client a number on a small piece of paper and mix it in a box. The researcher will randomly pick up a number until reach the target number of sampling.

Research instruments

1. Demographic Questionnaire: The questionnaire was designed to collect the general information of the participants, including sex, age, body–mass index (BMI), place of residence, marital status, years of education, average annual household income, primary caregiver, smoking and drinking status, and history of diabetes, hypertension, and heart diseases.

2. BDI-II: BDI-II, a 21-item scale, with each item scored from 0 to 3 (total score: 0-63), was employed for assessing depressive symptoms (Cheng, 2011), with higher scores indicating a greater risk of depression. Based on scores, depression is divided into four levels: 0-13, healthy; 14-19, mild depressive symptoms; 20-28, moderate depressive symptoms; and > 28, severe depressive symptoms. Reportedly, BDI-II presents a high internal consistency (coefficient $\alpha = 0.90$), with its total score not showing an obvious correlation with gender, age, or race (Steer, Rissmiller, & Beck, 2000).

The Chinese version of BDI-II has been reported to show good reliability and validity as a depression self-management scale (Cronbach's coefficient: 0.94). Additionally, the correlation coefficient of 21 items ranges from 0.18 to 0, with the total item correlation coefficient ranging from 0.71 to 0.82 and the test–retest coefficient being 0. *($p < 0.05$)* (Guo, 2015)

3. ASAS-R: ASAS-R, employed to evaluate self-care agency, is a short, reliable, and valid instrument to measure self-care agency among individuals from the general population. It includes 15 items that capture enabling characteristics (power components) of self-care institutions. The items are rated using a 5-point Likert-type scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree), with the overall scores ranging from 15 to 75, and higher scores suggesting greater self-care skills. Notably, four items of the scale (such as Factor 3: lacking power for self-care) are negatively worded and scored inversely. The content validity of the original scale was identified via Orem's self-care theory expert panel(Fok & Wong, 2003), and its internal consistency with Cronbach's alpha coefficient (0.80-0.85), as previously reported (Peyrot, Peeples, Tomky, Charron-Prochownik, & Weaver, 2007). This was consistent with the strong Cronbach's alpha coefficient of 0.90 of the original 24-term ASAS-R reported by Sousa et al. Notably, the best factor structure model to fit the data in their study was the 15-term ASAS-R three-factor model with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89 (Sousa et al., 2010).

4. MHLS: MHLS was developed by Jung et al. based on Jorm's Mental Health Literacy Scale (2000) ("Mental Health Literacy in Healthcare Students: An Expansion of the Mental Health Literacy Scale," 2020) and is suitable for assessing the MHL level in adults. The Chinese version of the tool was translated by Ming et al. (MING, CHEN, & WANG, 2021) MHLS consists of 22 items across 3 dimensions, as follows: mental health knowledge (items 1-10), beliefs (items 11-18), and resources (items 19-22). Additionally, it employs the dichotomous scoring method, as follows: for positive questions, "strongly agree" and "agree" are selected, counting for 1 point; for reverse questions, "strongly disagree" and "disagree" are selected, counting for 1 point; and other questions count for 0 points. For the resource dimension, "Yes" equals 1 point, and "No" equals 0 points. The total score is the cumulative score of each item (range: 0-26), with the higher the score, the higher the MHL level. MHLS has been reported to show good reliability and validity (Wang et al., 2024). The Cronbach's alpha coefficients of internal consistency of the scale are 0.83, and those of mental health knowledge, belief, and resources are 0.76, 0.77, and 0.84, respectively.

5. MSPSS: MSPS was employed for measuring the level of SS, which can be classified into the following three subscales: support from family (items 3, 4, 8, and 11), support from friends (items 6, 7, 9, and 12), and support from significant others (items 1, 2, 5, and 10), including neighbors and professional medical staff. Each subscale is scored when all related four items are answered. Chou (2000) introduced MSPSS to China and performed the back translation process. Patients are requested to rate each item on a 7-point Likert scale (1 = very strongly disagree to 7 = very strongly agree), with the total score of the perceived SS ranging from 12 to 84 points and a higher score indicating a higher SS(Dallam et al., 1995). Reportedly, the evaluation of the psychological properties

of MSPSS has revealed that the Cronbach's alpha coefficient for the total scale is 0.91 and that of subscales ranges from 0.81 to 0.98.

Data Collection

Participants were required to complete the demographic questionnaire, Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R), Mental Health Literacy Scale (MHLS), and Perceived SS Multidimensional Scale (MSPSS). The surveys were supervised by two skilled researchers who orally communicated the survey questions to participants and recorded their responses. Throughout the data collection process, participants were informed both verbally and in writing about confidentiality measures, with reassurances that their choices would not affect the services provided to them. Before data analyses, signed consent forms were received from participants. The collected data were exclusively applied in this study and employed solely for research purposes. Patients were presented with the option to independently complete the questionnaire or seek assistance within a tranquil environment, with an estimated duration of 20–30 min. The study was conducted voluntarily, allowing participants the freedom to opt-out at any time.

Ethical Considerations

This research adheres to the human rights. Approval for including human subjects was acquired from the Burapha University Ethics Committee on Human Research (G-HS044/2564) and the Institution Review Board (2023-K-118-02) of the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University. Participants were provided with information regarding the protection of human subjects and were granted the right to withdraw from the study at any given time. Before their participation in this study, participants were requested to sign informed consent forms.

Data Analyses

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software version 26. A significance level of $p < .05$ was established. Descriptive statistics encompassed frequency and percentage, along with mean and standard deviation (SD) were used to analyze the demographic characteristics and study variables. Pearson's product-moment correlation coefficients were used to analyze the relationship between depression and self-care ability, mental health literacy, and social support.

Results

1. Demographic characteristics of the sample

Demographic characteristics of the sample showed that 72.66% of the patients were male, and 75.79% of them were over 65 years old. The average BMI level was 20.30, and 7.81% exhibiting overweight status. In addition, the majority (54.68%) live in rural areas. 78.13% of the patients were married or cohabiting with their spouses, and most people (58.60%) only accepted the primary education, only a few people (3.61%) received undergraduate education. A total of 61.24% of individuals report having no religious beliefs, whereas 38.76% identify as having religious beliefs. The average annual household income of 31.25% of the patients was less than 25,000 yuan. For patients,

the primary caregiver during hospital stay was their spouse in 45.31% of cases. The majority of individuals have experienced illness for a duration of less than one month, with most of them presenting with low-grade pressure ulcers, including subspected deep tissue injury and stage 1 ulcers. In addition, 53.12% do not smoke and 64.84% do not drink alcohol. In addition, 31.25% of the patients were diagnosed with diabetes, 41.41% with hypertension and 19.53% with heart disease.

2. Descriptive information on depression after PU

The maximum score of depression after PU was 32, the minimum score was 7, and the mean score of depression after PU was 17.91 (SD = 5.347). 35.16% of patients had depressive symptoms. In addition, 64.84% had no depressive symptoms; 18.75% had mild depressive symptoms, and 5.47% had severe depression symptoms, as shown in Table 1.

Table 1 Mean, standard deviation, max, min, and level of depression after PU (n = 128)

variables	Frequency	Percentage (%)
Depression		
Yes	45	35.16
No	83	64.84
Degree of depression		
No depressive symptoms (0-13)	83	64.84
Mild depressive symptoms (14-19)	24	18.75
Moderate depressive symptoms (20-28)	14	10.94
Severe depressive symptoms (≥ 28)	7	5.47
Mean = 17.91, SD = 5.347, Max = 32, Min = 7		

3. Factors related to depression after PU

According to the correlation, social support and self-care ability were significantly negatively correlated with depression after PU (r = -.439, p < .001; r = -.465, p < .001). However, mental health literacy levels were not associated with depression after PU, as shown in Table 2.

Table 2 Correlation between variables and depression after PU (n = 128)

Variables	r	p-value
1. Self-care ability	-.465**	< .001
2. Mental health literacy	0.036	.341
3. Social support	-.439**	< .001

Discussion

The findings of this study shown that the mean score of depression after PU was 17.91 (SD = 5.347). From the patients' perspective, those with lower scores may possess a more optimistic

and positive disposition, coupled with effective psychological adjustment capabilities. Such individuals tend to approach their condition with an open-minded attitude and maintain confidence in their treatment and rehabilitation processes. For instance, some patients perceive PUs as a minor challenge within the rehabilitation journey and believe that, with the assistance of healthcare professionals and their own active participation, they can achieve swift recovery. Patients exhibiting elevated scores may possess sensitive personality traits, rendering them susceptible to anxiety. The pain, limited mobility, and adverse emotional states associated with PUs, coupled with apprehensions regarding future quality of life, are exacerbated. For instance, certain patients may encounter feelings of helplessness and despair stemming from the prolonged healing process of PUs and the potential necessity for extended bed rest.

Regarding the severity of the condition, it is important to note that the underlying primary diseases and the severity of PUs among the participants in our sample exhibit significant variability. Patients with lower depression scores tend to present with milder PUs, typically characterized by early-stage lesions that are small in size and shallow in depth. These conditions generally exert a lesser impact on daily functioning and are associated with relatively reduced physical pain. Conversely, patients with higher depression scores often experience more severe PUs, which may include extensive infections and chronic, non-healing wounds. Such conditions frequently result in considerable physical pain and distress, which can contribute to the development of depression.

The incidence rate of PU-associated depression has been reported to be 48.65% (Dallam et al., 1995), which is consistent with that reported in other studies(Kris-Etherton et al., 2021). Herein, 35.16% of the patients showed symptoms of depression, with most (53.33%) presenting mild depression and a few (15.56%) presenting severe depression. These incidences are comparatively lower than those reported previously. Herein, the demographic data revealed that elderly patients constituted a larger proportion of the sample. Notably, owing to their distinct physical and mental attributes, they may not prioritize quality of life to the same extent as younger individuals. These findings suggest that the psychological impact of developing PU may be less pronounced in elderly populations. Furthermore, in most of the cases included in this study, PU manifested within 1 month and exhibited an acute nature, potentially preceding the onset of depression. Simultaneously, most individuals with PU were diagnosed with either suspected deep tissue injury or stage 1 ulcers, neither of which necessitate debridement. Consequently, patients typically experienced minimal pain, resulting in a relatively minor impact on their subjective well-being. Notably, 45.31% of the patients were married, which allowed them to receive substantial psychological support, whether they were hospitalized or at home. Most patients exhibited a normal BMI, and maintaining an optimal nutritional status has been shown to contribute to the prevention and management of depression (Kris-Etherton et al., 2021). Overall, these findings elucidate the observed low incidence and mild symptomatology of post-PU depression in the included participants. Despite international awareness and education campaigns, the prevention of PU remains an essential concern of healthcare providers regarding patient safety.

The correlation model showed that two variables, namely self-care ability, and SS, significantly influenced depression prevalence in patients with PU. As indicated by ASAS-R results, individuals with a higher score are less likely to develop PU and present depression. During the survey, patients expressed that their concerns were not always considered by the caregivers. When developing strategies to prevent PU, preparing individual-specific measures and seeking their consent and opinion are crucial. As shown in this study, self-care is a crucial factor for patients during the recovery phase. Based on the risk factors previously discussed, which may affect the postoperative mental and physical quality of life of the patients, some recipients may develop anxiety and depression. Herein, patients showed more cooperation with the program when reasonable negotiations were carried out with patients for PU management. This effectively increased the efficiency of communication between patients and nurses, thus greatly reducing the incidence of PU and depression. These results underscore the importance of educating patients with PU regarding the basics of their condition, including its treatment and prevention.

Reportedly, SS, referring to the quantity of support received by an individual from others through various encounters, is an important factor affecting the occurrence of post-PU depression and among the most important defenses against stressful life (Hannan et al., 2016) events. Typically, SS enhances mental health by reducing the consequences of detrimental psychosocial outcomes such as depression, anxiety, low self-efficacy, stress, and social isolation or loneliness (Hannan et al., 2016). SS can be categorized in the following three main forms: informational, practical, or emotional (including empathy, practical help, and counsel). Spinal cord injuries are known to cause irreversible nerve damage and serious complications, such as paraplegia or paralysis of both legs, and extended bed rest may lead to PU development. Reportedly, individuals with spinal cord injuries receive considerable care and support from their family, ward physicians, or nurses, making them mentally prepared to handle challenges such as paralysis instead of abandoning medical care and recovery. Consequently, they are far less likely to experience PU onset owing to their strong SS. Moreover, even if they present PU, the chances of depression may significantly be decreased, with an increase in PU cure rate. Overall, these findings show the importance of SS in patients with PU.

Lastly, MHL is another important factor reported in this study. In recent years, mental health issues among different social groups have considerably grown, increasing public health concerns in China. Consequently, MHL, as an important factor affecting mental health, has garnered notable attention worldwide. The concept of MHL has emerged inside the health literacy (HL) domain and needs to be interpreted within that framework. In recent years, many studies have contributed to expanding the knowledge of HL to make it a more comprehensive concept, essential to enhancing individual health outcomes, lowering population health disparities, and changing the way health systems and health policy are developed. Herein, MHL scores were inversely related to the likelihood of depression and PU in most patients, with no statistically significant differences. This may be attributed to the small sample size, which may limit the statistical relevance. Moreover, when scoring young and elderly patients, the lack of cooperation by the elderly may also have contributed to

the inaccuracy. Herein, younger patients, with a high MHL, could better handle a wide range of challenges with composure. Overall, these findings suggest that patients with a high MHL are less likely to experience depression and PU owing to their positive frame of mind and interactions with doctors, nurses, and other patients. Even in the case PU has already developed, it can be treated easily to prevent the onset of depression. Consequently, we propose that MHL scores should be measured on a regular basis for individuals with PU. Additionally, family members, physicians, and nurses should be advised on improving the care and assistance of patients who have poor MHL scores. Psychologists may also be invited to provide counseling to patients, per requirements. Future studies need to focus on confirming the validity of the scoring system results of this study, including a larger patient cohort from different regional hospitals.

Implications of the Study

There is an opportunity to recommend that clinicians use these findings to improve clinical practice, particularly in preventing depression among patients with pressure ulcers. Additionally, future research could examine whether these factors predict the onset of new PU-related depression.

Conclusion

Overall, the correlation model showed that three variables, namely self-care ability, MHL, and SS, significantly influenced depression prevalence in patients with PU. These findings may be used by healthcare professionals as a reference to improve the quality of life of patients with PU presenting depression. Considering the direct influence of social and emotional factors on quality of life, prioritizing the enhancement of social and emotional well-being in patients is crucial to improving their overall well-being. One potential approach toward achieving this objective is through increasing health literacy. Furthermore, in clinical nursing, attention needs to be directed toward related factors that may affect health education, including age, gender, and marital status of the patient. Employing these measures may aid in improving self-regulation abilities among patients with PU presenting depression and facilitate better health outcomes based on a scientifically sound and rational health education system.

Limitations of the Study

The study has certain limitations. Firstly, the use of a cross-sectional design is acknowledged as one limitation since the degree of depression in patients with pressure ulcers fluctuates over time. Therefore, collecting data from multiple or longitudinal patients would be more appropriate to comprehensively describe the nature of the variables. Additionally, another limitation pertains to the settings for data collection. Although this study was conducted at a comprehensive tertiary level A provincial hospital in Wenzhou City, it is important to acknowledge that generalizing the results may be limited due to its single-hospital setting. Consequently, further development of longitudinal and qualitative research is warranted.

References

Artico, M., Piredda, M., D'Angelo, D., Lusignani, M., Giannarelli, D., Marchetti, A., De Chirico, C., Mastroianni, C., & De Marinis, M. G. (2020). Prevalence, incidence and associated factors of pressure injuries in hospices: A multicentre prospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 111*, 103760. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103760

Chao, H.-J., Lien, Y.-J., Kao, Y.-C., Tasi, I.-C., Lin, H.-S., & Lien, Y.-Y. (2020). Mental Health Literacy in Healthcare Students: An Expansion of the Mental Health Literacy Scale. *International Journal of Environmental Research and Public*.

Dallam, L., Smyth, C., Jackson, B. S., Krinsky, R., O'Dell, C., Rooney, J., Badillo, C., Amella, E., Ferrara, L., & Freeman, K. (1995). Pressure ulcer pain: assessment and quantification. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 22*(5), 211-218. https://doi.org/10.1097/00152192-199509000-00007

Ding, K. R., Wang, S. B., Xu, W. Q., Lin, L. H., Liao, D. D., Chen, H. B., Tan, W. Y., Huang, J. H., Hou, C. L., & Jia, F. J. (2022). Low mental health literacy and its association with depression, anxiety and poor sleep quality in Chinese elderly. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists, 14*(4), e12520. https://doi.org/10.1111/appy.12520

Fok, M. S., & Wong, T. K. (2003). Testing Orem's Self-Care Agency and Basic Conditioning Factors in a Chinese community undergoing haemodialysis. *Contemporary nurse, 15*(3), 262-272. https://doi.org/10.5172/conu.15.3.262

Fu X. (2005). Skin ulcers in lower extremities: the epidemiology and management in China. *The international journal of lower extremity wounds, 4*(1), 4-6. https://doi.org/10.1177/1534734605274659

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 209*(4), 284-293. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094

Guo, Y., Chen, Z. M., Zhang, Y. X., Ge, Y. B., Shen, C. H., Ding, Y., Wang, S., Tang, Y. L., & Ding, M. P. (2015). Reliability and validity of the Chinese version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (C-NDDI-E). *Epilepsy & behavior: E&B, 45*, 225-228. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.01.019

Hajhosseini, B., Longaker, M. T., & Gurtner, G. C. (2020). Pressure Injury. *Annals of surgery, 271*(4), 671-679. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003567

Hannan, J., Alce, M., & Astros, A. (2016). Psychometric properties of the newly translated creole multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) and perceived adequacy of resource scale (PARS) and the relationship between perceived social support and resources in Haitian mothers in the US. *BMC Psychology, 4*, 7. https://doi.org/10.1186/s40359-016-0113-8

Huang, C. Y., Chen, W. K., Lu, C. Y., Tsai, C. C., Lai, H. L., Lin, H. Y., Guo, S. E., Wu, L. M., & Chen, C. I. (2015). Mediating effects of social support and self-concept on depressive symptoms in adults with spinal cord injury. *Spinal Cord, 53*(5), 413-416 (2015). https://doi.org/10.1038/sc.2014.158

Jafari, A., Moshki, M., Naddafi, F., Ghelichi-Ghojogh, M., Armanmehr, V., Kazemi, K., & Nejatian, M. (2024). Depression literacy, mental health literacy, and their relationship with psychological status and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Frontiers in Public Health, 12*, 1421053.

Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Després, J. P., Anderson, C. A. M., Deedwania, P., Furie, K. L., Lear, S., Lichtenstein, A. H., Lobelo, F., Morris, P. B., Sacks, F. M., & Ma, J. (2021). Strategies for promotion of a healthy lifestyle in clinical settings: Pillars of ideal cardiovascular health: A science advisory from the American Heart Association. *Circulation, 144*(24), e495-e514. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001018

Ming, Z.-j., Chen, Z.-y., & Wang, Y.-x. (2021). Reliability and validity of multicomponent mental health literacy measure-Chinese version in male military personnel. *Chinese Journal of Public Health, 37*(1), 86-91. doi:https://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20190829.1305.008.html

O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The mental health literacy scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research, 229*(1-2), 511-516. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064

Peyrot, M., Peeples, M., Tomky, D., Charron-Prochownik, D., Weaver, T., & AADE Outcomes Project and AADE/UPMC Diabetes Education Outcomes Project (2007). Development of the American Association of Diabetes Educators' Diabetes self-management assessment report tool. *The Diabetes Educator, 33*(5), 818-826. https://doi.org/10.1177/0145721707307614

Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Bergquist-Beringer, S., Musil, C. M., Neese, J. B., & Jaber, A. F. (2010). Reliability, validity and factor structure of the appraisal of self-care agency scale-revised (ASAS-R). *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16*(6), 1031-1040. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x

Steer, R. A., Rissmiller, D. J., & Beck, A. T. (2000). Use of the Beck depression inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy, 38*(3), 311–318. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00068-6

Wang, Q., Wang, Q., Ji, Y., Chen, K., Li, K., Jia, F., & Peng, T. (2024). Construction and validity of Chinese translation of the universal mental health literacy scale for adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion, 26*(8), 671-677. doi:10.32604/ijmhp.2024.053127

Wang, Z., Yuan, C.-M., Huang, J., Li, Z.-Z., Chen, J., Zhang, H.-Y., Fang, Y.-R., & Xiao, Z.-P. (2011). Reliability and validity of the Chinese version of Beck depression inventory-II among depression patients. *Chinese Mental Health Journal, 25*(6), 476-480.

Factors Influencing Uptake of Cervical Cancer Screening among Women in Wenzhou, China

Siyuan Xiong, M.N.S.[1], Khemaradee Masingboon, D.S.N.[2]*, Niphawan Samartkit, Ph.D.[3]

Abstract

This study aimed to examine the uptake of cervical cancer screening and to determine if knowledge of cervical cancer, perceived threat of cervical cancer, perceived benefits of cervical cancer screening, perceived barriers to cervical cancer screening, and self-efficacy about the uptake of cervical cancer screening could predict the uptake of cervical cancer screening among women in Wenzhou, China. A simple random sampling technique was used to recruit 240 individuals, who came to check up on their health at two Physical Examination Centers of one hospital in Wenzhou, China. Research instruments included the demographic data questionnaire, the Chinese version of the cervical cancer prevention knowledge questionnaire with the KR 20 of .76, the Chinese version of the cervical cancer screening belief scale including perceived threat, perceived benefit, perceived barrier, and the Chinese version of the cervical cancer screening self-efficacy scale, with Cronbach's alpha values of .86, .72, .91, and .96 respectively. Descriptive statistics and binary logistic regression were used to analyze the data.

Results revealed that 63.3% of the participants had been screened for cervical cancer. The logistic regression model including all five independent variables explained approximately 27.2% of the variance in cervical cancer screening (Nagelkerke R^2 = .272). Perceived barriers (Odds Ratio [OR] = 0.885, 95% Confidence Interval [CI]: 0.807-0.971, p <.05) and self-efficacy (OR = 1.060, 95% CI: 1.038-1.083, p < .001) were the strongest contributors to this prediction.

The results indicate that perceived barriers and self-efficacy are significant factors influencing the decision to undergo cervical cancer screening. These findings can be applied to develop strategies promoting cervical cancer screening among women in the future.

Key words: Cervical cancer screening, Health belief, Perceived barriers, Self-efficacy, China

---

[1] Student of Master degree of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

[3] Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: khemaradee@nurse.buu.ac.th

Received 26/05/2025 Revised 17/07/2025 Accepted 27/12/2025

Introduction

Cervical cancer is a major public health problem. It is the fourth most common cancer that affects women worldwide and causing over 300,000 annual deaths (Emereonye, Areloegbe, Oladele, Akpor, & Olaniyi, 2025). In 2022, globally, it was estimated that there were 662,044 cases (age-standardized incidence rate [ASIR]: 14.12/100,000) and 348,709 deaths (age-standardized mortality rate [ASMR]: 7.08/100,000) from cervical cancer (Emereonye et al., 2025). Based on the stable changes in population growth and aging across the country, the estimated cases of cervical cancer are expected to increase by 56.8% from 2022 to 2050, and an additional 1 million cases are expected in 2050. Meanwhile, a total of 630,000 deaths are projected by 2050, an increase of 80.7% (Emereonye et al., 2025). This predicts an increase in the global burden of cervical cancer in the future. In China, during 2006 and 2016, the ASIR for women aged 15 to 84 years in China increased by 3.7% (95% CI: 0.031-0.043) annually, from 11.01 to 16.41 cases per 100,000 women. From 2017 to 2030, ASIR in China is expected to increase from 17.13 to 23.22, with an annual increase of 2.5% ($p < .05$), and ASMR was predicted to increase continuously from 4.8 to 9.1, with an annual increase of 5.0% ($p < .05$) (Yuan, Zhao, Wang, Hu, & Zhao, 2023). It suggests that China still faces a huge burden of cervical cancer.

Cervical cancer (CC) is a preventable disease, and it is curable if diagnosed in the early stage. However, the majority of women who having cervical cancer are diagnosed in advanced stages. Locally advanced cervical cancer accounts for a median of 37% of all cervical cancer cases globally, reaching approximately 90% in resource-limited and socioeconomically disadvantaged countries (Monk et al., 2022). Compared with early-stage cervical cancer, the cure rate of locally advanced cervical cancer was significantly lower, the 5-year disease-free survival rate was 68%, and the 5-year overall survival rate was 74%; in addition, prognostic factors for worse outcomes included higher disease stage and lymph node involvement (Pötter et al., 2021). The widespread introduction of cervical cancer screening programs can significantly reduce morbidity and increase early diagnosis. Research found that adding twice screening was predicted to reduce the incidence to 0.7 cases per 100,000 women-years (96.7% reduction) and averted an extra 12.1 million cases (Brisson et al., 2020). The introduction of two lifetime screenings could advance the time to elimination of CC by 11 to 31 years (Brisson et al., 2020). Therefore, it is very important to increase the screening rate of cervical cancer among women to reduce the incidence and mortality of cervical cancer.

Cervical cancer screening (CCS) is a test used to diagnose CC. Also, it can prevent occurrence of CC or early detect abnormal cells at the cervix (Liu et al., 2025). The World Health Organization [WHO] has proposed a global strategic goal for the elimination of cervical cancer by 2030, which is 70% of women screened with a high-performance test by 35 years of age and again by 45 years of age (World Health Organization [WHO], 2024).

The annual incidence of CC in China ranks second in the world, with 110,000 cases and 59,000 deaths (Sung et al., 2021). As the country with the largest population and highest burden of CC in the world, China must play an important role in achieving the global goal of eliminating cervical cancer.

The State Council issued the "Healthy China Action Plan (2019-2030)" which clearly stated that CCS coverage needs to reach 80% by 2030. A nationally and provincial-representative cross-sectional survey found that 36.8% of women aged 20 years and above received at least one CCS in 2023-2024 (Zhang et al., 2025). This is still a long way from the target of 80%. Some studies have found significant differences in cervical cancer screening coverage in different regions. Wenzhou is an important regional center city along the southeast coast of China. The data from 2023 and 2024 Zhejiang Cancer Registration Annual Report showed that the incidences of cervical cancer were 18.1/100,000 and 17.71/100,000. This is still far from the threshold recommended by the WHO for global elimination of CC of 4/100,000 per year (WHO, 2024). In Wenzhou, from 2022 to 2024, the number of women aged 35-64 years receiving cervical cancer screening were 150 000, 130 000 and 100 000, respectively (Client, 2023; Wenzhou Maternal and Child Health Hospital, 2024; Ye & Yang, 2025). The number of women undergoing CCS in Wenzhou is decreasing year by year. Therefore, it is very important to find out the influencing factors and improve the screening rate of CC.

The uptake of cervical cancer screening (UOCCS) refers to whether women have been screened for cervical cancer in their lifetime (Woldetsadik et al., 2020). UOCCS is a preventive health behavior. In addition to a variety of well-documented demographic, socioeconomic and cultural factors, the importance of psychosocial factors such as personal beliefs, perceptions and emotions should also be noted to influence UOCCS (Dsouza, Broucke, Pattanshetty, & Dhoore, 2022). These psychosocial factors are often more modifiable than sociodemographic or cultural determinants such as education, socioeconomic status, or cultural habits, making them potential targets for intervention (Dsouza et al., 2022).

To help identify psychological factors that influence screening acceptance, the health belief model (HBM) can be used to validate psychosocial concepts and their interactions to explain human health behaviors (Dsouza et al., 2022). According to the HBM, changing factors such as disease knowledge, perceived threat, perceived benefits, barriers, and self-efficacy may affect specific health behaviors (Champion & Skinner, 2008). Therefore, this study examined the factors including cervical cancer knowledge, perceived threat, perceived benefit, perceived barrier, and self-efficacy predict the uptake of cervical cancer screening (UOCCS) among women in Wenzhou, China. The results of this study should provide a reference for healthcare personnel to develop targeted cervical cancer screening interventions in Wenzhou, support and guide women to effectively participate in cervical cancer screening and improve screening rates.

Research objectives

1. To describe rate of uptake of cervical cancer screening among women in Wenzhou, China.
2. To examine factors including knowledge of cervical cancer, perceived threat of cervical cancer, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy influencing uptake of cervical cancer screening among women in Wenzhou, China.

Research hypotheses

Knowledge of cervical cancer, perceived threat, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy can predict the UOCCS among women in Wenzhou, China.

Conceptual Framework

This study was guided by the health belief model (HBM) (Champion & Skinner, 2008). The HBM is a widely used framework in health education and disease prevention, which assumes that if individuals have disease-specific knowledge, believe that they are at risk of developing a specific disease or condition, and the consequences of the disease are severe or life-threatening (perceived threat), they can perform specific behaviors to prevent the disease, and the benefits outweigh any barriers. Moreover, adding certain dimensions to the basic HBM model, such as perceived self-efficacy (i.e., belief in one's ability to perform the behavior) and cues to action (i.e., the triggers that prompt behavior), can better explain and promote preventive health behaviors (Morowatisharifabad, Momayyezi, & Ghaneian, 2012).

According to the HBM, women's likelihood of obtaining cervical cancer screening is influenced by several key psychological factors. When women perceive themselves as susceptible to cervical cancer and recognize its potentially serious consequences (such as pain or mortality), they develop a perceived threat of the disease. If they believe that available screening methods would effectively reduce their susceptibility or the severity of potential outcomes, and if they perceive that the benefits of screening outweigh the barriers or costs associated with the procedure, they become more likely to participate in screening activities. Additionally, self-efficacy—the confidence in one's ability to successfully obtain screening—plays a crucial role in facilitating the transition from intention to action. This comprehensive cognitive assessment process ultimately determines women's decisions regarding cervical cancer screening uptake.

Therefore, if women have knowledge of cervical cancer, perceive it as a threat, believe that the benefits of screening outweigh the barriers, and have a high self-efficacy regarding screening uptake, they would be more likely to participate in cervical cancer screening. The researcher hypothesized that these variables together might be predict screening uptake.

Methods

Research design

The descriptive predictive correlational study was used to examine factors including knowledge of cervical cancer, perceived threat of cervical cancer, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy influencing UOCCS among women in Wenzhou, China.

Population and sample

The study participants were women who attended the two physical examination centers of one hospital located in Wenzhou, China.

The samples were women who attended the two physical examination centers of a hospital in Wenzhou, China. The inclusion criteria were: 1) aged 25 years or older; 2) good orientation to place and time and had no history of mental illness; 3) ability to understand, read, write, and speak Chinese. The exclusion criteria were women with a history of gynecological cancer or those who had undergone total hysterectomy.

The sample size was estimated based on the number of independent variables, with 40 participants required for each independent variable (Mertler, Vannatta, & LaVenia, 2021). This study consisted of five independent variables; therefore, the minimum required sample size was 200. Accounting for a 20% dropout rate (Yue, 2016), 40 participants were added. Therefore, 240 participants were recruited, with 120 participants recruited from each physical examination center.

Sample recruitment

240 women who met the inclusion criteria were selected for participation through simple random sampling. 120 participants were randomly selected from each physical examination center. Approximately, 10-12 women willing to participate in the study were recruited a day from each center.

Research instruments

The research instruments consisted of four questionnaires. All questionnaires were used in this study with permission from the original authors.

The demographic data questionnaire

The demographic data questionnaire was developed by the researcher. The questionnaire composed of 14 items including 1) the demographic characteristics such as age, education, marital status, etc. and 2) the health information such as number of sexual partners, contraceptive use, history of STD, and cervical cancer screening.

The uptake of cervical cancer screening

Cervical cancer screening uptake was measured by asking women if they had ever been screened for cervical cancer in their lifetime. A “yes” response indicated previous cervical cancer screening, and a “no” or “never” response indicated never having had cervical cancer screening. This question was included in the health information questionnaire.

The Chinese version of the cervical cancer prevention knowledge questionnaire

The Chinese version of the cervical cancer prevention knowledge questionnaire was used to measure the knowledge of cervical cancer in women. It was developed by the Ministry of Health of China (Li, Hongguang, Sulian, Xixi, & Chune, 2013). The questionnaire contains 10 items with one point awarded for each correct answer and zero points for each incorrect answer. Total scores ranged from 0 to 10, with higher scores indicating greater knowledge of cervical cancer. In this study the KR-20 (Kuder & Richardson, 1937) reliability coefficient of the scale was .760.

The Chinese version of the cervical cancer screening belief scale

The Chinese version of the cervical cancer screening belief scale was developed by Lei (2015) from the Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test (Guvenc, Akyuz, & Açikel, 2011). This instrument includes 32 items with five dimensions including health behavior,

perceived susceptibility, perceived severity, perceived barriers, and perceived benefits. In this study, four dimensions including perceived threat (combined perceived susceptibility and perceived severity), perceived barriers, and perceived benefits were used. Therefore, the instrument used in this study included 23 items. The information on each dimension is presented as follows:

1) The perceived threat of cervical cancer

Perceived threat was measured using the perceived susceptibility and perceived severity subscale of the Chinese version of the cervical cancer screening belief scale (Lei, 2015). The scale contains 10 items, scored on a 5-point Likert scale, with 1 indicating "strongly disagree," 2 indicating "disagree," 3 indicating "uncertain," 4 indicating "agree," and 5 indicating "strongly agree." Total scores ranged from 10 to 50, with higher scores indicating greater perceived threat. The Cronbach's alpha of this scale was .867.

2) The perceived benefits of cervical cancer screening

The perceived benefits were measured using the perceived benefits subscale of the Chinese version of the cervical cancer screening belief scale (Lei, 2015). This subscale contains four items, scored on a 5-point Likert scale, with 1 indicating "strongly disagree," 2 indicating "disagree," 3 indicating "uncertain," 4 indicating "agree," and 5 indicating "strongly agree." Total scores ranged from 4 to 20 points, with higher scores indicating greater perceived benefits. The Cronbach's alpha of this subscale was .718.

3) The perceived barriers to cervical cancer screening

Perceived barriers were measured using the perceived barriers subscale of the Chinese version of the cervical cancer screening belief scale (Lei, 2015). This subscale contains 9 items scored on a 5-point Likert scale, with 1 indicating "strongly disagree," 2 indicating "disagree," 3 indicating "uncertain," 4 indicating "agree," and 5 indicating "strongly agree." Total scores ranged from 9 to 45 points, with higher scores indicating greater perceived barriers. The Cronbach's alpha of this subscale was .914.

4) The Chinese version of the cervical cancer screening self-efficacy scale

Self-efficacy was measured using the Chinese version of the cervical cancer screening self-efficacy scale (Liang et al., 2014). The instrument includes 16 items, each scored on a 5-point Likert scale ranging from 1 to 5 (1 = definitely not, 2 = unlikely, 3 = probably, 4 = very likely, 5 = definitely). Total scores ranged from 16 to 80, with higher scores indicating greater self-efficacy for cervical cancer screening uptake. The Cronbach's alpha of this scale was .962.

Protection of human rights

This study was approved by the Institutional Review Board of Burapha University (Protocol code G-HS023/2565) and the Ethics Committee of the First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University (Protocol code KY2022-096). Written and verbal informed consent was obtained from all participants, and their anonymity was preserved.

Data collection

Data were collected at a rate of 10-12 samples per day from June to December 2022. Written informed consents were obtained from participants who met the inclusion criteria and agreed to participate voluntarily. Self-administered questionnaires were then distributed. Each participant completed the full set of questionnaires in a private room, which took approximately 30 minutes.

Data Analysis

Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 26.0. Descriptive statistics were used to describe the demographic characteristics of the participants. A binary logistics regression model was conducted to examine the relationship between cervical cancer screening uptake and knowledge of cervical cancer, perceived threat, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy. Odds ratios (ORs) were calculated to assess the strength of associations between the independent variables and the dependent variable.

Results

The demographic characteristics of participants

A total of 240 women participated in the study. Participants ranged in age from 25 to 64 years, with a mean age of 37.5 years. The majority (61.7%) were between 30-49 years old. Regarding socioeconomic characteristics, 38.8% were unemployed, 43.3% had university-level education or higher, and 79.6% were married.

Several cervical cancer risk factors were assessed among the participants: 3.4% reported having three or more sexual partners, 4.2% had three or more children, and 1.3% reported first sexual intercourse before age 18. Additionally, 2.9% had used hormonal contraceptives for more than five years, 4.6% had a history of smoking, 4.6% reported a family history of cervical cancer, and 1.3% had a history of sexually transmitted disease.

Description of uptake of cervical cancer screening, knowledge of cervical cancer, perceived threat, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy.

Uptake of cervical cancer screening

Table 1 presents the frequency distribution of cervical cancer screening uptake among the study participants (n = 240). The findings reveal that 152 (63.3%) of the participants had undergone cervical cancer screening at least once, while 88 (36.7%) had never been screened for cervical cancer.

Table 1. Frequency and percentage of the uptake of cervical cancer screening (n = 240)

Uptake of cervical cancer screening	Number (n)	Percentage (%)
Have been screened for cervical cancer		
Yes	152	63.3
Never done	88	36.7

Descriptive statistics of independent variables

Table 2 presents the descriptive statistics of the independent variables examined in this study (n = 240). Knowledge scores ranged from 0 to 10 (possible range: 0-10), with a mean of 6.18 (SD = 2.54). Perceived threat scores ranged from 10 to 48 (possible range: 10-50), with a mean of 32.02 (SD = 5.65). Perceived benefit scores ranged from 7 to 20 (possible range: 4-20), with a mean of 15.65 (SD = 2.08). Perceived barriers scores ranged from 9 to 27 (possible range: 9-45), with a mean of 17.47 (SD = 3.99). Self-efficacy scores ranged from 16 to 80 (possible range: 16-80), with a mean of 61.92 (SD = 16.08).

Table 2. Mean and standard deviation of the independent variables (n = 240)

Independent variables	Possible score	Actual score	Mean	Standard deviation
Knowledge	0 - 10	0 - 10	6.18	2.54
Perceived threat	10 - 50	10 - 48	32.02	5.65
Perceived benefits	4 - 20	7 - 20	15.65	2.08
Perceived barriers	9 - 45	9 - 27	17.47	3.99
Self-efficacy	16 - 80	16 - 80	61.92	16.08

Factors Associated with uptake of cervical cancer screening

Table 3 presents the results of the logistic regression analysis examining factors including knowledge of cervical cancer, perceived threat, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy significantly associated with cervical cancer screening uptake (n = 240). The analysis revealed that all variables explained approximately 27.2% of the variance in cervical cancer screening uptake (Nagelkerke R^2 = .272). Notably, perceived barriers was a significant predictor of cervical cancer screening uptake (B = -0.122, SE = 0.047, p = .010, OR = 0.885, 95% CI: 0.807-0.971). This negative association indicates that for each unit increase in perceived barriers score, the odds of undergoing cervical cancer screening decreased by 11.5%.

Self-efficacy demonstrated a strong positive association with cervical cancer screening uptake (B = 0.059, SE = 0.011, p < .001, OR = 1.060, 95% CI: 1.038-1.083). This suggests that for each unit an increase in self-efficacy score, the odds of undergoing cervical cancer screening increased by 6.0%.

Perceived benefits approached statistical significance (B = -0.171, SE = 0.091, p = .059, OR = 0.842, 95% CI: 0.705-1.007), suggesting a potential negative relationship with screening uptake. Knowledge of cervical cancer (p = .559) and perceived threat (p = .370) were not significantly associated with cervical cancer screening uptake in this sample.

The results clearly showed that lower perceived barriers and higher self-efficacy were significantly associated with increased odds of cervical cancer screening uptake in the study population, while knowledge and perceived threat did not show significant associations.

Table 3. Logistic regression analysis of factors associated with cervical cancer screening uptake (n = 240)

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
Knowledge of cervical cancer	.038	.065	.341	1	.559	1.038	.915	1.178
Perceived threat	.025	.028	.804	1	.370	1.025	.971	1.082
Perceived benefits	-.171	.091	3.562	1	.059	.842	.705	1.007
Perceived barriers	-.122	.047	6.651	1	.010*	.885	.807	.971
Self-efficacy	.059	.011	30.162	1	<.001**	1.060	1.038	1.083
Constant	.834	2.002	.174	1	.677	2.302		

* $p < .05$, ** $p <. 001$

Nagelkerke R^2 = .272; Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2(8) = 6.341$, $p = .609$

Discussion

The findings of this study are discussed based on research objectives and hypothesis as follows.

Uptake of cervical cancer screening among women in Wenzhou, China

In this study, the uptake of cervical cancer screening (UOCCS) rate among the study participants was 63.3% which was higher than the previous screening rate in Wenzhou (Meteor, 2021; Zheng, 2019, 2020). The result of this study can be explained based on HBM, which posits that demographic characteristics (e.g., age, work, education level) are related to the UOCCS (Champion & Skinner, 2008).

In this study, 61.7% of the participants were 30-49 years old, 43.3% had a bachelor's degree or higher, and 61.2% were employed. A study found that women aged 30–49 years were more likely to undergo cervical cancer screening than women in other age groups (Bao et al., 2018). One study found that women with higher education were more likely to be screened for cervical cancer than women with no formal education (AORs = 9.85, 95% CI: 4.12-23.54), and women who were working were more likely to be screened than women who were unemployed (AORs = 1.49, 95% CI: 1.09-2.04) (Okyere, Ayebeng, & Dickson, 2024).

Our findings align with these previous studies, suggesting that the relatively high screening uptake observed in our sample may be attributed to the demographic composition of our participants, with a majority falling into age and socioeconomic categories associated with greater likelihood of screening. The higher proportion of women with university education and employment in our sample may partially explain the improved screening rates compared to previous studies in Wenzhou.

Factors Associated with uptake of cervical cancer screening

The results showed that perceived barriers and self-efficacy were significantly associated with increased odds of cervical cancer screening uptake in the study population, while knowledge and perceived threat did not show significant associations.

Perceived barriers and the uptake of cervical cancer screening

In this study, perceived barriers could significantly predict the UOCCS (OR = 0.885, 95% CI: 0.807-.971; p <.05). The finding indicated that participants with higher perceived barriers score were less likely to undergo cervical cancer screening (CCS), which is consistent with the result of previous study (Yirsaw et al., 2024). This indicates that by understanding women's barriers to CCS and helping them reduce these barriers could help to improve the cervical cancer screening uptake in the future. In this study, 3.8% of women never had a screening because they did not have time. HPV testing on self-collected vaginal samples can be recommended for such women (Parker et al., 2024).

The odds ratio of 0.885 suggests that for each unit increase in perceived barriers score, the odds of undergoing cervical cancer screening decreased by 11.5%. This finding underscores the importance of addressing women's perceived barriers as a strategy to enhance screening participation. Future interventions could focus on reducing logistical barriers, such as time constraints and access issues, as well as addressing psychological barriers like fear and embarrassment that may prevent women from seeking screening services.

Self-efficacy and the uptake of cervical cancer screening

Self-efficacy was referred to as confidence in one's ability to act in the Health Belief Model (HBM). In this study, the higher the self-efficacy in women, the more likely they were to undergo cervical cancer screening (OR = 1.060, 95% CI: 1.038-1.083; p < .001), which is consistent with the results of previous study (Yirsaw et al., 2024). The odds ratio of 1.060 indicates that for each unit increase in self-efficacy score, the odds of undergoing cervical cancer screening increased by 6.0%. This strong association (p < .001) highlights self-efficacy as one of the most significant predictors of screening behavior in our study. Interventions that focus on building women's confidence in their ability to navigate the screening process, communicate with healthcare providers, and understand screening results could be particularly effective. Tailored educational programs that address specific concerns and barriers while emphasizing the benefits and manageability of screening could help promote awareness and attitudes, enhance self-efficacy, and subsequently improve screening uptake rates among women.

Knowledge of cervical cancer and the uptake of cervical cancer screening

In this study, knowledge of cervical cancer was not significant for the uptake of cervical cancer screening (OR = 1.038, 95% CI: 0.915–1.178; p > .05). This is not consistent with the results of previous studies (Al-Ani et al., 2024; Yirsaw et al., 2024). The reason for the inconsistent results may be related to the data collection setting. A study showed that women who had health professionals as a source of information were 1.8 times more likely to have cervical cancer screening (AOR = 1.8, 95% CI: 1-3.2) than women who did not (Getachew et al., 2019).

The lack of significant association between knowledge and screening uptake in our study suggests that knowledge alone may be insufficient to drive screening behavior among women in Wenzhou. This finding highlights the complex nature of health decision-making, where factors beyond knowledge such as barriers and self-efficacy may play more critical roles in determining whether women undergo cervical cancer screening. Additionally, the quality and source of knowledge, rather than just its presence, may be more influential. As indicated by Getachew et al. (2019), the source of information (particularly from health professionals) appears to be an important factor in screening decisions, suggesting that how knowledge is conveyed may be as important as the knowledge itself.

Perceived threat and the uptake of cervical cancer screening

In this study, the perceived threat was not significant for cervical cancer screening uptake (OR = 1.025, 95% CI: 0.971-1.082; $p > .05$), which is inconsistent with the results of previous studies (Khoshnazar, Tarrahi, & Shahnazi, 2024; Yirsaw et al., 2024). The differences in the results of each study may be related to the different regions where each study was conducted. The perceived threat was also affected by women's age, education level, and knowledge of cervical cancer (Yadav, Dobe, Paul, & Taklikar, 2022). In this study, 11.7% of participants didn't know about cervical cancer screening, and 5% thought they were healthy and didn't know the threat of cervical cancer. This suggests that interventions to enhance education about the threat of cervical cancer may be an important lever to increase screening among women.

The non-significant association between perceived threat and screening uptake in our study population may reflect cultural or contextual factors specific to women in Wenzhou. Risk perception is shaped by sociocultural factors and may manifest differently across populations. Additionally, the relatively high education level of our sample (43.3% with university education or higher) might influence how threat is conceptualized and acted upon. The finding that some participants considered themselves too healthy to need screening points to a potential misconception about cervical cancer risk that could be addressed through targeted educational campaigns emphasizing that cervical cancer can develop without obvious symptoms and that screening is valuable for asymptomatic individuals.

Perceived benefits and the uptake of cervical cancer screening

In this study, the perceived benefits were not significant for the uptake of cervical cancer screening (OR = 0.842, 95% CI: 0.705-1.007; $p > .05$), which is inconsistent with the results of previous studies (Al-Ani et al., 2024; Khoshnazar et al., 2024; Yirsaw et al., 2024). This may be related to perceived benefits being affected by perceived barriers. According to the HBM, when perceived barriers outweigh benefits, women are less likely to undergo screening. This indicates that fully understanding the screening barriers faced by women, providing specific assistance to reduce these barriers, and enhancing education on the benefits of screening will be conducive to increasing the cervical cancer screening rate. It is worth nothing that while not statistically significant, the perceived benefits variable approached significance ($p = 0.059$) and showed an odds ratio of 0.842, suggesting a potential negative association with screening uptake. This contradictory (where higher perceived benefits scores were associated with lower screening likelihood) warrants further investigation. It may

reflect measurement issues, response biases, or complex interactions with other variables such as perceived barriers. Alternatively, it could indicate that women who perceive many benefits but have not been screened may be those who face substantial barriers that prevent them from acting on their positive beliefs about screening.

In conclusion, the findings partially support the Health Belief Model by highlighting the significant roles of perceived barriers and self-efficacy in prediction cervical cancer screening uptake. While other components such as perceived threat and knowledge were not significant, their influence might be mediated through more proximal like self-efficacy.

The results suggest that intervention aiming to reduce perceived barriers and enhance women's confidence in their ability to undergo screening may be particularly effective in promoting cervical cancer screening uptake.

Implication of the findings

This study provides helpful information about the uptake of cervical cancer screening (UOCCS) and its related factors among women in Wenzhou, China. This information provides a basis for the development of targeted interventions to reduce barriers and increase self-efficacy to promote better UOCCS among women. The findings highlight that interventions focused on reducing perceived barriers and enhancing self-efficacy may be most effective in improving screening rates. Healthcare providers and public health officials in Wenzhou could use these findings to design educational programs and services that specifically address common barriers to screening and build women's confidence in their ability to navigate the screening process.

Recommendations for future nursing research

The study enrolled participants from only one physical examination center in Wenzhou. Thus, the findings may not be representative for other women groups of the entire Wenzhou area of China. To generalize the results to women in Wenzhou, we recommend that this study should be replicated in multiple settings. Future research should also consider employing mixed methods approaches to gain deeper insights into how perceived barriers and self-efficacy influence screening decisions. Longitudinal studies could help determine the long-term effects of educational interventions designed to reduce barriers and enhance self-efficacy on cervical cancer screening rates. Additionally, investigating the seemingly counterintuitive relationship between perceived benefits and screening uptake observed in this study could provide valuable insights for developing more effective health promotion strategies.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge Burapha University, Thailand, Wenzhou Medical University, and the First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University for supporting this study. We also thank all the participants for their cooperation and willingness. This research was supported by the Wenzhou Basic Science Research Program (KY2022-096).

Conflict of Interests:

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

Al-Ani, A., Hammouri, M., Sultan, H., Al-Huneidy, L., Mansour, A., & Al-Hussaini, M. (2024). Factors affecting cervical screening using the health belief model during the last decade: A systematic review and meta-analysis. *Psycho- Oncology, 33*(1), e6275.

Bao, H., Zhang, L., Wang, L., Zhang, M., Zhao, Z., Fang, L., . . . Wang, L. (2018). Significant variations in the cervical cancer screening rate in China by individual-level and geographical measures of socioeconomic status: A multilevel model analysis of a nationally representative survey dataset. *Cancer Medicine, 7*(5), 2089-2100.

Brisson, M., Kim, J. J., Canfell, K., Drolet, M., Gingras, G., Burger, E. A., . . . Boily, M.-C. (2020). Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: A comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet, 395*(10224), 575-590.

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008) The health belief model. In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). *Health behavior and health education; Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45-65). San Francisco: Jossey-Bass/Wiley.

Client, W. N. (2023). *In 2023, Wenzhou "two cancers" free screening started! Last year, more than 150,000 women in urban and rural areas received the "two cancer screening" and 846 of them were abnormal*. Retrieved from https://wjw.wenzhou. gov.cn/art/2023/4/14/art_1229459404_58914626.html

Dsouza, J. P., Broucke, S. V. d., Pattanshetty, S., & Dhoore, W. (2022). A comparison of behavioural models explaining cervical cancer screening uptake. *BMC Women's Health, 22*(1), 235.

Emereonye, C. F., Areloegbe, S. E., Oladele, C. A., Akpor, O. A., & Olaniyi, K. S. (2025). The role of cervicovaginal microbiome in the pathogenesis of cervical cancer. *Indian Journal of Gynecologic Oncology, 23*(1), 1-11.

Getachew, S., Getachew, E., Gizaw, M., Ayele, W., Addissie, A., & Kantelhardt, E. J. (2019). Cervical cancer screening knowledge and barriers among women in Addis Ababa, Ethiopia. *PloS One, 14*(5), e0216522.

Guvenc, G., Akyuz, A., & Açikel, C. H. (2011). Health belief model scale for cervical cancer and pap smear test: Psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing, 67*(2), 428-437.

Khoshnazar, M. S., Tarrahi, M. J., & Shahnazi, H. (2024). Impact of virtual education based on health belief model on cervical cancer screening behavior in middle-aged women: A quasi-experimental study. *Cancer Reports, 7*(4), e2058.

Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika, 2*(3), 151-160.

Lei, W. (2015). S*tudy on reliability and validity analysis of health belief scale used in screening for cervical cancer with cytology smear*. (Master's thesis). Taishan Medical College, Medical and Health Technology.

Li, L., Hongguang, W., Sulian, Y., Xixi, Z., & Chune, M. (2013). Comparative analysis of cervical cancer screening results and prevention knowledge questionnaire survey in Suzhou district. *Chinese Primary Health Care, 27*(9), 67-69. doi:10.3969/j.issn.1001-568X.2013.09.0026

Liang, J., qian, X., Zhang, X., Jiang, S., Xu, A., & Xu, C. (2014). Analysis on reliability and validity of cervical cancer screening self - efficacy scale. *Maternal and Child Health Care in China, 29*(06), 923-926.

Liu, X., Wang, Y., Gao, B., Lu, X., Wang, Y., & Lu, W. (2025). Modeling optimal combination of breast and cervical cancer screening strategies in China. *BMC Women's Health, 25*, 56.

Mertler, C. A., Vannatta, R. A., & LaVenia, K. N. (2021). *Advanced and multivariate statistical methods: Practical application and interpretation*. New York : Routledge.

Meteor, L. t. t. f. o. t. (2021). *2021 Latest news of Free screening for two cancers in Wenzhou (list of maternal and child health care institutions in wenzhou)*. Retrieved from http://wz.bendibao.com/news/2021413/52540.shtm

Monk, B. J., Tan, D. S., Chagüi, J. D. H., Takyar, J., Paskow, M. J., Nunes, A. T., & Pujade-Lauraine, E. (2022). Proportions and incidence of locally advanced cervical cancer: A global systematic literature review. *International Journal of Gynecological Cancer, 32*(12), 1531-1539.

Morowatisharifabad, M. A., Momayyezi, M., & Ghaneian, M. T. (2012). Health belief model and reasoned action theory in predicting water saving behaviors in Yazd, Iran. *Health Promotion Perspectives, 2*(2), 136.

Okyere, J., Ayebeng, C., & Dickson, K. S. (2024). Factors associated with age at first screening for cervical cancer among adult Cape Verdean women: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 24*(1), 2444.

Parker, S. L., Amboree, T. L., Bulsara, S., Daheri, M., Anderson, M. L., Hilsenbeck, S. G., . . . Deshmukh, A. A. (2024). Self-sampling for human papillomavirus testing: Acceptability in a US safety net health system. *American Journal of Preventive Medicine, 66*(3), 540-547.

Pötter, R., Tanderup, K., Schmid, M. P., Jürgenliemk-Schulz, I., Haie-Meder, C., Fokdal, L. U., . . . Segedin, B. (2021). MRI-guided adaptive brachytherapy in locally advanced cervical cancer (EMBRACE-I): A multicentre prospective cohort study. *The Lancet Oncology, 22*(4), 538-547.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: *A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209-249.

Wenzhou Maternal and Child Health Hospital. (2024). *In 2024, Wenzhou will implement free cervical and breast cancer (hereinafter referred to as "two cancers") screening for urban and rural*. Retrieved from https://wjw.wenzhou.gov.cn/art/2024/10/24/art_1229459409_58918004.html

Woldetsadik, A. B., Amhare, A. F., Bitew, S. T., Pei, L., Lei, J., & Han, J. (2020). Socio-demographic characteristics and associated factors influencing cervical cancer screening among women attending in St. Paul's Teaching and Referral Hospital, Ethiopia. *BMC Women's Health, 20*(1), 1-9.

World Health Organization [WHO]. (2024). *WHO guideline for screening and treatment of Cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of dual-stain cytology to triage women after a positive test for human papillomavirus (HPV)*: World Health Organization.

Yadav, A., Dobe, M., Paul, B., & Taklikar, C. (2022). A cross-sectional study on assessment of perceived threat to cervical cancer using health belief model among women in a slum area of Kolkata. *Journal of education and health promotion, 11*, 124. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_392_21

Ye, S., & Yang, L. (2025). *Wenzhou urban and rural women "two cancers" free screening, start*. Retrieved from https://news.66wz.com/system/2025/02/24/105673690.shtml

Yirsaw, A. N., Tefera, M., Bogale, E. K., Anagaw, T. F., Tiruneh, M. G., Fenta, E. T., . . . Jemberu, L. (2024). Applying the Health Belief Model to cervical cancer screening uptake among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer, 24*(1), 1-13.

Yuan, M., Zhao, X., Wang, H., Hu, S., & Zhao, F. (2023). Trend in cervical cancer incidence and mortality rates in China, 2006–2030: A Bayesian age-period-cohort modeling study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 32*(6), 825-833.

Yue, Z. (2016). *Definition of detachment, withdrawal, and loss of follow-up in clinical trials. Chinese Radiation Therapy Oncology Group*. Retrieved from http://www.crtog.org/v6-4431.html

Zhang, M., Wang, L., Zhang, X., Li, C., Zhao, Z., Yu, M., . . . Wang, L. (2025). Cervical Cancer Screening Rates Among Chinese Women—China, 2023-2024. *China CDC Weekly, 7*(10), 321.

Zheng, R. (2019). *Wenzhou to launch 2019 "two cancer" free screening will benefit 159,000 people*. Retrieved from http://news.66wz.com/system/2019/03/08/ 105152788.shtml

Zheng, R. (2020). *Wenzhou launches free cancer screening in 2020. Wenzhou Business News*. Retrieved from http://www.wenzhou.gov.cn/art/2020/3/31/art_1217832_42438763.html

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

ชลธิชา ชลสวัสดิ์, ศษ.ด.[1] กัลนิกา แสงชัย, พย.ม.[1]* สุลี ทองวิเชียร, ส.ด.[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาล ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 210 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง 5) แบบประเมินการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต และ 6) แบบประเมินความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93, 0.90, 0.87, 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ความเครียด และการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 65.80 (R^2 = 0.658) (p < .001) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเครียด (β = .721, p < .001) การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต (β = -.244, p < .001) ดังนั้น อาจารย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ควรพัฒนากิจกรรมที่มุ่งเน้นการลดระดับความเครียดควบคู่กับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้กับนักศึกษากลุ่มนี้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต นักศึกษาพยาบาล

---

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: suppapon@hotmail.com

Received 06/09/2025 Revised 21/12/2025 Accepted 28/12/2025

Factors Predicting Depression Among Nursing Students at a Private University

Chonticha Chonsawat, Dr. Ed.D.[1], Kanika Sangchai, MNS.[1]*, Sulee Tongvichean, Dr. P.H.[2]

Abstract

This descriptive correlational-predictive research aimed to examine factors predicting depression among nursing students at a private university. The sample consisted of 210 nursing students during the 2025 academic year, selected through simple random sampling. Research instruments included questionnaires on depression, stress, self-efficacy, resilience, and multidimensional perceived social support. The reliability of these instruments, assessed using Cronbach's alpha coefficients, was 0.93, 0.90, 0.87, 0.95, and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that stress and resilience were significant predictors of depression, jointly explaining 65.8% of the variance (R^2 = 0.658, $p < .001$). Specifically, stress showed a positive association with depression (β = .721, $p < .001$). Whereas resilience demonstrated a negative association (β = -.244, $p < .001$). Therefore, nursing instructors and relevant stakeholders should develop interventions focusing on stress reduction combined with resilience enhancement to effectively mitigate depression in this student population.

Key words: Depression, Stress, Resilience, Nursing students

[1] Lecturer, Faculty of Bangkokthonburi University

[2] Associate Professor, Faculty of Bangkokthonburi University

* Corresponding author e-mail: suppapon@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ เศร้า หมอง ไร้ความสุข และท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Morgan & Townsend, 2020) ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงและมีความสำคัญในระดับโลก รวมถึงประเทศไทย รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน โดยกลุ่มที่น่ากังวลที่สุดคือกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Mental Health, 2023)

นักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนรัก การวางแผนอนาคตและอาชีพ และความคาดหวังในการเตรียมความพร้อมสู่บทบาทผู้ใหญ่ (Department of Mental Health, 2023) หากไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกัน อาจไม่สามารถสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาที่กำหนด หรือประสบความล้มเหลวทางวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Wagner et al., 2022) และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Meuangkhwa, Chaniang, & Klongdee, 2021) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยจึงเป็นประเด็นท้าทายที่สถาบันการศึกษาในประเทศไทยจำเป็นต้องให้ความสำคัญ

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญการปรับตัวเข้าสู่ระบบการเรียนที่เข้มข้น ครอบคลุมทั้งการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวังสูงเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย (Chatrung, Mahaprom, Kerdmuang, & Suwanchareon, 2022) นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังต้องรับผิดชอบต่อการเตรียมความรู้ การค้นคว้า และการเข้าร่วมกิจกรรมในมหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความกดดันและภาวะเครียดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Klongdee & Chaniang, 2021) สำหรับบริบทของมหาวิทยาลัยเอกชน นักศึกษาพยาบาลมักเผชิญกับปัจจัยกดดันเฉพาะด้าน โดยเฉพาะภาระค่าใช้จ่ายทางการศึกษาที่สูงกว่ามหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งนำไปสู่ความคาดหวังที่สูงจากครอบครัวในการสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Aziz et al. (2025) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านเศรษฐานะและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระทางการเงินเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษากลุ่มนี้ แม้มีงานวิจัยจำนวนมากศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล แต่ส่วนใหญ่มักศึกษาในบริบทของสถาบันการศึกษาในกำกับของรัฐ ทำให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนปัญหาภายใต้ปัจจัยกดดันเฉพาะของมหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในบริบทนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารและอาจารย์ที่ปรึกษาในการออกแบบโปรแกรมเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษาได้อย่างตรงประเด็น

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางและรุนแรงในหลายมิติ โดยในด้านการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามักประสบปัญหาด้านกระบวนการคิด สมาธิ และความจำลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ต่ำลงและขาดความกระตือรือร้นในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ซึ่งความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในการพยาบาลอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจนำไปสู่การพักการเรียนหรือการพ้นสภาพนักศึกษา (Meuangkhwa, Chaniang, & Klongdee, 2021) นอกจากผลกระทบด้านการเรียนแล้ว ภาวะซึมเศร้ายังสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงที่สุดคือการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของเยาวชนไทยในปัจจุบัน ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยปี 2566 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าเยาวชนกลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดในทุกช่วงวัย โดยมีอัตราสูงถึง 116.81 ต่อแสนประชากร (Department of Mental Health, 2023) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วน

ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทของมหาวิทยาลัยเอกชนซึ่งมีปัจจัยกดดันเฉพาะด้าน อาทิ ความคาดหวังสูงจากครอบครัว ภาระค่าธรรมเนียมการศึกษา และความเครียดสะสมจากการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก (Chatrung, Mahaprom, Kerdmuang, & Suwanchareon, 2022) ปัจจัยเหล่านี้อาจทำหน้าที่กระตุ้นบุคคลที่เปราะบางทางจิตใจ ให้แสดงอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายในที่สุด ด้วยเหตุนี้ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญเร่งด่วน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือทางจิตวิทยาที่สอดคล้องกับปัญหาจริงของนักศึกษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความเปราะบางและปัจจัยกระตุ้นความเครียด (Diathesis-stress Model) ของ Monroe and Simons (1991) เพื่ออธิบายกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเปราะบางภายในบุคคล และปัจจัยกระตุ้นความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ ความเครียดจากการเรียนพยาบาลและบริบทเฉพาะของมหาวิทยาลัยเอกชน ทำหน้าที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญมากที่สุด (Nway, Phetrasuwan, Putdivarnichapong, & Vongsirimas, 2023) ปัจจัยความเปราะบางภายใน (Diathesis) ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงสามารถเผชิญและรับมือกับปัญหาภายนอกได้ดีกว่า และมีโอกาสประสบกับภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ซึ่งมักมีความคิดเชิงลบโดยอัตโนมัติ (Demi, Ercan, & Erdoğan, 2022) 2) ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นศักยภาพที่ช่วยให้บุคคลยืนหยัดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พร้อมที่จะฟื้นตัวจากวิกฤติ (Grotberg, 1999) ปัจจัยปกป้องและลดแรงกระแทก (Buffer factor) คือการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ซึ่งช่วยลดผลกระทบด้านลบจากความเครียด และเสริมสร้างพลังใจผ่านการแบ่งปันและการได้รับความช่วยเหลือ (Klongdee & Chaniang, 2021)

ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอกชน ได้แก่ ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการใช้พัฒนารูปแบบ หรือแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ได้แก่ ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

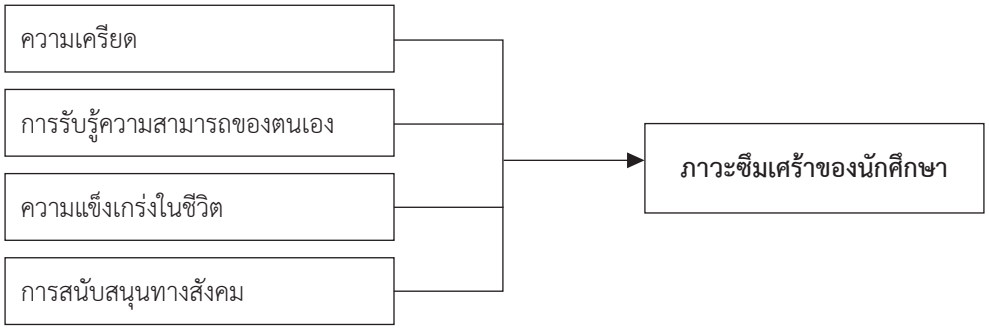
สมมติฐานการวิจัย

ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Diathesis-stress Model ของ Monroe and Simons (1991) ในการอธิบายปฏิสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยสภาวะแวดล้อมที่มีต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กำหนดให้ความเครียด (Stress) เป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอก (Environmental stressor) ตามแนวคิดทางชีวจิตสังคมของ Morgan and Townsend (2020) ซึ่งเชื่อว่าสภาวะความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรังในบริบทการเรียนพยาบาล ส่งผลกระทบโดยตรง

ต่อสมดุลทางอารมณ์และกระบวนการทำงานของระบบประสาท อันเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยความเปราะบางภายใน (Diathesis) ประกอบด้วย ได้แก่ 1) รับรู้ความสามารถของตนเอง ประยุกต์จากทฤษฎีของ Bandura (1997) เป็นความคิดหรือความรู้สึกที่บุคคลประเมินในความสามารถของตนเองที่จะทำสิ่งต่าง ๆ รวมถึงจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) ความแข็งแกร่งในชีวิต ประยุกต์จากแนวคิดของ Grotberg (1999) เป็นศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด สามารถฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นภาวการณ์ได้ในเวลารวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น กระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทำให้ตนเองผ่านพ้นจากภาวการณ์นั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ “I have” (ฉันมี) “I am” (ฉันเป็น) และ “I can” (ฉันทำได้) ปัจจัยปกป้องและลดแรงกระแทก (Buffer factor) คือการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกมากเพียงใด ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่แปลจาก Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ประกอบด้วยการรับรู้การสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ 3 แหล่งคือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ จากที่กล่าวมา สามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2568 จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1-4 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2568 จำนวน 210 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปี และทำการสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้นปี ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 55 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 45 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 56 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 54 คน เพื่อให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนด คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่อาจส่งผลต่อการตอบแบบสอบถาม 2) มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงหรือเรื้อรังที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G* power Test family: F test, Statistical test: Linear multiple regression fixed model, R^2 deviation from zero การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.08 ซึ่งอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง

ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ค่าความเชื่อมั่นของสถิติ (α error probability) เท่ากับ 0.05 และค่าพลังทางสถิติ (Power) เท่ากับ 0.90 เมื่อมีตัวแปรอิสระ 4 ตัว ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 198 ราย เพื่อป้องกันปัญหาการสูญเสียข้อมูล (Missing data) หรือการขาดการตอบแบบสอบถาม จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเผื่อไว้ร้อยละ 6 (Bell, Kenward, Fairclough, & Horton, 2013) รวมทั้งสิ้น 210 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D) ผู้วิจัยใช้ของ Kuptniratsaikul and Pekuman (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามใช้ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกด้านซึมเศร้า 2) ความรู้สึกด้านดี 3) อาการทางกาย และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น ประเมินในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คะแนน 3 คะแนน (ตลอดเวลา) จนถึง 0 คะแนน (ไม่เคย) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกข้อมารวมกัน คะแนนสูง หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 21 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (21-25 คะแนน) ระดับปานกลาง (26-34 คะแนน) ระดับรุนแรง (35-40 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (มากกว่า 40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของสวนปรุง (Suanprung StressTest-20) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ (Mahatnirunkul, Poompisanchai, & Tapunya, 1997) เป็นแบบประเมินความเครียดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความเครียดของคนไทย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนน 5 คะแนน (รู้สึกเครียดมากที่สุด) จนถึง 1 คะแนน (ไม่รู้สึกเครียดเลย) และถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึงมีความเครียดสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ เครียดน้อย (0-23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24-41 คะแนน) เครียดสูง (42-61 คะแนน) และเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีของ Bandura (1997) และปรับใช้เครื่องมือวิจัยของ Phoosuwan and Lundberg (2020) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ ระดับความยากและซับซ้อนของงาน และระดับความมั่นใจของบุคคล มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คะแนน 4 คะแนน (จริงมากที่สุด) จนถึง 1 คะแนน (ไม่เป็นความจริง) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10-40 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกข้อมารวมกัน คะแนนสูง หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็น 3 ระดับ คือการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-31 คะแนน) และระดับสูง (32-40 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience inventory) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1999) มีข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ 1) ฉันมี (I have) จำนวน 5 ข้อ 2) ฉันเป็น (I am) จำนวน 5 ข้อ และ 3) ฉันทำได้ (I can) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนน 5 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 15-75 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกข้อมารวมกัน คะแนนสูง หมายถึงมีการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (15-35 คะแนน) ระดับปานกลาง (36-56 คะแนน) ระดับสูง (57-75 คะแนน)

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support Thai version [Thai-MSPSS]) พัฒนาโดย Zimet,

Dahlem, Zimet, and Farley (1988) ผู้วิจัยใช้ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ที่แปลเป็นภาษาไทย สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งประโยชน์ 3 แหล่ง คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (1-7 คะแนน) คะแนน 7 คะแนน (เห็นด้วยอย่างมาก) จนถึง 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 12-84 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกข้อมารวมกัน คะแนนสูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ (12-35 คะแนน) ระดับปานกลาง (36-60 คะแนน) ระดับสูง (61-84 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยการปรับถ้อยคำและบริบทของภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือองค์ประกอบเดิมของแบบประเมิน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) และแบบประเมินความเครียด เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Standardized Instruments) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล และมีการตรวจสอบคุณภาพในประชากรไทยมาอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน 1) ภาวะซึมเศร้า 2) ความเครียด 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต และ 5) ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ0.93, 0.90, 0.87, 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอภายในสูง และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ COA 5/2568 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยยึดหลักการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วม ได้แก่ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การพิจารณาประโยชน์และความเสี่ยง รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล โดยก่อนการเก็บข้อมูล ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมจะลงนามในแบบฟอร์มแสดงเจตนารมณ์ และตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอเฉพาะในภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วม ในกรณีพบผู้เข้าร่วมที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะแนะนำช่องทางการเข้ารับคำปรึกษาและการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปีเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ ก่อนให้ลงนามเจตนารมณ์และตอบแบบสอบถามออนไลน์ ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และเนื่องจากต้องการคัดเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงใช้การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน เพศหญิง 202 คน (ร้อยละ 96.2) เพศชาย 8 คน (ร้อยละ 3.8) อายุเฉลี่ย 21.55 ปี (SD = 3.12)

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 149 คน (ร้อยละ 71.0) สำหรับกลุ่มที่มีสภาวะซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจำนวน 27 คน (ร้อยละ 12.9) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 9.0) ระดับรุนแรง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.8) และระดับรุนแรงมาก จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n = 210)

ระดับภาวะซึมเศร้า (ช่วงคะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 21 คะแนน)	149	71.0
ระดับเล็กน้อย (21-25 คะแนน)	27	12.9
ระดับปานกลาง (26-34 คะแนน)	19	9.0
ระดับรุนแรง (35-40 คะแนน)	8	3.8
ระดับรุนแรงมาก (> 40 คะแนน)	7	3.3
รวม	**210**	**100**

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .775$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = -.212$, $p < .01$; $r = -.404$, $p < .01$; $r = -.332$, $p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เรื่องภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) พบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง .139 ถึง .751 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (.80) สะท้อนว่าตัวแปรอิสระไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ซ้อนทับกันเอง จึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม (n = 210)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความเครียด	1.00				
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-.139*	1.00			
3. การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.222**	.532**	1.00		
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.150*	.311**	.751**	1.00	
5. ภาวะซึมเศร้า	.775*	-.212**	-.404**	-.332**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเครียด (β = .721) และการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต (β = -.244) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 65.8 (R^2 = 0.658, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 210)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	*P-value*
ค่าคงที่ (Constant)	16.440	2.368	-	6.943	< .001
1. ความเครียด	0.328	0.019	0.721	17.294	< .001
2. การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต	-0.205	0.035	-0.244	-5.843	< .001
R^2 = .658, Adj. R^2 = .654, df_1 = 2, df_2 = 207, F = 198.916, p < .001					

การสร้างสมการในรูปคะแนนดิบทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา = 16.440 + 0.328 (ความเครียด) - 0.205 (การรับรู้ความแข็งแกร่งของชีวิต)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ความเครียดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Beta = .721, p < .001) รองลงมาคือ การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต (Beta = -.244, p < .001) สามารถสร้างสมการในรูปคะแนนมาตรฐานทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ได้ดังนี้

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา}} = 0.721\ (Z_{\text{ความเครียด}}) - 0.244\ (Z_{\text{การรับรู้ความแข็งแกร่งของชีวิต}})$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 71.0) ทั้งนี้กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงมากรวมกันถึงร้อยละ 29.0 หรือประมาณ 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นว่าแม้ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ แต่ยังมีนักศึกษาจำนวนมากที่เผชิญความยากลำบากต่อบริบทการเรียนพยาบาล ข้อมูลนี้สอดคล้องกับอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวิชาชีพสุขภาพซึ่งมักสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นผลกระทบจากสภาวะกดดันสูงในหลักสูตรและการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก (Morgan & Townsend, 2020)

2. ผลการวิจัยพบว่าความเครียดและการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 65.8 สามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิด Diathesis-Stress Model ได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นความเครียด (Stressors) และปัจจัยความเปราะบางหรือต้นทุนทางจิตใจ (Diathesis) คือ การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนี้

ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Beta = .721) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดรอบด้าน ทั้งจากภาระงานวิชาการ การฝึกปฏิบัติทางคลินิกที่ต้องรับผิดชอบชีวิตผู้ป่วย และความกดดันส่วนบุคคล เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐานะและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระทางการเงิน (Aziz et al., 2025; Pulido-Criollo et al., 2018) ตามทฤษฎีของ Selye (1946) ความเครียดที่เรื้อรังและรุนแรงจะส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมาอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดเป็นตัวแปรต้นเหตุที่สำคัญ (Nway, Phetrasuwan, Putdivarnichapong, & Vongsirimas, 2023)

การรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต ทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องภายใน (Protective diathesis) ที่ช่วยลดผลกระทบจากความเครียด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้า (Beta = -.244, $p < .001$) ชี้ให้เห็นว่าความแข็งแกร่งในชีวิตทำหน้าที่เป็นกลไกทางจิตใจที่ยืดหยุ่น (Psychological resilience) ตามแนวคิด Diathesis-stress Model (Monroe & Simons ,1991) แม้นักศึกษาพยาบาลจะเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นความเครียด ในระดับที่สูงหรือเท่ากัน แต่บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถใช้ทรัพยากรภายในใจในการปรับตัวและฟื้นตัวจากสภาวะวิกฤตได้ดีกว่า ช่วยยับยั้งไม่ให้ความเครียดพยากรณ์ไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg (1999) ที่เสนอว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีองค์ประกอบสำคัญคือ I am (การตระหนักรู้และเชื่อมั่นในตนเอง) I can (ความสามารถในการจัดการปัญหาและควบคุมอารมณ์) และ I have (การรับรู้ว่ามีคนรอบข้างคอยสนับสนุน) คุณลักษณะเหล่านี้ช่วยให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ มักขาดความมั่นใจ ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ และรับรู้ว่าไม่มีผู้คอยช่วยเหลือ ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผลการศึกษานี้จึงยืนยันว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McDermott et al. (2020) ที่พบว่าปัจจัยความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 48

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่สะท้อนอยู่ในการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิต โดยเฉพาะในมิติของ “I can” ตามแนวคิดของ Grotberg (1999) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับอุปสรรค ดังนั้นเมื่อตัวแปรการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตซึ่งมีขอบเขตการอธิบายครอบคลุมทั้งมิติด้านจิตใจ อารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมได้เข้าสู่สมการแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงไม่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมอย่างมีนัยสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคม ไม่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการทำนาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมถูกบูรณาการ (Integrated) เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของ Grotberg (1999) ที่ระบุว่าการได้รับแรงสนับสนุนภายนอก (I have) เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่น (I am) และพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา (I can) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li, Zhao, and Cao (2022) ที่พบว่าในนักศึกษาพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้ลดภาวะซึมเศร้าโดยตรง แต่ทำหน้าที่เป็นปัจจัยนำที่ช่วยยกระดับความแข็งแกร่งในชีวิตให้สูงขึ้นก่อนส่งผลถึงภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด หรือการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าให้กับนักศึกษาพยาบาล
2. ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและการสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเข้ากับรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ควบคู่กับความรู้ทางวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

References

Aziz, S. Q. A., Taha, N. M., Sandramogan, Y., Kasim, N. M., & Harun, S. A. (2025). Financial issues and students' stress among private university students in Selangor, Malaysia. *International Journal of Research and Innovation in Social Science (IJRISS), 9*(4), 6982-6990. https://doi.org/10.47772/IJRISS.2025.90400514

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Bell, M. L., Kenward, M. G., Fairclough, D. L., & Horton, N. J. (2013). Differential dropout and bias in randomised controlled trials: When it matters and when it may not. *BMJ, 346*, e8668. doi.org/10.1136/bmj.e8668

Chatrung, C., Mahaprom, T., Kerdmuang, S., & Suwanchareon, S. (2022). Factors associated with depression in nursing students. *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok), 38*(3), 82-90. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/255677 [In Thai]

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Demi R, S., Ercan, F., & Erdoğan, E. (2022). Depression-related factors in nursing students: A path analysis. *Perspectives in Psychiatric Care, 58*(4), 2646-2652. doi.org/10.1111/ppc.13105

Department of Mental Health. (2024). *Report on the mental health situation of Thai people 2024*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]

Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Klongdee, K., & Chaniang, S. (2021). Factors predicting depression in nursing students at Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University. *Journal of the Police Nurses and Health Science, 13*(1), 148-157. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/247485 [In Thai]

Kuptniratsaikul, V., & Pekuman, P. (1997). The study of the center for epidemiologic studies-Depression (CES-D) in Thai people. *Siriraj Hosp Gaz, 49*(5), 442-448. [In Thai]

Li, Z., Zhao, J., & Cao, X. (2022). Resilience as a mediator between social support and depression among nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 108*, 105190. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105190

Mahatnirunkul, S., Poompisanchai, V., & Tapunya, P. (1997). Suanprung stress test-20. *Academic Psychiatry and Psychology Journal, 13*(3), 1-20. [In Thai]

McDermott, R. C., Cheng, H. L., Wong, J., Booth, N., & Leung, C. (2020). Resilience and depressive symptoms in emerging adulthood: The mediating role of negative cognitive style. *Journal of American College Health, 68*(2), 123-131. doi.org/10.1080/07448481.2018.1529573

Meuangkhwa, P., Chaniang, S., & Klongdee, K. (2021). Depression among Thai Undergraduate Students: The Critical Role of Higher Educational Institutions. *Journal of Nursing, Siam University, 21*(41), 104-116. doi.org/10.14456/jnsu.v21i41.244029 [In Thai]

Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin, 110*(3), 406-425. https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406

Morgan, K. I., & Townsend, M. C. (2020). *Pocket guide to psychiatric nursing* (11th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Nway, N. C., Phetrasuwan, S., Putdivarnichapong, W., & Vongsirimas, N. (2023). Factors contributing to depressive symptoms among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice, 68*, 103587. doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103587

Phoosuwan, N., & Lundberg, P. C. (2020). Knowledge, attitude and self-efficacy program intended to improve public health professionals' ability to identify and manage perinatal depressive symptoms: A quasi-experimental study. *BMC Public Health, 20*(1), 1926. doi.org/10.1186/s12889-020-10086-9. [In Thai]

Pulido-Criollo, F. P., Cueto-Escobedo, J., & Guillén- Ruiz, G. (2018). Stress in nursing university students and mental health. *Health and Academic Achievement, Blandina Bernal-Morales, Intech Open*. doi.org/10.5772/intechopen.72993

Selye, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology, 6*, 117-230. doi.org/10.1210/jcem-6-2-117

Wagner, F., Wagner, R. G., Kolanisi, U., Makuapane, L. P., Masango, M., & Gómez-Olivé, F. X. (2022). The relationship between depression symptoms and academic performance among first-year undergraduate students at a South African university: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 22*(1), 1-9. doi.org/10.1186/s12889-022-14517-7

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish journal of psychology, 15*(3), 1503-1509. doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39434 [In Thai]

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน

สหัทยา พรหมมา, พย.ม.[1] นฤมล ธีระรังสิกุล, Ph.D.[2]* จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D.[3]

บทคัดย่อ

โรคหอบหืดเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อทุกช่วงวัยโดยเฉพาะเด็กวัยเรียน เด็กวัยเรียนจึงควรได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดี วัตถุประสงค์ของวิจัยนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาล 2 แห่ง ในจังหวัดระยอง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ราย ด้วยการจับฉลาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน คือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองเด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = 5.24$, $p = .001$) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.01$, $p = .001$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดได้ด้วยตนเอง เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง/พฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด เด็กวัยเรียนโรคหอบหืด

---

[1] นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

[3] ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: teerarungsi@hotmail.com

Received 13/06/2025 Revised 15/11/2025 Accepted 28/12/2025

The Effect of Perceived Self-efficacy Enhancement Program on Asthma Control Behaviors among School Age Children

Sahattaya Promma, M.NS.[1], Narumon Teerarungsikul, Ph.D.[2]*, Chintana Wacharacin, Ph.D.[3]

Abstract

Asthma is a global health issue that affects people of all ages, particularly school-aged children. It is essential to promote perceived self-efficacy enhancement in school-aged children to encourage good disease management behavior. The purpose of this study was to examine the effects of a perceived self-efficacy enhancement program asthma control behaviors among school age children. The study involved school-aged children with asthma and their primary caregivers who received treatment at asthma clinics in two hospitals in Rayong province. Participants were selected based on specific criteria and randomly assigned to experimental and control groups, with 21 individuals in each group through a lottery process. The experimental group perceived self-efficacy enhancement program based on Bandura's self-efficacy theory, while the control group received standard nursing care. The research tool used for data collection was a perceived self-efficacy enhancement program asthma control behaviors among school age children and questionnaire assessing asthma control behavior in school-aged children, with a reliability score of .88. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results showed that after the intervention, children in the experimental group exhibited significantly higher asthma control behavior scores compared to the control group ($Z = 5.24$, $p = .001$) and their pre-program scores ($Z = 4.01$, $p = .001$) Based on the findings, it is recommended that nurses implement this program to help school-aged children control their asthma more effectively, reducing the risk of recurrent episodes.

Key words: Perceived Self-efficacy Enhancement Program, Asthma Control Behaviors, School Age Children, Asthma

[1] Student of Master degree of Nursing Science in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

[3] Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: teerarungsi@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหาวิจัย

โรคหอบหืด เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อทุกช่วงวัย มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ โดยเฉพาะในเด็ก แม้ว่าบางประเทศจะพบว่ามีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิตจากโรคหอบหืดลดลง แต่โรคหอบหืดยังคงส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพสังคมและครอบครัว (Global Initiative for Asthma [GINA], 2021) องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดทั่วโลกประมาณ 262 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา (World Health Organization [WHO], 2021) ปัจจุบันคาดว่ามีประชากรเด็กโรคหอบหืดทั่วโลกที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ถึงประมาณ 5.5 ล้านคน พบเด็กไทยเป็นโรคหอบหืดอยู่ระหว่างร้อยละ 9.8 ถึง ร้อยละ 13 หรือประมาณ 2 ล้านคน เป็นเด็กอายุ 6-12 ปี ร้อยละ 9.8 และประมาณร้อยละ 10-13 มีอาการหอบกำเริบในรอบปี (The Asthma Foundation of Thailand, 2021)

การควบคุมอาการของโรคหอบหืดถือเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งทำได้โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ มลพิษในอากาศ สารก่อภูมิแพ้ทางเดินหายใจ เช่น ไรฝุ่น แมลงสาบ สัตว์เลี้ยงมีขน และเชื้อรา เป็นต้น การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี รวมถึงการรักษาด้วยยาและวิธีร่วมอื่น ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยาพ่น ยาบรรเทาอาการ ยาควบคุมอาการ การล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย (Thai Pediatric Society, 2021) และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน ได้แก่ การมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ความถูกต้องของการใช้ยา ความสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Tangchiwattanakul, 2018) พฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดในเด็กต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างเด็ก และบุคลากรทางสุขภาพ แต่เนื่องจากเด็กแต่ละช่วงวัยมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเองแตกต่างกันไป เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่พร้อมจะเรียนรู้ และมีความคิดเชิงรูปธรรม เด็กจะมีความสามารถคิดเหตุผลและผลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ยึดอยู่เฉพาะการรับรู้ เด็กจะสามารถคิดย้อนกลับได้ และรู้จักแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ (Piaget, 2001) เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยเรียน เด็กสามารถทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กล่าวคือ เด็กวัยเรียน มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยมีผู้ปกครองเป็นผู้แนะนำแนวทางและควบคุมพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสม ส่วนอุปสรรคในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด คือ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ไม่เข้าใจแผนการรักษา และลืมใช้ยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง (Phontan & Preekamol, 2019) ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ปกครองเป็นผู้แนะนำแนวทาง และควบคุมพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เด็กให้กระทำ หรือปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อลดความรุนแรงของโรคจากอาการกำเริบของโรค จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (Ministry of Public Health, 2018) โดยพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ซึ่งอยู่ในขั้น ปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม (Concrete Operational Stage) ตามทฤษฎีของ Piaget นั้น เด็กมีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล เข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุและผล และสามารถเรียนรู้ทักษะที่ซับซ้อนได้ดี ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำจึงอาจไม่ได้มาจากการขาดความสามารถโดยทั่วไปของเด็ก แต่มาจากความซับซ้อนและข้อจำกัดของสถานการณ์จริงในการจัดการโรคหืด พฤติกรรมการจัดการโรคหืด เช่น การใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี, การเฝ้าระวังอาการกำเริบ, และการตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน เป็นทักษะที่ต้องการ ความแม่นยำสูง (Precision) และ ความสม่ำเสมอ (Consistency) ซึ่งข้อจำกัดของเด็กอาจอยู่ที่การหลงลืม การถูกรบกวน แรงกดดันจากเพื่อน หรือการไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้ยาเองที่โรงเรียนมากกว่าการไม่เข้าใจวิธีการ แม้เด็กจะเก่งในการเรียนรู้ แต่ทักษะในการจัดการโรคหืดเป็นทักษะเฉพาะ (Specific Skill) ที่อาจยังไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างเพียงพอในสถานการณ์จริง ทำให้ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง (Mastery Experience) ยังมีน้อย นำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามเด็กยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura (1997) นั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้น ถ้าเด็กโรคหอบหืดมีการรับรู้

ความสามารถตนเองในการควบคุมโรคหอบหืดได้สูง เด็กจะมีความกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดได้สำเร็จ ซึ่งการส่งเสริมให้เด็กมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเน้นให้เด็กป่วยโรคหอบหืด มีประสบการณ์และการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกฝนจนเกิดทักษะ จะทำให้เด็กมีความมั่นใจ และรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดได้ดีต่อไป

ในประเทศไทย พบการศึกษา ที่ศึกษาสมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ (Onthong et al., 2021) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = < .001) และพบการศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด เพียง 1 การศึกษา ของ Lamnoi, 2008) คือ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการการรับรู้ความสามารถของตน (Perceived self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนโรคหอบหืดเกิดพฤติกรรมการควบคุมโรค เนื่องจากการส่งเสริมความสามารถของตน เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง จะมีความอดทน อุตสาหะ และกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ การที่บุคคลจะสามารถพัฒนาความสามารถของตนได้ โดยการเตรียมพร้อมทางสภาพร่างกายและอารมณ์ การเรียนรู้จากการเห็นตัวแบบ การได้รับคำพูดชักจูงใจเพื่อให้กระทำพฤติกรรมตามตัวแบบและการมีประสบการณ์ที่สำเร็จจากการได้ลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง เด็กวัยนี้ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นและการยอมรับจากเพื่อน การได้รับกำลังใจหรือการชักชวนให้ทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจากเพื่อนย่อมส่งผลดีกว่าการได้รับคำสั่งจากผู้ใหญ่เพียงอย่างเดียว แต่การไปโรงเรียนมักมีข้อจำกัดอาจมีผลกระทบต่อ Self-Efficacy และ Verbal Persuasion เด็กมักถูกจำกัดในการพกพาและใช้ยาพ่นด้วยตนเอง เนื่องจากต้องได้รับอนุญาตจากครูหรือพยาบาลประจำโรงเรียน ซึ่งทำให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะการตัดสินใจ (Mastery Experience) ในสถานการณ์จริง เด็กไม่ต้องการให้เพื่อนเห็นว่าต้องใช้ยาหรือแตกต่างจากคนอื่น ทำให้เกิดการปกปิดอาการ (Hiding Symptoms) และไม่กล้าขอความช่วยเหลือ การชักจูงใจด้วยคำพูดในเด็กวัยเรียนต้องใช้ภาษาที่เป็นรูปธรรม (Concrete) และเน้นผลลัพธ์ที่เป็นจริงและทำได้ (Realistic Outcomes) และต้องผสานกับการสาธิต (Vicarious Experience) และการฝึกปฏิบัติจริง (Mastery Experiences) ในโปรแกรมตามแนวคิดของ Bandura และไม่ใช่เป็นผลมาจากการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว จึงให้เด็กวัยเรียนโรคหอบหืดสามารถสร้าง Self-Efficacy ที่ยั่งยืนได้ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดได้มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดอาการกำเริบรุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด ระหว่างกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด

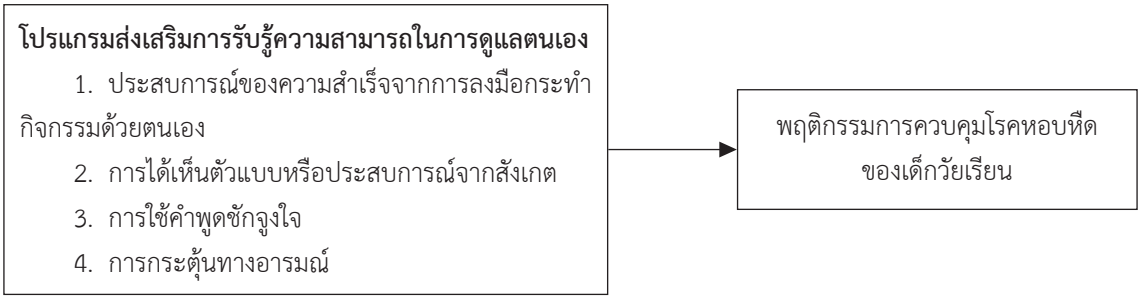
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรม โดยใช้ 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง คือ การให้เด็กได้ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเองจนสำเร็จ ซึ่งเป็นแหล่งสร้างความมั่นใจ ให้เด็กฝึกพ่นยา และใช้เครื่องวัด Peak Flow ซ้ำ ๆ อย่างถูกต้อง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากสังเกตการณ์ปฏิบัติกิจกรรมจากตัวแบบ (Vicarious experience: Modeling) คือ การให้เด็กสังเกตเห็นตัวแบบ หรือบุคคลที่คล้ายตนเอง สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ ให้เด็กดูวิดีโอ หรือการสาธิตจากเพื่อนวัยเดียวกันที่สามารถจัดการอาการและใช้ยาได้อย่างดี 3) การใช้คำพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) การโน้มน้าวหรือให้กำลังใจด้วยวาจาจากผู้ปกครองและพยาบาล ให้กำลังใจเชิงบวก 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) คือ การสอนให้จัดการกับสภาวะอารมณ์ความเครียด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการลงมือทำ สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อลดความกลัวเมื่อเริ่มมีอาการหอบกำเริบ ซึ่งทั้ง 4 กลยุทธ์ที่กล่าวมา จะช่วยเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดได้ดี สามารถเขียนสรุปกรอบแนวคิดได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่มีอายุ 8-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืด และผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหอบหืด ที่โรงพยาบาลปลวกแดง และโรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และมีแนวทางการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดเหมือนกัน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ที่มีอายุ 8-12 ปี และผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ ที่โรงพยาบาลปลวกแดง และคลินิกโรคหอบหืดในทุกวันพุธของสัปดาห์ ที่โรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง จำนวน 42 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดและมีระดับการควบคุมอาการได้บางส่วนหรือควบคุมไม่ได้ตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ.2564 ที่มีผู้ดูแลหลักมาด้วย
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่น เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เข้าใจภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีเครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น Smart phone และ IPad เป็นต้น

คุณสมบัติของผู้ดูแลหลัก

1. มีอายุมากกว่า 20 ปี
2. เป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดเมื่ออยู่บ้าน และพาเด็กเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบหืด
3. ไม่มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ระหว่างเข้าร่วมโครงการเด็กมีอาการกำเริบ เหนื่อย หอบ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เด็กไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้ง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ของเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 48.33 (SD = 3.217) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 38.26 (SD = 4.18) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 2.72 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จากนั้นนำไปเปิดตาราง ของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก จาก 2 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลนิคมพัฒนาเป็นกลุ่มควบคุม และโรงพยาบาลปลวกแดง เป็นกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของ Bandura (1997) มี 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากสังเกตการณ์ 3) การใช้คำพูดชักจูงใจ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ตามแนวคิด 4 กลยุทธ์

1.1 คู่มือในการควบคุมโรคหอบหืด เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหอบหืด การควบคุมอาการโรคหอบหืด ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการใช้ยา การใช้ยาอย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงสารก่อให้เกิดภูมิแพ้ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหอบหืด

1.2 วิดีโอเรื่อง ตัวแบบโรคหอบหืด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับการเกิด บุคคลที่พักอาศัยด้วย ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด การได้รับการวินิจฉัยการเป็นโรคหอบหืดครั้งแรก

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามมีทั้งหมด 27 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด แบ่งออกเป็น รายด้าน 6 ด้าน คือ 1) การมาตรวจตามนัด 4 ข้อ 2) ความสม่ำเสมอในการใช้ยา 3 ข้อ 3) ความถูกต้องของการใช้ยา 5 ข้อ 4) ความสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ 6 ข้อ 5) การรับประทานอาหาร 4 ข้อ 6) การออกกำลังกาย 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของเครื่องมือในการเก็บรวบรวม โดยการหาความตรงตามเนื้อหาวิจัย (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญประจำหอผู้ป่วย 1 ท่าน และกุมารแพทย์ 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงตาม คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ค่า CVI = 0.88

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลและทำการทดลองด้วยตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองใช้เวลา 10 นาที

3. จัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (วันที่แรกที่พบเด็ก) พบเด็กกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหอบหืดในเด็ก ให้เด็กตอบแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน (Pre-test) และเริ่มให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองแก่เด็กและผู้ดูแล โดยใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที และดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “หอบหืดอะไรเอ่ย” ใช้เวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 “กิจกรรมหอบหืดผ่านแอปพลิเคชัน” ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 (เด็กมาตรวจตามนัดอีก 1 สัปดาห์) พบเด็กกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหอบหืดในเด็ก ให้ผู้ปกครองและเด็กรับทราบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งหมดที่ทำให้ควบคุมอาการของโรคหอบหืดไม่ได้ของเด็กวัยเรียน และให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหอบหืด ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผ่านอุปกรณ์ Smart phone และ IPad ของเด็ก โดยใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที และดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 3 “กินเหมาะสมกำลังกายดี” ใช้เวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 4 “เจอแบบนี้ฉันเหนื่อยแน่” ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 (เด็กมาตรวจตามนัดอีก 1 สัปดาห์) พบเด็กกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหอบหืดในเด็ก ติดตามพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด คือ เรื่องการพ่นยาฉุกเฉินที่ถูกวิธีและประโยชน์จากการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคของเด็กวัยเรียนผ่านแอปพลิเคชัน โดยใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที ดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 5 “พ่นถูกคุมโรคได้” ใช้ เวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 6 “เขาทำได้ ฉันทำได้” ใช้ เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 (เด็กมาตรวจตามนัดอีก 1 สัปดาห์) พบเด็กกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหอบหืดในเด็ก เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด คือ เรื่องตัวแบบโรคหอบหืด ให้เด็กรับชมวิดีโอตัวแบบโรคหอบหืด เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนในเรื่องของพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของตนเอง (เป็นวิดีโอที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น) โดยใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที และดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 7 “ติ๊งต๊องต้องพ่นยา” ใช้เวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 (หลังจากครั้งที่ 4 นาน 1 สัปดาห์) โทรศัพท์ติดตามอาการของเด็กเพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 พบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหอบหืดในเด็ก เพื่อติดตามประเมินผลการทดลอง ใช้เวลา 40 นาที ให้เด็กตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน (post-test) กระตุ้นเตือนให้เด็กเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการกำเริบของโรคหอบหืดได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งแนะนำให้มาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยแจ้งให้เด็กและผู้ปกครองทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย การแจกแจง ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Chi-Square สถิติ Independent t-test และสถิติ Fisher’s Exact Test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดเด็กวัยเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-120/2566 วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักโดยทำการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักทราบ เมื่อเด็กและผู้ดูแลหลักยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยขอให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent) พร้อมทั้งชี้แจงผลของการเข้าร่วม หรือออกจากกลุ่มวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการทางการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาและได้รับการลงลายมือชื่อในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

เด็กกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.1 มีอายุเฉลี่ย 9.86 ปี (SD = 1.62) อายุอยู่ในช่วง 10-12 ปี ร้อยละ 52.4 ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 52.4 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 52.4 ส่วนเด็กกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1 มีอายุเฉลี่ย 9.29 ปี (SD = 1.27) อายุอยู่ในช่วง 8-9 ปี ร้อยละ 52.4 ระดับชั้น

ประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 52.4 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 66.7 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของเด็กระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้แก่ อายุ ลำดับบุตร เพศ ระดับการศึกษา และอายุของการได้รับวินิจฉัยโรคหอบหืดครั้งแรกของเด็ก พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เป็นมารดา ร้อยละ 81 อายุเฉลี่ย 33.67 ปี (SD = 5.11) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,285 บาท (SD = 7072) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 66.7 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ร้อยละ 61.9 และพบว่าเด็กได้รับวินิจฉัยโรคหอบหืดครั้งแรกของเด็ก เมื่อช่วงอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 76.2 อายุเฉลี่ย 2.81 ปี (SD=1.91) ส่วนผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เป็นมารดา ร้อยละ 52.4 อายุเฉลี่ย 35.75 ปี (SD = .444) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,428 บาท (SD = 5679) ส่วนใหญ่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 66.7 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ร้อยละ 71.4 และพบว่าเด็กได้รับวินิจฉัยโรคหอบหืดครั้งแรกของเด็ก เมื่อช่วงอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 2.86 ปี (SD = 1.26) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก รายได้ ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 105.28 (SD = 5.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การมาตรวจตามนัด และความสม่ำเสมอในการใช้ยาโดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.57 (SD = 0.81) และ 13.61 (SD = 0.86) ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความถูกต้องในการใช้ยา ความสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.38 (SD = 2.33), 22.19 (SD = 3.07), 15.80 (SD = 1.72) และ 16.71 (SD = 3.36) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.09 (SD = 5.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การมาตรวจตามนัด และความสม่ำเสมอในการใช้ยาโดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.42 (SD = 0.97) และ 13.57 (SD = 1.50) ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความถูกต้องในการใช้ยา ความสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.23 (SD = 2.89), 22.09 (SD = 3.08), 14.66 (SD = 1.31) และ 16.09 (SD = 2.44) ตามลำดับ

หลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 121.71 (SD = 3.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ การมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ความถูกต้องในการใช้ยาความสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.80 (SD = 0.51), 14.47 (SD = 0.67), 23.47 (SD = 1.74), 25.61 (SD = 1.88), 18.28 (SD = 0.78) และ 24.38 (SD = 1.74)

กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 110.76 (SD = 4.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ความถูกต้องในการใช้ยา และการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.71 (SD = 0.56), 14.19 (SD = 0.81), 21.19 (SD = 2.04) และ 20.90 (SD = 2.54) ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับปานกลาง ได้แก่ ความสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ และการรับประทานอาหาร โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 23.00 (SD = 2.48) และ 15.47 (SD = 1.53) ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Baramee, 2008) ดังนี้ 1) การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov K-S พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (p = .016) 2) ความแปรปรวนของประชากรทั้งสองกลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of Variance) โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ประชากรทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากัน (p = .068) 3) สองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independence) ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าเท่ากับ 1.25 (ค่าปกติ = 1.5-2.5) จากผลการทดสอบ พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา ก่อนการทดลองพบว่า เด็กวัยเรียน กลุ่มควบคุมและทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 2.91, p = .771) หลังการทดลอง พบว่า เด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.24, p = .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 42)

พฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน	กลุ่มควบคุม (n = 21)	กลุ่มทดลอง (n = 21)	Z	p-value
	M (SD)	*M (SD)*		
ก่อนทดลอง	104.09 (5.40)	105.28 (5.75)	2.91	.771
หลังทดลอง	110.76 (4.82)	121.71 (3.18)	5.24	.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 105.28 (SD = 5.75) และ 121.71 (SD = 3.18) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ดังนี้ 1) ตัวแปรสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independence) ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าเท่ากับ 1.34 (ค่าปกติ = 1.5-2.5) 2) การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov K-S พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (p = .016) 3) กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness) โดยใช้สถิติ Run test มีค่าเท่า .001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 แสดงว่าประชากรไม่ได้มาจากการสุ่ม จากผลการทดสอบ พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ได้ผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษา ภายหลังการทดลอง พบว่า เด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.01, p = .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (n = 42)

พฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียน	กลุ่มควบคุม (n = 21)	กลุ่มทดลอง (n = 21)	Z	p-value
	M (SD)	*M (SD)*		
กลุ่มทดลอง	105.28 (5.75)	121.71 (3.18)	4.01	.001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดของเด็กวัยเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.91$, $p = 001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.01$, $p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายได้ ดังนี้ จุดแข็งของการพยาบาลตามปกติและส่วนที่พฤติกรรมมีความคล้ายคลึงกันจะเห็นว่าพฤติกรรมบางประการ เช่น การได้รับยาป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด อาจมีคะแนนสูงในทั้งสองกลุ่มและมีความแตกต่างกันน้อยมาก พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เน้นการปฏิบัติตามคำสั่ง (Compliance) และกิจวัตร (Routine) ซึ่งเป็นผลมาจากการให้ความรู้พื้นฐาน (Knowledge) และการแจ้งเตือน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลตามปกติ (Standard Care) ที่คลินิกโรคหอบหืดมอบให้ การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมเหล่านี้ในระดับสูงแสดงให้เห็นถึงจุดแข็งและความสำเร็จของการพยาบาลตามมาตรฐานที่ดำเนินการอยู่แล้วในหน่วยงาน จุดเด่นของโปรแกรมที่ทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยรวมเกิดจากองค์ประกอบเฉพาะของโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งการพยาบาลตามปกติขาดไป โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ต้องใช้ทักษะความแม่นยำและการตัดสินใจในสถานการณ์ซับซ้อน ประสบการณ์แห่งความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Mastery Experiences) โปรแกรมนี้ได้ให้เด็กวัยเรียนมีประสบการณ์โดยตรงในการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ความถูกต้องในการใช้ยาพ่น และการจัดการอาการหอบกำเริบอย่างทันท่วงที โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะและให้ข้อเสนอแนะทันที (Immediate Feedback) จนเด็กสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกปฏิบัติซ้ำจนสำเร็จ (Mastery) นี้ทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถทำได้ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมที่ต้องใช้ทักษะสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน การได้เห็นตัวแบบ (Vicarious Experience Modeling) การใช้สื่อวิดีโอที่มีตัวแบบวัยใกล้เคียงกัน สามารถจัดการโรคหอบหืดได้อย่างดีจนเด็กสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้เด็กมีความเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง เป็นไปตามแนวคิดของ Bandura (1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Onthong et al., 2021) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (Phontan et al., 2019) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของครูในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดในโรงเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลควรปรับบทบาทจากการให้ความรู้แบบบรรยายเป็นการออกแบบประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (Mastery Experiences) และการเป็นตัวแบบ (Modeling) ในคลินิก

โรคหอบหืด เน้นการฝึกปฏิบัติซ้ำ จัดฐานปฏิบัติการฝึกทักษะ การใช้ยาพ่นชนิดต่าง ๆ และการเป่า Peak Flow Meter จนเด็กและผู้ดูแลหลักทำได้ถูกต้องและคล่องแคล่ว เน้นการลงมือทำมากกว่าการรับฟัง บูรณาการผู้ดูแลหลัก โปรแกรมจะต้องรวมผู้ดูแลหลักเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกทักษะและการให้คำพูดชักจูงใจเชิงบวก เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเสริมสร้าง Self-Efficacy ทั้งที่บ้านและโรงเรียน

2. ด้านการศึกษา ในสถาบันการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลควรนำกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) มาบูรณาการในการสอนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นการสอนเทคนิคการสร้างความเชื่อมั่น เน้นให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ วิธีการสร้างตัวแบบผ่านสื่อที่เหมาะสมกับวัยเรียน เช่น วิดีโอสั้น สื่อปฏิสัมพันธ์ และเทคนิคการใช้คำพูดชักจูงใจที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้นักศึกษาสามารถออกแบบ Intervention ที่มีหลักการทางทฤษฎีรองรับ

3. ด้านบริหาร ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร เพื่อสนับสนุนให้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพนี้สามารถดำเนินได้อย่างยั่งยืนในหน่วยงาน จัดสรรทรัพยากรสำหรับการฝึกปฏิบัติ จัดเตรียม อุปกรณ์ฝึกปฏิบัติที่เพียงพอ สื่อการเรียนรู้ที่เป็นตัวแบบคุณภาพสูง (วิดีโอสาธิต) สำหรับใช้ในคลินิก กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม กำหนดให้การให้โปรแกรมส่งเสริม Self-Efficacy เพื่อให้เด็กได้รับประสบการณ์ความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง

References

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Baramee, C. (2008). *Statistics for health research and data analysis with SPSS*. Chonburi: Srisilpa Printing.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Global Initiative for Asthma [GINA]. (2021). *Global strategy for asthma management and prevention 2021*. Retrieved from https://ginasthma.org/gina-reports/

Lamnoi, U. (2008). *Effects of a self-efficacy enhancement program on self-management behaviors of school-age children with asthma* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University.

Ministry of Public Health. (2018). Thai public health dictionary B.E. 2561: *100th anniversary edition of Thai public health*. Bangkok: Cooperative League of Thailand Printing House. [In Thai]

Onthong, K., Teerarungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2021). The effect of program enhancing self-efficacy in self-care on allergy prevention behaviors among school age children with allergic rhinitis. *Burapha Nursing Journal, 27*(3), 43-53. [In Thai]

Piaget, J. (2001). Piaget's theory. In Mussen, P. H. (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed.). New York: Wiley.

Phontan, K., & Ratchanakul, P. (2019). The effect of a teacher self-efficacy enhancement program on health care behavior for school-aged children with asthma. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(2), 160-170. [In Thai]

Saetae, T., & Sananreangsak, S. (2019). The effect of a self-regulation program on health behaviors and lung function among school-aged children with asthma. *Royal Thai Police Nursing Journal, 11*(1), 139–149. [In Thai]

Tangchiwattanakul, C. (2018). Factors affecting symptom control in pediatric asthma patients at Phangnga Hospital. *Journal of Medical Academic, 32*(4), 1269-1282. [In Thai]

The Asthma Foundation of Thailand. (2021). *New medications for asthma treatment*. Retrieved from https://www.asthma.or.th/ [In Thai]

Thai Pediatric Society. (2021). *Guideline for diagnosis and treatment of asthma in children in Thailand: Assessment of asthma control in children*. Retrieved from http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20210702015523.pdf [In Thai]

World Health Organization [WHO]. (2021). *Asthma*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อโนชา ทัศนาธนชัย, พย.ม.[1]* โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม, ปร.ด.[2] วรรณรัตน์ ลาวัง, ปร.ด.[3]
กาญจนา พิบูลย์, ปร.ด.[4] วิภา วิเสโส, ปร.ด.[5] ตฤณ ศิริพงษ์, บธ.บ.[6]

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการ การเรียนการสอน และการพัฒนาบุคลากรของสถาบันอุดมศึกษา โดยเฉพาะคณะพยาบาลศาสตร์ที่ต้องพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความรู้ ระดับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพ KM กับการยอมรับของบุคลากร การศึกษาดำเนินการตลอดปีการศึกษา 2567 โดยสำรวจข้อมูลผ่านแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 88 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้น แบบสอบถามจัดส่งในระบบออนไลน์ (Google Forms) ใช้เวลา 15-20 นาทีต่อแบบ ข้อมูลที่ได้จะถูกเข้ารหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's r)

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพ KM โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.23, SD = 0.71) ทุกมิติ ขณะที่การยอมรับ KM โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, SD = 0.71) และมิติจูงใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างทุกมิติของคุณภาพ KM กับการยอมรับ KM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42$-$.69$; $p < .001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพ KM ที่ดีมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการยอมรับของบุคลากร โดยความสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง จึงสรุปได้ว่ากระบวนการ KM ที่ชัดเจน เหมาะสม และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับและการนำ KM ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพเสมอภาคข้อเสนอแนะเชิงบริหารควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบ e-Learning ที่ตอบสนองความต้องการของบุคลากร พร้อมทั้งจัดเวทีชุมชนการเรียนรู้ (Community of Practice) ของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: คุณภาพการจัดการความรู้ การยอมรับการจัดการความรู้ บุคลากรพยาบาล

---

[1] อาจารย์, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[3] รองศาสตราจารย์, สาขาสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[6] เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: anochat@buu.ac.th

Received 12/11/2025 Revised 23/12/2025 Accepted 28/12/2025

Correlation between Quality of Knowledge Management and Knowledge Management Acceptance among Personnel at the Faculty of Nursing

Anocha Tassanatanachai, M.N.S.[1]*, Sorut Wongsuttitham, Ph.D.[2], Wannarat Lawang, Ph.D.[3], Kanchana Piboon, Ph.D.[4], Wipa Wiseso, Ph.D.[5], Trin Siriphong, B.B.A.[6]

Abstract

Knowledge management (KM) is a crucial mechanism for enhancing the quality of organizational management, teaching and learning, and human resource development in higher education institutions, particularly in faculties of nursing where continuous knowledge development and innovation are essential. This descriptive correlational research aimed to examine (1) the level of knowledge management quality, (2) the level of staff acceptance of knowledge management, and (3) the relationship between KM quality and staff acceptance. Data were collected throughout the 2024 academic year using a five-point Likert-scale questionnaire. The sample consisted of 88 staff members of the Faculty of Nursing, Burapha University, selected through stratified random sampling. Data were collected online via Google Forms, with an average completion time of 15-20 minutes per questionnaire. Participant confidentiality was ensured through data coding. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient (r).

The results indicated that the overall quality of knowledge management was at a very high level (M = 4.23, SD = 0.71) across all dimensions, while overall acceptance of knowledge management was at a high level (M = 4.11, SD = 0.71), with the motivation dimension demonstrating the highest mean score. Furthermore, all dimensions of KM quality were positively and significantly correlated with KM acceptance ($p < .001$; $r = .42$-$.69$). These findings suggest that high-quality knowledge management practices have a significant influence on staff acceptance, with correlation levels ranging from moderate to high. In conclusion, clear, appropriate, and continuously implemented KM processes are key factors promoting staff acceptance and effective utilization of KM systems. Managerial implications emphasize the development of responsive e-learning or e-KM systems and the regular establishment of Communities of Practice to facilitate knowledge sharing and foster a sustainable learning organization culture.

Key words: Knowledge management quality, Knowledge management acceptance, Nursing personnel

[1] Community Health Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

[2] Assistant Professor, Nursing Administration Division, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

[3] Associate Professor, Community Health Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

[4] Assistant Professor, Gerontological Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

[5] Assistant Professor, Adult Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

[6] Senior Administrative Officer, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

* Corresponding author e-mail: anochat@buu.ac.th

บทนำ

การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกเชิงกลยุทธ์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันขององค์กร การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และการตอบสนองต่อบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Durst & Zieba, 2022) โดยเฉพาะในยุคการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลและการเพิ่มขึ้นของปริมาณข้อมูลและองค์ความรู้จำนวนมาก (Big Data และ digital transformation) องค์กรจำเป็นต้องมีระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ความล่าช้า และความผิดพลาดในการสื่อสาร อันส่งผลต่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว ในบริบทของสถาบันอุดมศึกษา การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญที่สนับสนุนภารกิจหลักด้านการจัดการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพมีบทบาทต่อการพัฒนาหลักสูตร การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก และการผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพและสังคม

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการจัดการความรู้มิได้ขึ้นอยู่กับการมีเพียงคลังความรู้หรือระบบสารสนเทศเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการจัดการความรู้ ซึ่งครอบคลุมคุณภาพของเนื้อหาความรู้ (ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา) คุณภาพของระบบสารสนเทศ (ความสะดวกในการเข้าถึงและการใช้งาน) และคุณภาพของการบริการสนับสนุนจากองค์กรและบุคลากร งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านคุณภาพดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประโยชน์และการยอมรับระบบของผู้ใช้งาน ซึ่งนำไปสู่การนำระบบไปใช้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ (Azeroual, Schöpfel, & Saake, 2021; Nyame, Qin, & Ampomah, 2021) ควบคู่กันนั้น การยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร (KM acceptance) เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความสำเร็จของระบบ KM โดยสามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิด Technology Acceptance Model (TAM) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบ (Perceived Usefulness) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) และความตั้งใจในการใช้งาน (Intention to Use) รวมถึงแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers ซึ่งเน้นบทบาทของทัศนคติ การรับรู้คุณค่า และความสอดคล้องกับบริบทการทำงาน ในองค์กรการศึกษา บุคลากรแต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้บริหารในฐานะผู้กำหนดนโยบายและทิศทาง บุคลากรสายวิชาการในฐานะผู้สร้างและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และบุคลากรสายสนับสนุนในฐานะผู้ประสานงานและสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานของระบบ ซึ่งความแตกต่างของบทบาทดังกล่าวอาจส่งผลต่อระดับการยอมรับและการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการความรู้

ในบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่ายังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการจัดระบบการจัดการความรู้ โดยมีความพยายามผลักดันให้เกิดการใช้งานอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร อย่างไรก็ตาม ยังคงประสบปัญหาการนำระบบ KM ไปใช้ที่ไม่สม่ำเสมอ ความแตกต่างด้านการยอมรับระหว่างบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน รวมถึงความจำเป็นในการยกระดับระบบ KM เพื่อรองรับการประกันคุณภาพการศึกษาและการพัฒนาองค์กรในระยะยาว แม้ว่าจะมีงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพของการจัดการความรู้และการยอมรับระบบสารสนเทศในองค์กรสุขภาพและองค์กรการศึกษา แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพการจัดการความรู้ และระดับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร ในบริบทคณะพยาบาลศาสตร์โดยตรง ช่องว่างความรู้ดังกล่าวมีความสำคัญ เนื่องจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเด็นนี้จำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย การออกแบบระบบ และการพัฒนาโครงสร้างการจัดการความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทของสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์

ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้และการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการวิจัยคาดว่าจะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ KM ในแต่ละกลุ่มบุคลากร และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การยกระดับคณะพยาบาลศาสตร์ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สนับสนุนภารกิจด้านการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการต่อสังคมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความรู้ในองค์กร
2. เพื่อศึกษาระดับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรในองค์กร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้

สมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process) ร่วมกับแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมตามโมเดล Technology Acceptance Model (TAM) และกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (Innovation-Decision Process) เพื่อให้เข้าใจรายละเอียดในระดับบุคคลมากขึ้น กล่าวคือ TAM จะเน้นที่ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความรู้สึกว่าระบบ KM เป็นประโยชน์และใช้งานง่าย ซึ่งมีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจใช้ของบุคลากร ส่วน Rogers จะเน้นที่ลำดับขั้นตอนการยอมรับนวัตกรรม (Knowledge-Persuasion-Decision-Implementation-Confirmation) ที่แสดงถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงและการนำ KM ไปใช้ในระยะยาว การนำสองทฤษฎีนี้มาผสานกันจะทำให้ได้ทั้งภาพรวมและรายละเอียด กล่าวคือ สามารถอธิบายได้ทั้งว่าทำไมบุคลากรจึงเห็นคุณค่าของ KM (TAM) และขั้นตอนเป็นระบบอย่างไรจนกว่าจะนำ KM ไปใช้จริง ผลงานวิชาการหลายชิ้นยังพบว่า การประยุกต์ใช้ TAM ควบคู่กับกรอบ Rogers ช่วยอธิบายการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ รวมถึงระบบ KM ได้อย่างครอบคลุม มีสมมติฐานดังนี้

H1: คุณภาพการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร

H1.1: ความชัดเจนของกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ KM

H1.2: ความเหมาะสมของกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ KM

H1.3: ความเสมอภาคของกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ KM

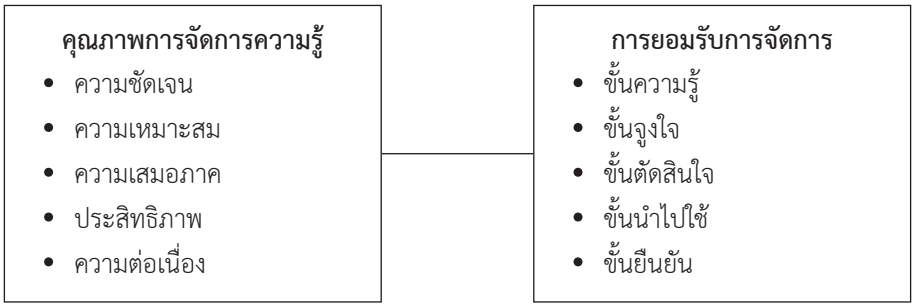
H1.4: ประสิทธิภาพของกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ KM

H1.5: ความต่อเนื่องของกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ KM

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรภายในคณะพยาบาลศาสตร์ ในส่วนของตัวแปรอิสระ “คุณภาพการจัดการความรู้” (Knowledge Management Quality) ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านคุณภาพของกระบวนการจัดการความรู้ 5 มิติ ได้แก่ ความชัดเจนของกระบวนการ หมายถึง การที่ขั้นตอน แนวทาง และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ KM มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติตามได้ ความเหมาะสมของกระบวนการ หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างกิจกรรม KM กับลักษณะงาน ความต้องการ และบริบทของบุคลากร ความเสมอภาคของกระบวนการ หมายถึง การเข้าถึงแหล่งความรู้ โอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนที่เป็นธรรม ประสิทธิภาพของกระบวนการ หมายถึง ความง่าย ความรวดเร็ว การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้ทันเวลา และการลดซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ความต่อเนื่องของกระบวนการ หมายถึง การดำเนินกิจกรรม KM อย่างสม่ำเสมอและมีระบบสนับสนุนต่อเนื่องในส่วนของ ตัวแปรตาม “การยอมรับการจัดการความรู้” (Knowledge Management Acceptance) อ้างอิงกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นความรู้ (Knowledge) 2) การรับรู้ข้อมูลและความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับ KM 3) ขั้นจูงใจ (Persuasion) การประเมินทัศนคติ ความเชื่อ และการเห็นประโยชน์ของ KM 4) ขั้นตัดสินใจ (Decision) การตัดสินใจเข้าร่วม ใช้ หรือสนับสนุนการดำเนินงาน KM และ 5) ขั้นนำไปใช้ (Implementation) การปฏิบัติจริงและการประยุกต์ KM ในงานประจำ และขั้นยืนยัน (Confirmation) การยืนยันต่อการใช้ KM ต่อเนื่องเมื่อเห็นผลลัพธ์

ที่เกิดขึ้นจริง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ มีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวนทั้งสิ้น 134 คน ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการความรู้ขององค์กรทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ การจัดการเรียนการสอน งานวิจัย และการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศและการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 15 คน บุคลากรสายวิชาการ จำนวน 79 คน และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 40 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ปฏิบัติงานประจำและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ของคณะฯ โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อให้มีประสบการณ์เพียงพอในการรับรู้และประเมินกระบวนการจัดการความรู้ขององค์กร

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากวัตถุประสงค์ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) คณะผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ตามเกณฑ์ที่แนะนำโดย Polit and Beck (2012) จากการอ้างอิงตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Beck (2012, p. 425) พบว่าการวิจัยนี้จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 85 คน เพื่อให้เพียงพอในการตรวจสอบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานการวิจัย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ คณะผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ส่งผลให้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็น 3 ชั้น (Strata) ตามบทบาทและระดับตำแหน่งงาน ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสายวิชาการ และบุคลากรสายสนับสนุน จากนั้นคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นตามสัดส่วนของประชากรจริง แบ่งเป็นผู้บริหาร จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2 ของประชากร บุคลากรสายวิชาการ จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 59.0 ของประชากร และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 ของประชากร ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าแบบสอบถามที่ได้รับคืนและมีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้จำนวน 88 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 92 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืนหรือไม่สมบูรณ์เกิดจากภาระงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อจำกัดด้านเวลา โดยคณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบลักษณะการขาดหายของข้อมูล (Non-response) และไม่พบความแตกต่างเชิงโครงสร้างของกลุ่มผู้ตอบและไม่ตอบในประเด็นตำแหน่งงานหรือบทบาทหน้าที่หลัก จึงพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับมีความเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน และระดับตำแหน่งงาน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการจัดการความรู้ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการวัดออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ความชัดเจนของกิจกรรมการจัดการความรู้ ความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดการความรู้ ประสิทธิภาพของกิจกรรมการจัดการความรู้ ความเสมอภาคของการดำเนินงานจัดการความรู้ และความต่อเนื่องของการดำเนินงานจัดการความรู้ แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงมุมมองเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างต่อคุณภาพและโครงสร้างของกระบวนการจัดการความรู้ขององค์กร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers โดยแบ่งการวัดออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นความรู้ ขั้นจูงใจ ขั้นตัดสินใจ ขั้นนำไปใช้ และขั้นยืนยัน แบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนที่สูงหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับการยอมรับต่อการดำเนินงานจัดการความรู้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบุรพาจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลนักวิชาการอิสระจำนวน 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาบฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมได้คือ .80 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ปรับปรุงแล้ว และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย พบว่าค่าดัชนีความตรงรายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง .80-1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวม (S-CVI/Ave) เท่ากับ .92 จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยกำหนดเกณฑ์ .70 ขึ้นไป ผลพบว่าแบบสอบถามคุณภาพการจัดการความรู้และการยอมรับการจัดการความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก ทั้งนี้ได้ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อคำถามแล้ว พบว่าข้อคำถามสะท้อนมิติที่แตกต่างกันและมีความเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรที่ศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Forms ซึ่งแสดงเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยในหน้าแรก ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องแสดงความยินยอมโดยการกดเลือก “ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย” ก่อนตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อฉบับ ระบบไม่เก็บข้อมูลระบุตัวตนและมีการเข้ารหัสเพื่อรักษาความลับของข้อมูล ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 3 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (อนุมัติวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2566 เลขที่โครงการ HU066/2566) โดยผู้แทนกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือความสัมพันธ์ในหน่วยงาน ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องแสดงความยินยอมผ่านระบบออนไลน์ก่อนตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่าน Google Forms ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อฉบับ ข้อมูลทั้งหมดใช้รหัสแทนการระบุตัวตนและถูกจัดเก็บในไฟล์ที่มีการตั้งรหัสผ่านจำกัดการเข้าถึงเฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกลบออกจากระบบจัดเก็บข้อมูลออนไลน์และทำลายอย่างถาวรภายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้มีการตรวจสอบสมมติฐานของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้แก่ การตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และการตรวจสอบความเป็นเส้นตรงของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยแผนภาพกระจาย (Scatter plots) จากนั้นจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน มีผลการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 83.0) เพศชาย 15 คน (ร้อยละ 17.0) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 40-60 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 54.4) รองลงมาคือ 20-40 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 40.9) และมากกว่า 60 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 4.5) วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่มีวุฒิปริญญาโท จำนวน 47 คน (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือ ปริญญาเอก จำนวน 19 คน (ร้อยละ 21.6) ปริญญาตรี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 13.6) ตำแหน่งงานผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นสายวิชาการ จำนวน 50 คน (ร้อยละ 56.8) รองลงมาคือสายสนับสนุน จำนวน 27 คน (ร้อยละ 19.3) ผู้บริหาร จำนวน 11 คน (ร้อยละ 12.5) ดังตารางที่ 1

2. ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการจัดการความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม (M = 4.23, SD = 0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่าทุกมิติของคุณภาพการจัดการความรู้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการจัดการความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ได้รับการออกแบบและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ มิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความต่อเนื่องของกระบวนการจัดการความรู้ (M = 4.30, SD = 0.71) รองลงมาคือ ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ (M = 4.25, SD = 0.72) ขณะที่มิติความชัดเจนของกระบวนการจัดการความรู้ (M = 4.22, SD = 0.71) ความเหมาะสมของกระบวนการจัดการความรู้ (M = 4.22, SD = 0.70) และความเสมอภาคของกระบวนการจัดการความรู้ (M = 4.22, SD = 0.71) มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับสูงมากเช่นเดียวกันดังตารางที่ 2

3. ระดับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร ผลการวิจัยพบว่า ระดับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, SD = 0.71) เมื่อพิจารณาตามกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของ

Rogers ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน พบว่า ขั้นจูงใจ (Persuasion) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.36, SD = 0.66) สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวก เห็นประโยชน์ และเกิดความเชื่อมั่นต่อการจัดการความรู้ขององค์กร รองลงมาคือ ขั้นตัดสินใจ (Decision) (M = 4.09, SD = 0.68) และขั้นยืนยัน (Confirmation) (M = 4.08, SD = 0.63) ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีแนวโน้มตัดสินใจเข้าร่วมและยืนยันการใช้การจัดการความรู้เมื่อรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ขณะที่ขั้นความรู้ (Knowledge) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 4.03, SD = 0.74) สะท้อนว่าบุคลากรมีการรับรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในระดับที่ดี อย่างไรก็ตาม ขั้นนำไปใช้ (Implementation) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.96, SD = 0.77) ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน หรือปัจจัยสนับสนุนเชิงระบบที่ส่งผลต่อการนำการจัดการความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำ แม้โดยภาพรวมจะพบว่าบุคลากรมีการยอมรับการจัดการความรู้ในระดับสูง แต่ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมกลไกสนับสนุนเพื่อส่งเสริมการนำไปใช้จริงอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 3

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรพบว่า ทุกมิติของคุณภาพการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการจัดการความรู้ในทุกขั้นตอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ในช่วง .42-.69 ซึ่งจัดอยู่ในระดับความสัมพันธ์ปานกลางถึงค่อนข้างสูง สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพของกระบวนการจัดการความรู้มีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้ การยอมรับ และการนำการจัดการความรู้ไปใช้ของบุคลากร

เมื่อพิจารณารายคู่ตัวแปร พบว่า มิติความเหมาะสมของกระบวนการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับขั้นความรู้ (r = .69) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการจัดการความรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะงานและบริบทของบุคลากรช่วยส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ มิติความต่อเนื่องของกระบวนการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูงกับขั้นจูงใจ (r = .63) รวมถึงมีความสัมพันธ์กับขั้นตัดสินใจและขั้นนำไปใช้ (r = .59-.60) สะท้อนว่าการดำเนินกิจกรรมการจัดการความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีส่วนสำคัญต่อการสร้างทัศนคติเชิงบวก การตัดสินใจเข้าร่วม และการนำการจัดการความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงของบุคลากร ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (N = 88)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	17
หญิง	73	83
อายุ (ปี)		
20-40	36	40.9
40-60	48	54.4
มากกว่า 60 ปี	4	4.5
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10	11.4
ปริญญาตรี	12	13.6
ปริญญาโท	47	53.4
ปริญญาเอก	19	21.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)		
ต่ำกว่า 10	40	45.4
10-20	26	27.3
20-30	21	21.6
30 ปีขึ้นไป	5	5.7
บุคลากร		
บุคลากรสายสนับสนุน	27	19.3
บุคลากรสายวิชาการ	50	56.8
บุคลากรฝ่ายบริหาร	11	12.5

ตารางที่ 2 คุณภาพของการจัดการความรู้ (N = 88)

คุณภาพของกระบวนการจัดการความรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ความชัดเจน	4.22	0.72	สูงมาก
ความเหมาะสม	4.22	0.70	สูงมาก
ความเสมอภาค	4.22	0.75	สูงมาก
ประสิทธิภาพ	4.25	0.66	สูงมาก
ความต่อเนื่อง	4.30	0.71	สูงมาก
รวม	4.23	0.71	สูงมาก

ตารางที่ 3 การยอมรับการจัดการความรู้ (N = 88)

การยอมรับการจัดการความรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ขั้นความรู้	4.03	0.74	สูง
ขั้นจูงใจ	4.36	0.66	สูงมาก
ขั้นตัดสินใจ	4.09	0.68	สูง
ขั้นนำไปใช้	3.96	0.77	ปานกลาง
ขั้นยืนยัน	4.08	0.63	สูง
รวม	4.11	0.71	สูง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ (N = 88)

KM Quality/ KM Acceptance	ขั้นความรู้	ขั้นจูงใจ	ขั้นตัดสินใจ	ขั้นนำไปใช้	ขั้นยืนยัน
ความชัดเจนของ	0.63***	0.42***	0.48***	0.57***	0.49***
ความเหมาะสม	0.69***	0.53***	0.56***	0.61***	0.53**
ความเสมอภาค	0.58***	0.63***	0.53***	0.52***	0.54***
ประสิทธิภาพ	0.57***	0.57***	0.56***	0.51***	0.58***
ความต่อเนื่อง	0.66***	0.63***	0.59***	0.60***	0.55***

*** $p < .001$

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ที่ 1: เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความรู้ในองค์กร

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพการจัดการความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.23, SD = 0.71) และทุกมิติ ได้แก่ ความชัดเจน ความเหมาะสม ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และความต่อเนื่อง ล้วนอยู่ในระดับสูงมาก สะท้อนว่าบุคลากรรับรู้ถึงระบบและกระบวนการจัดการความรู้ที่มีโครงสร้างชัดเจนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบในระดับคณะ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีนโยบายส่งเสริมการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM Day) และการทบทวนหรือปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเอื้อต่อการรับรู้คุณภาพของกระบวนการ KM ในภาพรวม

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า “ความต่อเนื่องของกระบวนการจัดการความรู้” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.30) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรม KM ที่มีความสม่ำเสมอและไม่เป็นเพียงกิจกรรมเฉพาะกิจ เป็นจุดแข็งสำคัญของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งอาจมีส่วนสนับสนุนให้บุคลากรเกิดการรับรู้และความคุ้นเคยกับกระบวนการ KM มากกว่ามิติอื่น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Durst and Zieba (2022) ที่ชี้ว่าคุณภาพของกระบวนการจัดการความรู้โดยเฉพาะด้านความต่อเนื่องและการฝังอยู่ในงานประจำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพขององค์กร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Daranithi et al. (2024); Thanomsri and Udom (2023) ที่พบว่าการดำเนินกิจกรรม KM อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงในระดับคณะและสาขาวิชา มีผลต่อการรับรู้คุณภาพและความเข้มแข็งของระบบจัดการความรู้ อย่างไรก็ตาม คะแนนที่อยู่ในระดับสูงมากทุกมิติอาจสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างบางประการ เช่น การเป็นองค์กรที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก ทำให้การสื่อสารและการเข้าถึงกิจกรรม KM เป็นไปอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจส่งผลให้การรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับสูงโดยรวม

วัตถุประสงค์ที่ 2: เพื่อศึกษาระดับการยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากร

ผลการวิจัยพบว่า การยอมรับการจัดการความรู้ของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, SD = 0.71) โดยขั้นจูงใจ (Persuasion) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.36) สะท้อนว่าบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกและรับรู้ประโยชน์ของการจัดการความรู้ต่อการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ขั้นนำไปใช้ (Implementation) กลับมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.96) แสดงให้เห็นช่องว่างระหว่าง “การยอมรับเชิงทัศนคติ” กับ “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานจริง” ซึ่งสามารถอธิบายได้จากบริบทการทำงานของคณะพยาบาลศาสตร์ที่บุคลากรอาจมีภาระงานประจำสูง ข้อจำกัดด้านเวลา หรือระบบ KM ที่ยังเน้นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าเครื่องมือเชิงปฏิบัติที่เอื้อต่อการนำความรู้ไปใช้โดยตรง รวมถึงการติดตามผล (follow-up) และการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารหรือหัวหน้างานอาจยังไม่เพียงพอ

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers ซึ่งชี้ว่าขั้นจูงใจแม้เป็นเงื่อนไขสำคัญของการยอมรับนวัตกรรม แต่ไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างสมบูรณ์ หากขาดปัจจัยสนับสนุนในขั้นนำไปใช้ งานวิจัยของ Jarupruttipong (2023) สนับสนุนประเด็นนี้ โดยพบว่าทัศนคติที่ดีต่อระบบจัดการความรู้ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการใช้จริง หากไม่มีโครงสร้างสนับสนุนและแรงจูงใจเชิงองค์กร ในขณะที่ Zhou and Shi (2020) ระบุว่าการรับรู้ความเป็นธรรมและความโปร่งใสของระบบช่วยเสริมขั้นจูงใจและขั้นตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่ามิติความเสมอภาคของกระบวนการจัดการความรู้อยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.22) อย่างไรก็ตาม การที่ขั้นนำไปใช้ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าแสดงให้เห็นว่าคณะพยาบาลศาสตร์ควรกำหนด “ขั้นนำไปใช้” เป็นลำดับความสำคัญแรก (first priority) ในการพัฒนาระบบ KM ต่อไป โดยมุ่งเน้นการลดอุปสรรคเชิงโครงสร้าง การจัดสรรเวลา เครื่องมือสนับสนุน และแรงจูงใจที่เอื้อต่อการนำความรู้ไปใช้จริงในงานประจำ เพื่อให้การยอมรับการจัดการความรู้เกิดขึ้นอย่างครบถ้วนตามกระบวนการของ Rogers

วัตถุประสงค์ที่ 3: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการจัดการความรู้กับการยอมรับการจัดการความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ทุกมิติของคุณภาพการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการจัดการความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง $r = .42$-$.69$ ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงในงานวิจัยด้านพฤติกรรมองค์กร สะท้อนว่าคุณภาพของกระบวนการจัดการความรู้มีความสำคัญเชิงนโยบายต่อการยอมรับของบุคลากร โดยมิติความเหมาะสมของกระบวนการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับขั้นความรู้ ($r = .69$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการ KM ที่สอดคล้องกับลักษณะงานและบริบทของบุคลากรช่วยให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ KM ได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลต่อการยอมรับในระยะเริ่มต้น

นอกจากนี้ ความต่อเนื่องของกระบวนการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์สูงกับขั้นจูงใจ ($r = .63$) ซึ่งสะท้อนว่าการดำเนินกิจกรรม KM อย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมแรง ทัศนคติเชิงบวก และแรงจูงใจในการนำ KM ไปใช้จริง ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดของ Jennex and Olfman (2006) และสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ชี้ว่าคุณภาพของกระบวนการ KM ส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์และความเต็มใจในการใช้งาน (Alharbi, 2024; Azeroual et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อน เช่น วัฒนธรรมองค์กร ทัศนคติส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากผู้บริหาร ดังนั้น การออกแบบ KM ที่เรียบง่าย เหมาะสมกับงาน และมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการยอมรับและการใช้การจัดการความรู้ในองค์กรอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย (Research Limitations)

ข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรเพียงแห่งเดียว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตามบริบทขององค์กรอุดมศึกษา ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังองค์กรอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านนโยบายและการกำหนดทิศทางองค์กร

จากผลการวิจัยที่พบว่าบุคลากรมีการยอมรับการจัดการความรู้ในระดับสูง โดยเฉพาะขั้นจูงใจ แต่ขั้นนำไปใช้ยังอยู่ในระดับปานกลาง คณะพยาบาลศาสตร์ควรกำหนดนโยบายที่มุ่งส่งเสริม “การใช้ KM ในงานจริง” มากกว่าการรับรู้เชิงทัศนคติ เช่น การกำหนดนโยบายสนับสนุนการใช้ความรู้จาก KM ในการพัฒนางาน การเรียนการสอน หรือการบริการวิชาการอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงการจัดระบบแรงจูงใจเชิงพฤติกรรม เช่น การยกย่องหรือรางวัลเฉพาะด้านการนำ KM ไปใช้ (เช่น KM Utilization Award) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านการบริหารจัดการและการดำเนินงาน

คณะควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบระบบและกิจกรรม KM ที่เอื้อต่อการนำไปใช้จริง โดยเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือหรือแพลตฟอร์ม KM ที่ใช้งานง่าย เข้าถึงได้สะดวก และสอดคล้องกับภาระงานของบุคลากร เพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลาและความซับซ้อน นอกจากนี้ ควรจัดระบบ Coaching หรือ Mentoring ภายในหน่วยงาน เช่น การมีผู้ประสานงาน KM ประจำกลุ่มงาน หรือการจัดชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) แยกตามสายงาน เพื่อสนับสนุนการประยุกต์ใช้ความรู้ในบริบทการทำงานจริง และช่วยยกระดับขั้นนำไปใช้ให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุด้วยโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (SEM) เช่น ความไว้วางใจ วัฒนธรรมองค์กร ตัวแปรตัวปรับ (Moderators) เช่น อายุ ประสบการณ์ทำงาน ทำให้ได้โมเดลทำนายการยอมรับ KM ที่มีความแม่นยำมากขึ้น

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative) เพื่ออธิบายความลึกของพฤติกรรมการยอมรับ KM การสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถช่วยอธิบายประเด็น ซึ่งจะช่วยเติมเต็มข้อค้นพบเชิงปริมาณให้ครบถ้วน

3. ขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังหลายคณะ/หลายมหาวิทยาลัย เพื่อให้ผลมีความเที่ยงตรงภายนอกมากขึ้น

References

Alharbi, G. L. (2024). The effects of knowledge management processes on organizational performance. *Humanities and Social Sciences Communications, 11*, 286.

Aujirapongpan, S., & Jutidharabongse, J. (2017). The role of knowledge management in developing strategic intuition. *Suratthani Rajabhat Journal, 4*(2), 21-44.

Azeroual, O., Schöpfel, J., & Saake, G. (2021). Implementation and user acceptance of research information systems (RIS). *arXiv preprint arXiv:2111.08309*.

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly, 13*(3), 319-340.

Durst, S., & Zieba, M. (2022). Knowledge risks in the 21st century: Management challenges and trends. *Journal of Knowledge Management, 26*(1), 43-61.

Fadel, K. J., & Durcikova, A. (2014). If it's fair, I'll share: The effect of perceived knowledge validation fairness on contribution. *Information & Management, 51*(6), 873-883.

Intra, C. (2020). Factors influencing government knowledge management in the Office of the Permanent Secretary for Defense. *The Journal of Development Administration Research, 10*(1), 75-85.

Jarupruttipong, C. (2023). Factors affecting adoption of knowledge-based system for emergency medicine. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand, 3*(1), 79-93.

Jennex, M. E., & Olfman, L. (2006). A model of knowledge management success. *International Journal of Knowledge Management, 2*(3), 51-68.

Kingwan, D., Lapnarongchai, N., & Kumsuk, K. (2024). A study of knowledge, attitude, and practice of knowledge management (KM) among personnel in the Faculty of Nursing, Mahidol University. *Mahidol R2R e-Journal, 11*(2), 87-99.

Lee, H., & Choi, B. (2003). Knowledge management enablers, processes, and organizational performance. *Journal of Management Information Systems, 20*(1), 179-228.

Navachewinmai, N., & Maneerat, C. (2019). The knowledge management toward teaching in the School of Nakhon Pathom Rajabhat University students of graduate diploma program in teaching profession. *Journal of Management Science, Nakhon Pathom Rajabhat University, 5*(2), 256-270.

Nyame, G., Qin, Z., & Ampomah, P. (2021). Evaluation of knowledge management system using technology acceptance model. *International Journal of Knowledge Management Studies, 12*(2), 175-190.

Sarnthima, T., & Lomain, U. (2023). Guidelines for improving knowledge management of personnel who are procurement officers, Khon Kaen University. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduate Studies), 11*(1), 34-52.

Sroykratoke, S., & Charoensuk, S. (2024). Organizational factors related to knowledge management of employees at Nakhon Ratchasima College. *Journal of Administration and Social Science Review, 7*(2), 283-294.

Supa, P., Kiatwatcharachai, K., & Boonyarataphan, T. (2024). Factors affecting the success of personnel knowledge management in the Mae Hong Son Provincial Cultural Office. *CRRU Law, Political Science and Social Science Journal, 8*(2), 206-227.

Urbancová, H., & Venclová, K. (2013). Importance of knowledge continuity in business continuity management. *Acta Universitatis Bohemiae Meridionalis, 16*(1), 3-13.

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly, 27*(3), 425-478.

Zhou, M., & Shi, Y. (2020). How fairness perceptions affect knowledge sharing and green innovation. *Journal of Cleaner Production, 259*, 120974.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์ หลักการและเทคนิคการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

กรวรรณ ผมทอง, พย.ม.[1] สุขุมาล แสนพวง, พย.ม.[1]* อรนุช ประดับทอง, พย.ม.[1] ธิดารัตน์ คณึงเพียร, ปร.ด.[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อผลสัมฤทธิ์และพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 64 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 64 คน ปีการศึกษา 2565 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่า KR-20 ของแบบทดสอบ ได้ค่า 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบวัดได้ค่า = 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล หาความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ พฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาลและพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาลและพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองหลังการทดลอง (*M* = 11.13, *SD* = 3.36; *M* = 4.52, *SD* = 4.09) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ (*M* = 5.23, *SD* = 1.82; *M* = 4.57, *SD* = 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ สรุปว่าควรนำโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันไลน์ หลักการและเทคนิคการพยาบาล ประสิทธิผลของโปรแกรม นักศึกษาพยาบาล

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sukhumal@bcnsurin.ac.th

Received 30/01/2025 Revised 24/12/2025 Accepted 28/12/2025

The Effects of A Nursing Principles And Techniques Learning Program on The LINE Application Platform for Nursing Students

Korawan Pomthong, M.S.N.[1], Sukhumal Sanpaung, M.S.N.[1]*, Oranute Pradubthong, M.S.N.[1], Thidarat Kanungpiarn, Ph.D.[1]

Abstract

This study is a quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a learning program on the LINE application platform, focusing on nursing principles and techniques, on academic achievement and self-directed learning behavior among nursing students. The sample group consisted of 64 second-year nursing students, randomly selected through a non-replacement, who were willing to participate in the research for the academic year 2022. The research instruments included a personal information questionnaire, an academic achievement test, and a self-directed learning behavior scale. The reliability was verified by calculating the KR-20 value of the test, which was 0.80, and the Cronbach's alpha coefficient of the scale, which was 0.86. Analyze personal data by frequency, percentage, and calculate the average. Standard deviation of academic achievement, self-directed learning behavior, comparison of academic achievement scores in nursing principles and techniques and self-directed learning behavior before and after participating in the program using paired t-test statistics.

The research findings revealed that the comparison of the mean scores of academic achievement in nursing principles and techniques and self-directed learning behaviors before and after participating in the learning program on the LINE application platform showed that the sample group had higher average scores in academic achievement and self-directed learning behaviors after the experiment (M = 11.13, SD = 3.36; M = 4.52, SD = 4.09) than before participating in the online program (M = 5.23, SD = 1.82; M = 4.57, SD = 0.38) with statistical significance at the level of $p < .001$. It is concluded that the learning program on the LINE application platform for nursing principles and techniques should be applied to promote the learning of nursing students.

Key words: LINE application, The effectiveness of program, Nursing principles and techniques, Student nurse

---

[1] Borromrajonani college of nursing, Faculty of nursing Praboromrajchanok

* Corresponding author e-mail: sukhumal@bcnsurin.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลพื้นฐานตามหลักการและเทคนิคการพยาบาลในการดูแลสุขภาพบุคคลทุกช่วงวัย และการใช้หลักความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม (Boromrajonnani College of Nursing Surin, 2022) ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อการไปให้การพยาบาลผู้ป่วย (Jamjaeng, Atthametakul, and Pitaksin, 2018) ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิชาหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล (พย. 1202) มีการจัดเรียนการสอนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจการเรียนรู้ด้านการพยาบาลพื้นฐาน การมีกิจกรรมการเรียนรู้เสมือนจริง ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์ จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจได้มากขึ้น

ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดิจิตัลมาพัฒนาเป็นสื่อการเรียนการสอนออนไลน์โดยผู้สอนจะนำเนื้อหาเข้าไปแขวนไว้บนฟรีแพลตฟอร์มที่ผู้เรียนสามารถเข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลาที่ไหนเมื่อไหร่ก็ได้ (anyway anytime) (Anukulvech, 2012; Comas-quinn, 2011) ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและนำไปสู่การมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้นได้ และเมื่อกล่าวถึงฟรีแพลตฟอร์มที่อยู่บนสมาร์ตโฟนของทุกคนในยุคปัจจุบัน แอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยมมากคือ แอปพลิเคชันไลน์ สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ฉับไว ไม่เสียค่าใช้จ่าย Line Messaging API คือ การสื่อสารระหว่างบริการของผู้ให้บริการและผู้ใช้ LINE เป็นการสื่อสารแบบสองฝ่าย จะทำให้สามารถให้บริการได้ในห้องแชท LINE เพื่อการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้ LINE แต่ละคน และ Messaging API จะส่งและรับข้อมูลระหว่างเซิร์ฟเวอร์ของเราและแอพ LINE ผ่านทางเซิร์ฟเวอร์ของ Line การส่งคำขอจะใช้ API แบบ JSON. Messaging API ทำการเชื่อมต่อระหว่าง user ผ่านทาง LINE official account ซึ่ง Messaging API จะสามารถ accept friend รวมถึงส่ง message หา user คนอื่น ๆ ที่ add account ของผู้ให้บริการเป็นเพื่อน โดยผ่านหน้า LINE Manager ที่ตั้งไว้ หรือ ส่งออกจากจาก server ของผู้ให้บริการก็ได้ในรูปแบบ interactive โต้ตอบ การใช้งาน Messaging API ทำให้สามารถส่งข้อมูลระหว่าง server ของผู้ให้บริการ ไปยัง user LINE ผ่านทาง LINE Platform ซึ่ง Request ที่ใช้ส่งข้อมูลต้องอยู่ในรูป JSON format โดยตัว server ผู้ให้บริการจะต้องเชื่อมต่อกับ LINE Platform และเมื่อ มี user เพิ่ม account LINE ผู้ให้บริการเป็นเพื่อน หรือ ส่งข่อความมาหาผู้ให้บริการ ทาง LINE Platform จะทำการส่ง request มายัง server ที่ผู้ให้บริการลงทะเบียนผูกไว้กับ LINE account นั้นทันที วิธีนี้เรียกว่า Webhook ซึ่งทำให้ผู้ใช้งานรู้สึกเหมือนกับว่าได้โต้ตอบกับคนจริง ๆ (Line Developer, 2023) นักศึกษายุคปัจจุบัน มีไลน์เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกิจกรรมต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการวิจัยที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของการจัดการเรียนรู้ที่บูรณาการสื่อออนไลน์กับการเรียนการสอนแบบดั้งเดิม (Chuto, Niyomka, and Yotharith, 2014; Jamjaeng, Atthametakul, and Pitaksin, 2018) และมีการนำแพลตฟอร์มไลน์ไปใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชั่นไลน์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การพยาบาลพื้นฐาน

ด้วยการจัดการเรียนรู้ในวิชาปฏิบัติหลักและเทคนิคการพยาบาล ยังประสบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการถ่ายทอดความรู้ในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติในเวลาที่จำกัด ทำให้นักศึกษาบางส่วนยังขาดโอกาสในการทบทวนเนื้อหาและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านพื้นฐานความรู้ ความเร็วในการเรียนรู้ และความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะของนักศึกษา ส่งผลให้การเรียนรู้ไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร อีกทั้งยังไม่พบว่ามีการพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ซ้ำ การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติจริง (Phomthong, 2023)

ในบริบทของการจัดการเรียนรู้ในยุคปัจจุบัน ซึ่งผู้เรียนมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่พึ่งพาสื่อดิจิทัลและการเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา การขาดเครื่องมือหรือแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา อาจส่งผลต่อแรงจูงใจ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานอย่างยั่งยืน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักและเทคนิคการพยาบาล รวมทั้งสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทุกที่ทุกเวลา จึงมีความสนใจศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์ หลักการและเทคนิคการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 อันจะช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

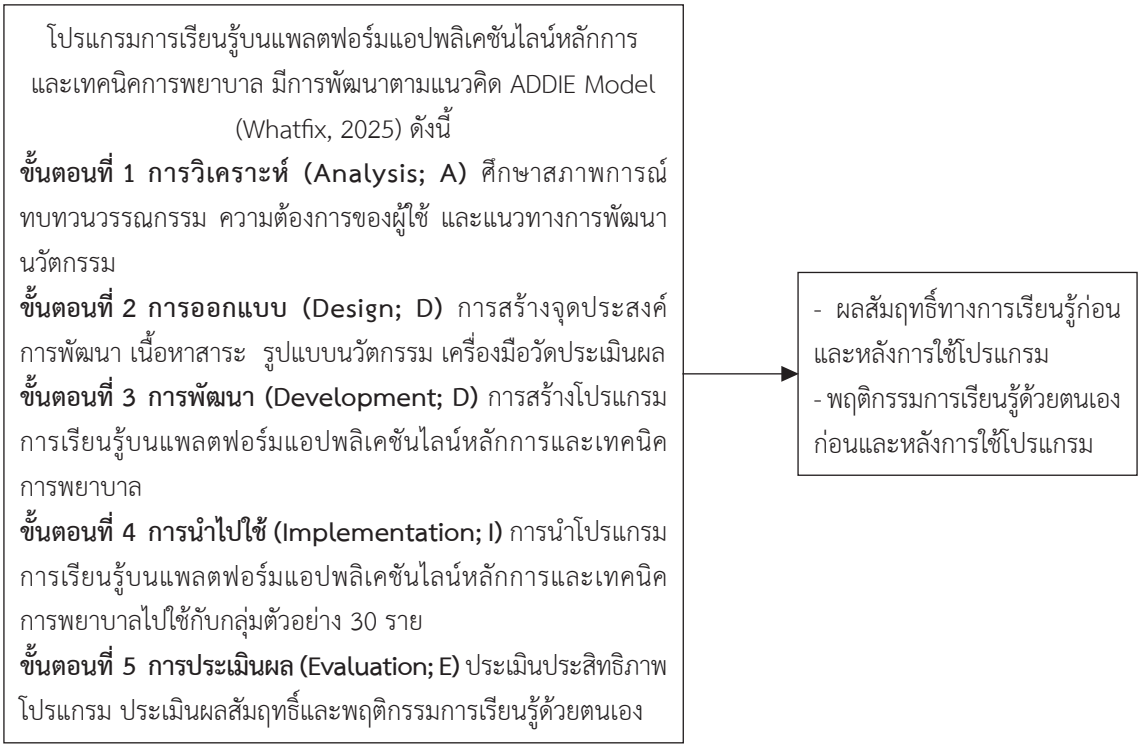
วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชั่นไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อผลสัมฤทธิ์และพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล

2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (a quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design)

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 99 ราย

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 64 คน ปีการศึกษา 2565

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
2. ลงทะเบียนเรียนวิชาหลักและเทคนิคการพยาบาล
3. ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิต

เกณฑ์คัดออก

1. มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหรือจิต

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลโดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 of test) ที่ .80 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้งานวิจัยใกล้เคียง (Polhan, Wattanakitkrileart, & Pongthavornkamol, 2019) ได้ค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.32 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน เพื่อป้องกันขอถอดตัวออกจากการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เป็น 65 ราย ซึ่ง มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกด้วยมีปัญหาของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในเครื่องมือสื่อสาร จึงคงเหลือ 64 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้หลักและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ โดยมี 4 ตัวเลือก แบบ ก ข ค ง ซึ่งมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว โดยเป็นข้อสอบที่พัฒนาขึ้นตามแนวทาง ของวิชาหลักและเทคนิคการพยาบาล สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ผู้วิจัยนำแบบวัดของ Samphaothong (2011) มีลักษณะเป็นข้อความ จำนวน 46 ข้อ ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 6 ระดับ ได้แก่ “จริงที่สุด” “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” และ “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสูงและผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต่ำ (Paladgong, 2019)

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้หลักและเทคนิคการพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็น อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย กำหนดให้มีค่า 0.8 ขึ้นไป นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่า 0.86 และหาค่า KR-20 ของแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้หลักและเทคนิคการพยาบาล ได้ค่า 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC ลงวันที่ 02-04-2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการวัดผลคะแนนใด ๆ รายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลกลุ่มตัวอย่างและทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลฯ
2. ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการและพัฒนานักศึกษา เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล
4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาล และ แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนการทดลอง
5. ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาลในช่วงของการเตรียมความพร้อมก่อนการศึกษาตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยช่องสื่อการเรียนรู้แบบ VDO สาธิตการพยาบาลพื้นฐาน ช่องเอกสารประกอบการสอนการพยาบาลพื้นฐานและช่องแบบทดสอบก่อน หลังเรียน และการขอคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยกำหนดให้เข้าเรียนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่พร้อมเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1 เดือน
6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาล และ แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง
3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาล และพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t- test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง (n = 64) เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.50-3.00 คิดเป็นร้อยละ 82.81 (n = 53) รองลงมาคือ 3.01-3.50 คิดเป็นร้อยละ 17.19 (n = 53) เหตุผลของการเลือกเรียนวิชาชีพพยาบาล พบว่า จบมามีงานทำมั่นคง คิดเป็นร้อยละ 100 (n = 64)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาล พฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชั่นไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการทดลอง (*M* = 11.13, *SD* = 3.36) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ (*M* = 5.23, *SD* = 1.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชั่นไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล (n = 64)

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาล	*M*	*SD*	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วม	5.23	1.82	-13.460	<.001
หลังการเข้าร่วม	11.13	3.36		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองหลังการทดลอง (*M* = 4.52, *SD* = 4.09) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ (*M* = 4.57, *SD* = 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล (n = 64)

พฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง	*M*	*SD*	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วม	4.52	4.09	9.919	<.001
หลังการเข้าร่วม	4.57	0.38		

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักและเทคนิคการพยาบาลเพิ่มขึ้น จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองและผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนในรายวิชาหลักและเทคนิคการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการเรียนรู้ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ มีการวางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทบทวนเนื้อหาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้สื่อการเรียนรู้ซ้ำตามความต้องการของตนเองมากขึ้น รวมทั้งมีความกล้าในการซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนและเพื่อนร่วมชั้นผ่านแพลตฟอร์ม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้เชิงรุกในศตวรรษที่ 21 (Sriboonphimsuai, 2014) นอกจากนี้ ลักษณะของแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา เอื้อต่อการเรียนรู้ตามจังหวะของผู้เรียน (self-paced learning) และช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ส่งผลให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีกับการฝึกปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องผ่านการสนทนา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้ข้อเสนอแนะระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ถือเป็นกระบวนการสื่อสารที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมกับช่วงวัยของนักศึกษา (Anukulvech, 2012; Comas-quinn, 2011;)

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Thathong, Sritarapiphat, and Kaewkhiao (2019) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 พบว่า นักศึกษามีผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์อยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแพลตฟอร์มดังกล่าวมีศักยภาพในการส่งเสริมทั้งด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (web-based instruction) ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ของนักศึกษา ที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (Chobjit, Chaisombat, & Mahamit Wongsan, 2017) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaroenanan, Supthanachapakhana, and Thongsorn (2019) ที่นำสื่อนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งเป็นวิธีการลดข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการสื่อสารภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว การเรียนออนไลน์ที่มีเนื้อหาการเรียนวางบนแพลตฟอร์มนั้น ผู้เรียนสามารถเข้ามาศึกษาเรียนรู้ได้ตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์การสนทนาระหว่างผู้เรียนและผู้สอนกับบทเรียนบนแพลตฟอร์มได้ตลอดเวลา และเหมาะสมกับช่วงวัยของนักศึกษาในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีดิจิตัล และยังลดช่องว่างในการเรียนรู้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้หลักการและเทคนิคการพยาบาลเพื่อเพิ่มผลการเรียนและเตรียมความพร้อมการเรียนให้ดียิ่งขึ้น

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์ในรายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบผลโปรแกรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์หลักการและเทคนิคการพยาบาลและการเรียนรู้แบบอื่น ๆ

References

Anukulvech, A., (2012). *Blended Learning*. http://www.chontech.ac.th/_abichat/1/index.php/option.html. [In Thai]

Boromrajonnani College of Nursing Surin. (2022). *Bachelor of nursing science curriculum revised edition 2022*. Surin: Boromrajonnani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Phra Baromrajchanok Institute. [In Thai]

Chaiyachanaroongreung, W. (2008). *The effects of preparedness in practical training on knowledge, attitudes, and skills in nursing individuals with health problems*. Saraburi: Boromrajonani College of Nursing Saraburi. [In Thai]

Chobjit, D., Chaisombat, D., & Mahamit Wongsan, S. (2017). The effect of learning management using Web-Based Instruction in the course of family and community nursing 2 for nursing students at Boromarajonani College of Nursing Phayao. *Journal of Nursing and Health Research, 164*(14), 95-105. [In Thai]

Chuto, P., Niyomka, S., & Yotharith, J. (2014). The results of blended teaching management to enhance information technology competencies to support the practical training of fourth-year nursing students at Chiang Mai University. *Journal of Nursing and Education, 7*(4), 156-167. [In Thai]

Comas-Quinn, A. (2011). Learning to teach online or learning to become an online teacher: an exploration of teachers' experiences in a blended learning course. *European Association for Computer Assisted Language Learning, 23*(3), 218-232. https://doi.org/10.1017/S0958344011000152.

Line Developer. (2023). *Messaging API Overview*. from https://developers.line.biz/en/docs/messaging-api/overview

Jaroenanan, T., Supthanachapakhana, S., & Thongsorn, P. (2019). The results of organizing online learning activities using Google Classroom on creating works with Microsoft PowerPoint for 6th grade students. *Journal of Education, MMU. 7*(1), 381-396. [In Thai]

Jamjaeng, S., Atthametakul, W., & Pitaksin, D. (2018). The effects of preparedness in nursing practice training on a patient ward in a systematic manner for second-year Bachelor of Nursing Science students at Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Ubon Ratchathani University Science and Technology Journal, 20*(3), 147-163.

Paladgong, N. (2019). *The development of self-directed learning of learners in the distance education system using a learning management model with scaffolding techniques to enhance learning*. Doctor of Philosophy in Applied Psychology, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. Bangkok. [In Thai]

Phomthong. (2023). *Report on the implementation results of the Fundamentals of Nursing course*. Boromrajonnani College of Nursing Surin. Faculty of Nursing, Phra Baromrajchanok Institute. [In Thai]

Polhan, B., Wattanakitkrileart, D., & Pongthavornkamol, K. (2020). The effects of education and inhaler skills program through line application on symptom control among asthmatic patient. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(3), 93-103. [In Thai]

Thathong, B., Sritarapiphat, P., & Kaewkhiao, B. (2019). The effect of teaching management by applying LINE application on learning outcomes and satisfaction of Bachelor of Science in Nursing students in the course of nursing care for individuals with health problems 1, Boromrajonani College of Nursing Chainat. *Boromrajonani College of Nursing Uttaradit Journal, 11*(1), 155-168. [In Thai]

Sriboonphimsuai, W. (2014). Factors influencing self-directed learning of nursing students at Boromarajonani College of Nursing Udon Thani. *Journal of Nursing and Education, 7*(4), 78-91. [In Thai]

Samphaothong, P. (2011). Effects of intrinsic motivation to learn and self-directed learning ability development on self-directed learning behavior of Chandrakasem Rajabhat University students. *Journal of Behavioral Science, 17*(1), 101-118.

Whatfix. (2025). *ADDIE Model: 5 stages of instructional design*. Retrieved from https://whatfix.com/blog/addie-model-instructional-design/

การพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบเกมมิฟิเคชันเพื่อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล

อังศณา คล้ายสุข, พย.ด.[1] นันทภัค ชนะพันธ์, พย.ม.[1]* เนตดา วงศ์ทองมานะ, พย.ม.[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล และศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาต่อองค์ประกอบของสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต กระบวนการพัฒนาสื่อ 5 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ (Analysis) 2) การออกแบบสื่อ (Design) โดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการเกม 3) การพัฒนาและสร้างต้นแบบสื่อ (Development) 4) การนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) โดยประเมินการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ต่อองค์ประกอบของการออกแบบเกมคอมพิวเตอร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัยประกอบด้วย สื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบประเมินการรับรู้ของผู้เล่นต่อองค์ประกอบการออกแบบเกมคอมพิวเตอร์ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.959 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า สื่อเกมมิฟิเคชันที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนแนะนำกติกาและการเล่นเกม ส่วนเกมเทคนิคการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต และส่วนเกมฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาในสถานการณ์สมมติ ผลการประเมินการรับรู้ของนักศึกษาต่อองค์ประกอบของสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ต่อองค์ประกอบของเกมในระดับสูง (Mean = 4.23, SD = 0.38) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเนื้อหาและการเล่าเรื่องของเกม (Mean = 4.35, SD = 0.66) รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านกฎและกติกาของเกม (Mean = 4.42, SD = 0.61) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบในการออกแบบที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยเป็นข้อมูลที่สำคัญในการปรับปรุงสื่อการเรียนรู้เรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง

คำสำคัญ: เกมมิฟิเคชัน การให้คำปรึกษา ผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาล

---

[1] อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nantapuk.c@stin.ac.th

Received 01/09/2025 Revised 25/12/2025 Accepted 28/12/2025

Development of a Gamification-Based Media for Mental Health Counseling in the Elderly among Nursing Students

Aungsana Khlaisuk, D.N.S.[1], Nantapuk Chanapan, M.N.S.[1]*, Netda Wongthongmana, M.N.S.[1]

Abstract

This study aimed to develop Gamification-Based Media for Mental Health Counseling and to examine students' perceptions toward the components of the gamified mental health counseling media. The development process consisted of five phases: 1) problem and needs analysis 2) Game design 3) prototype development 4) Implementation and 5) Evaluation. The evaluation phases focused on assessing third-year nursing students' perceptions of computer game design components. A purposive sampling method was used, yielding a sample of 50 third-year nursing students. The research instruments included the gamified mental health counseling and a questionnaire to assess players' perceptions of game components. The reliability coefficient of the questionnaire was 0.959. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the developed gamified media comprised three main components: the game rules and gameplay tutorial section, the mental health counseling techniques game section, and the simulated scenario-based counseling practice game section. The evaluation results indicated that students demonstrated a high level of perception toward the gamified media components (Mean = 4.23, SD = 0.38). The highest mean score was found in the content and game narrative domain (Mean = 4.35, SD = 0.66), followed by the game rules and regulation domain (Mean = 4.42, SD = 0.61). The findings suggest that the developed media design components effectively supported nursing students' learning. The results provide essential evidence for improving mental health counseling learning media to promote expected learning outcomes.

Key words: Gamification, Mental health counseling, Elderly, Nursing students

[1] Instructor, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok

* Corresponding author e-mail: nantapuk.c@stin.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศและการเรียนรู้ในยุคดิจิทัล โดยมีการมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการศึกษา (Yanawongsa, Intasingh, Nguenyuang, & Intanet, 2021) คือผู้เรียนมีความรู้ ทักษะหรือความสามารถ ซึ่งต้องเริ่มจากการกำหนดสิ่งที่ผู้เรียนจะต้องทำได้เมื่อผ่านการเรียนในรายวิชา/หลักสูตร ตามด้วยการออกแบบการประเมินผลและการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ สำหรับการจัดการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ ได้มีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ไว้หลากหลาย อย่างไรก็ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีความสำคัญคือ ผู้เรียนมีความรู้ทางการพยาบาลและสามารถนำความรู้นั้นลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม (Jinruang, Nithitantiwat, & Naraphong, 2018)

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้คือ ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนที่เป็นการสอนแบบดั้งเดิม เช่น การบรรยาย และ ฝึกทดลองปฏิบัติการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ฯลฯ อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวยังเน้นการเรียนการสอนที่อยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมในห้องเรียน ในขณะที่ผู้เรียนในยุคดิจิทัลมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเทคโนโลยี เช่น วิดีโอเกม สังคมออนไลน์ (Tavares, 2022) การออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบดิจิตอล (Digital environment) จึงมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้เรียนในยุคปัจจุบัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎีนำลงสู่การปฏิบัติการทางคลินิกได้ (Kozub, 2025)

การเรียนรู้โดยการใช้เกมในการศึกษาทางการพยาบาลเป็นแนวคิดการเรียนแบบใหม่ (Choosang, Chai-ngam, & Pongkiatchai, 2023) และมีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในยุคดิจิทัล (Kozub, 2025; Tavasres, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การเรียนรู้โดยใช้เกมมีการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหลักสูตรและหลากหลายเนื้อหาทางการพยาบาล (Kuruca Ozdemir & Dinc, 2022) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และสามารถพัฒนาทักษะของผู้เรียนได้ (Kozub, 2025) สำหรับการใช้เกมในการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตมีจำกัด พบมีเพียงการศึกษาผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการให้คำปรึกษาในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า ช่วยพัฒนาความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและลดความวิตกกังวลของผู้เรียนในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Ruangpermpoon, Rongmuang Yagi, & Samarksavee, 2020) นอกจากนี้มีการศึกษาการใช้วิดีโอสถานการณ์สมมติการให้คำปรึกษา พบว่า การใช้สื่อวิดีโอในการสอนพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาของผู้เรียนได้ (Hasna & Suwarjo, 2023) การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตโดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเกม (gamification) ซึ่งเป็นแนวคิดได้รับการนิยมอย่างแพร่หลายและมีการนำไปใช้ในการออกแบบสื่อที่การส่งเสริมผลการเรียนรู้ในหลากหลายกลุ่มผู้เรียน (Groening & Binnewies, 2019) ตลอดจนบริบททางการศึกษาพยาบาล (Karcı, Akpınar, & Yuce, 2024)

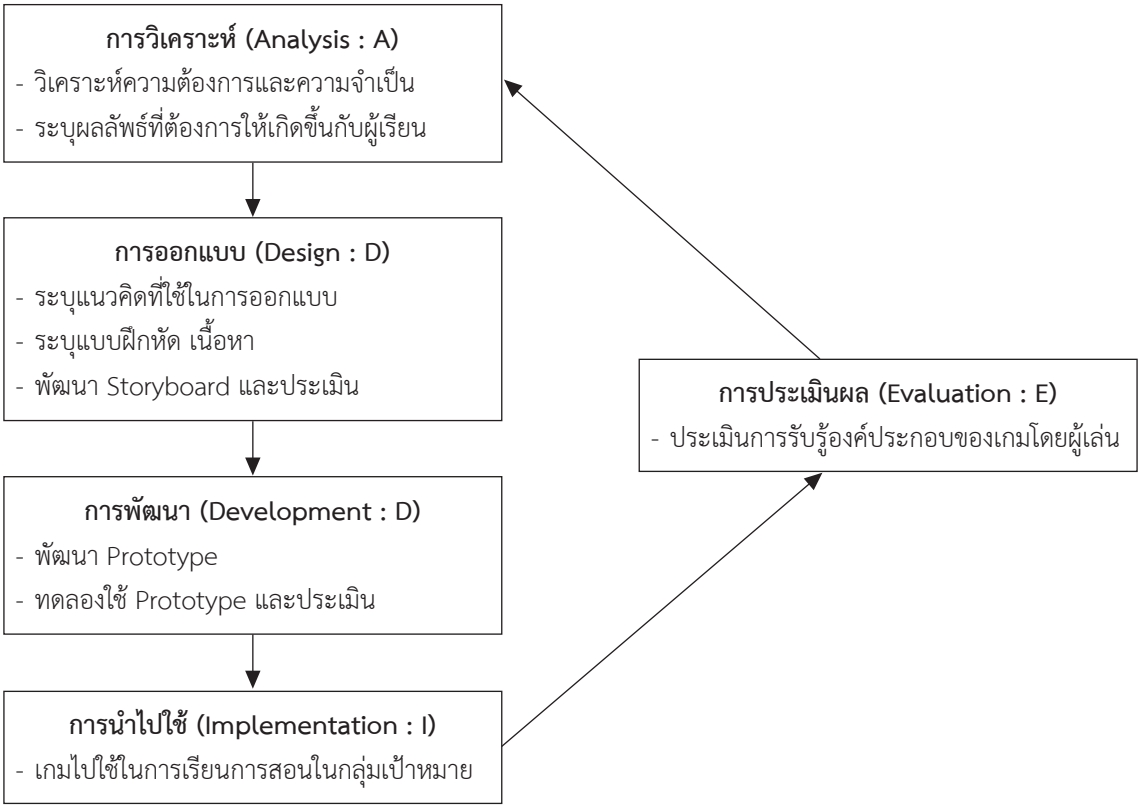
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อองค์ประกอบการออกแบบสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์ใช้

กรอบแนวคิดการออกแบบการเรียนรู้ ADDIE Model ของ McGriff (2000) เป็นแนวคิดสำหรับการออกแบบที่ถูกใช้โดยผู้พัฒนาและนักการศึกษาในการออกแบบการเรียนรู้และมีการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการออกแบบเกมทางการศึกษา (Choosang et al. 2023) ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis : A) เป็นการประเมินความต้องการและความจำเป็นสำหรับการพัฒนา โดยการวิเคราะห์ผู้เรียน ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ตลอดจนข้อจำกัดของการเรียนรู้ของผู้เรียน ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design : D) ขั้นออกแบบและพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ผู้ออกแบบระบุแนวคิดที่ใช้ในการออกแบบเกม ทั้งแบบฝึกหัด เนื้อหา ประเภทของเกมและ Storyboard ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development : D) เป็นระยะการพัฒนา Prototype ที่พร้อมสำหรับการนำไปใช้ในการเรียนการสอน ผู้พัฒนาและผู้เกี่ยวข้องทดลองใช้ prototype ด้วยตนเองและพัฒนาปรับปรุงจนพร้อมนำไปใช้กับผู้เรียน ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (Implementation : I) เป็นการวางแผนการนำเกมไปใช้ในการเรียนการสอนในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลของการเกม มีทั้งการประเมินผลระหว่างทาง (Formative evaluation) เพื่อพัฒนาคุณภาพของเกมและการประเมินสรุป (Summative evaluation) เป็นการประเมินสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาสื่อ และการระบุผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้เรียน

วิธีดำเนินการ: ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสารการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ประเมินโดยผู้เรียนและผู้สอน และสื่อการเรียนการสอนเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อศึกษาความต้องการของผู้เรียนและข้อจำกัดของการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน ศึกษาเอกสารมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของรายวิชาที่ระบุผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนในหัวข้อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมร่วมกันระบุสมรรถนะที่จำเป็นต้องพัฒนาในนักศึกษาพยาบาล พร้อมทั้งพิจารณาข้อจำกัดและบริบทของการใช้สื่อดิจิทัลในกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design) เป็นขั้นตอนที่ระบุแนวคิด แบบฝึกหัด เนื้อหาและสร้าง Storyboard สำหรับเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตและการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ของ Story board

วิธีดำเนินการ: 1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกม การใช้สื่อดิจิทัลในการเสริมสร้างการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาล และเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการและขั้นตอนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ภายหลังทบทวนวรรณกรรมทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันสรุปแนวคิดที่ใช้ในการออกแบบสื่อการเรียนรู้คือ แนวคิดกระบวนการเกม (MDA Framework) ของ Hunicke (2004) ที่ระบุว่า การพัฒนาเกมเพื่อการศึกษา องค์ประกอบของเกมควรประกอบด้วย กลไก (Mechanics) เช่น กฎ กติกา และระบบการโต้ตอบในเกม พลวัตร (Dynamics) เช่น การกำหนดเวลา ความท้าทาย การให้รางวัล และ สุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) ที่สร้างอารมณ์เชิงบวก ความสนุก และแรงจูงใจให้ผู้เล่นกลับมาเล่นซ้ำ 2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาออกแบบเกมการเรียนรู้ โดยจัดทำเป็น Story board แสดงขั้นตอนและเนื้อหาทั้งหมดที่จะมีในเกมการเรียนรู้เรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต และประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของ Story board

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: Story board เกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล แสดงเนื้อหาและส่วนประกอบทั้งหมดที่จะอยู่ภายในเกม ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ (1) ส่วนคำแนะนำกติกา วิธีการเล่นและการสะสมคะแนน (2) เกมเทคนิคการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ประกอบด้วยเนื้อหาสรุปความรู้เรื่องกระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต 5 ขั้นตอน และแบบฝึกหัดการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต จำนวน 10 ข้อคำถาม พร้อมเฉลยแบบฝึกหัดแต่ละข้อ รวมถึงรูปแบบการตอบคำถามภายในเวลาที่กำหนด ระบบคะแนนสะสมและการให้ข้อมูลป้อนกลับ และ (3) เกมฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา เป็นเนื้อหาสถานการณ์จำลองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาขอรับคำปรึกษา พร้อมแบบฝึกหัดการเลือกประโยค/ข้อความที่ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และการให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมถึงการอธิบายระบบการสะสม ผู้วิจัยประเมินความสอดคล้องของ Story board กับแนวคิดการพัฒนาเกมและเนื้อหาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและการพัฒนาสื่อการสอนทางการศึกษาพยาบาลโดยใช้กระบวนการเกม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันว่าเนื้อหาของ Story board สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข ปรับเพิ่มระบบการสะสมคะแนน เพิ่มรูปแบบสื่อให้ผู้เล่นรู้สึกถึงความตื่นเต้น ท้าทายและการแข่งขัน โดยการเพิ่มบอร์ดแสดงคะแนนสะสม

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development) เป็นขั้นตอนการพัฒนา Prototype ของเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต การทดลองใช้และประเมิน Prototype โดยทีมผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีดำเนินการ: ผู้วิจัยติดต่อผู้พัฒนาเกมที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีทางการศึกษา ประชุมเพื่ออธิบายแนวคิดและเนื้อหาของ Story board เกมการให้คำปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่ความน่าสนใจของเกมจากผู้พัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญและวางแผนการจัดทำเกม Prototype ร่วมกัน

เครื่องมือวิจัย: สื่อ Prototype เกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตที่ออกแบบตาม Story board เกมประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่หนึ่งเป็นการแนะนำและสร้างแรงจูงใจ อธิบายกติกา วิธีการเล่น ระบบคะแนนและเงื่อนไขการได้รับใบรับรอง ส่วนที่สอง เกมเทคนิคการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ประกอบด้วยวิดีโอความรู้สั้น

ประมาณ 2 นาที ตามด้วยเกมตอบคำถามจำนวน 10 ข้อ ภายในเวลา 30 วินาทีต่อข้อ ผู้เล่นต้องทำคะแนนสะสมไม่น้อยกว่า 80 คะแนนจึงจะผ่านด่าน ส่วนที่สาม เกมฝึกปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ ผู้เล่นต้องเลือกการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจำนวน 8 สถานการณ์สมมติ และต้องทำคะแนนไม่น้อยกว่า 70 คะแนนเพื่อผ่านด่าน ในทุกข้อของการตอบคำถาม มีระบบการสะสมคะแนน ตารางแสดงคะแนนของผู้เล่น และการดาวน์โหลดใบประกาศนียบัตรเมื่อเล่นเกมผ่าน ผู้วิจัยและทีมทดลองใช้เกม Prototype ด้วยตนเองและให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขกับผู้พัฒนา หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเกม Prototype ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ Prototype รวมทั้งความน่าสนใจและการใช้งานง่าย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.75

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (Implementation) เป็นการนำสื่อเกมมิฟิเคชันไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายภายใต้สภาพแวดล้อมจริง

วิธีดำเนินการวิจัย: ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้ช่วยวิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการ สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม และมาตรการรักษาความลับ เมื่อมีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ QR code เพื่อเข้าถึงสื่อเกมมิฟิเคชัน ซึ่งประกอบด้วย วิดีโอสรุปความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต (ประมาณ 3 นาที) เกมตอบคำถามเทคนิคการให้คำปรึกษาจำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก มีคะแนนสะสมเมื่อเลือกคำตอบที่ถูกต้อง (ประมาณ 15 นาที) เกมฝึกปฏิบัติการเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยดูวิดีโอและเลือกประโยคที่เหมาะสม จำนวน 8 ข้อ (ประมาณ 20 นาที) รวมเวลาใช้สื่อทั้งหมดไม่เกิน 50 นาที โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าเล่นเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตให้เสร็จสิ้นภายใน 2 สัปดาห์นับจากวันที่ได้รับ QR code

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตที่พัฒนาปรับปรุงภายหลังได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย วิดีโอสรุปความรู้เรื่องขั้นตอนให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต เวลาประมาณ 2 นาที เกมตอบคำถามทักษะการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ในการตอบคำถามผู้เล่นต้องกดคำตอบภายในเวลา 30 วินาที หากไม่ตอบตามเวลาที่กำหนดผู้เล่นจะไม่ได้รับคะแนนในข้อและหากผู้เล่นตอบถูกจะได้รับคะแนนสะสมในแต่ละข้อและหากตอบผิดจะได้รับข้อมูลป้อนกลับและให้เลือกตอบใหม่จนกว่าจะตอบถูก และ เกมฝึกทดลองเป็นผู้ให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์สมมติผ่านเกมตอบคำถาม โดยผู้เล่นจะต้องเลือกประโยคคำพูดหรือการตอบสนองต่อพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษาจากวิดีโอสถานการณ์สมมติทั้งหมด 8 ข้อในแต่ละข้อคำถามจะมีกำหนดเวลาการตอบ คะแนนสะสมและการให้ข้อมูลป้อนกลับที่เช่นเดียวกับเกมเทคนิคการให้คำปรึกษา สื่อเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.75

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 207 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2567 และ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้ค่าขนาดอำนาจการทดสอบ (power) 0.95 ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ effect size 0.5 ตามการศึกษาของ Li, Ma, and Shi (2023) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินองค์ประกอบของสื่อเกมมิฟิเคชันตามการรับรู้ของผู้เล่นเกม

วิธีดำเนินการวิจัย: ภายหลังกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เล่มเกมการให้คำปรึกษาเสร็จสิ้น จนได้รับใบประกาศนียบัตร และนำส่งไฟล์ใบประกาศนียบัตรแก่ผู้วิจัยผ่านช่องทางออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับลิงก์แบบประเมินแบบประเมินการรับรู้ของผู้เล่นต่อองค์ประกอบของการออกแบบเกมคอมพิวเตอร์เพื่อประเมินองค์ประกอบของเกม

ด้านกลไกของเกม ความเป็นพลวัตรและด้านสุนทรียศาสตร์ เพื่อยืนยันว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน

เครื่องมือวิจัย: เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้เล่นต่อองค์ประกอบการออกแบบเกมคอมพิวเตอร์ แบบสอบถามชนิดตอบเองที่พัฒนาโดย สุวิช ถิระโคตร (Tirakoat, 2020) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของสื่อเกมมิฟิเคชัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการออกแบบเกม 3 องค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาและการเล่าเรื่องของเกม ซึ่งประเมินความน่าสนใจและความชัดเจนของเนื้อหา 2) ด้านความท้าทายและการแข่งขัน ที่ดูระดับความยากง่ายและแรงจูงใจในการเล่น 3) ด้านความงามและสุนทรียะ ที่ประเมินการออกแบบภาพและเสียง 4) ด้านส่วนติดต่อและประสบการณ์ผู้ใช้ ที่ดูความสะดวกในการใช้งาน 5) บทบาทและสังคมของตัวละคร ที่ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เล่น และ 6) ด้านรางวัล ที่ดูแรงจูงใจจากระบบคะแนนและผลตอบแทน 7) องค์ประกอบด้านกฎกติกาของเกม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนมาก หมายถึง สื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตมีการออกแบบสอดคล้องกับแนวคิดองค์ประกอบของเกมมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง สื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตมีการออกแบบสอดคล้องกับแนวคิดองค์ประกอบของเกมน้อย แบบประเมินการรับรู้ของผู้เล่นต่อองค์ประกอบการออกแบบเกมคอมพิวเตอร์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นในนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาคอมพิวเตอร์แอนิเมชัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha) เท่ากับ 0.984 การศึกษานี้ได้นำเครื่องมือมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลง และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในนักศึกษาพยาบาลได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.959

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2567 และ 2) ใช้สื่อเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตครบทุกด่าน 3) ได้รับใบประกาศนียบัตรจากเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 50 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายการรับรู้ของผู้เล่นต่อองค์ประกอบของเกม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย รหัสโครงการวิจัย COE No.05/2025 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2568 การศึกษาครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงต่ออาสาสมัคร เนื่องจากเป็นเพียงการทดลองใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมอาจรู้สึกวิตกกังวล อึดอัด ไม่สบายใจ หรือเสียเวลา เนื่องจากต้องใช้สื่อเกมมิฟิเคชันและตอบแบบสอบถามเป็นระยะเวลาประมาณ 50 นาที หากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนหรือผลการศึกษาของนักศึกษา ผู้วิจัยมีมาตรการรักษาความลับของข้อมูลผู้เข้าร่วมโดยใช้รหัสการวิจัยแทนชื่อในแบบสอบถาม เก็บเอกสารในตู้ที่มีกุญแจล็อก และปกป้องข้อมูลที่จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ด้วยรหัสผ่านซึ่งเก็บเป็นความลับ เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาอย่างน้อย 3 ปี และจะทำลายเมื่อครบกำหนด

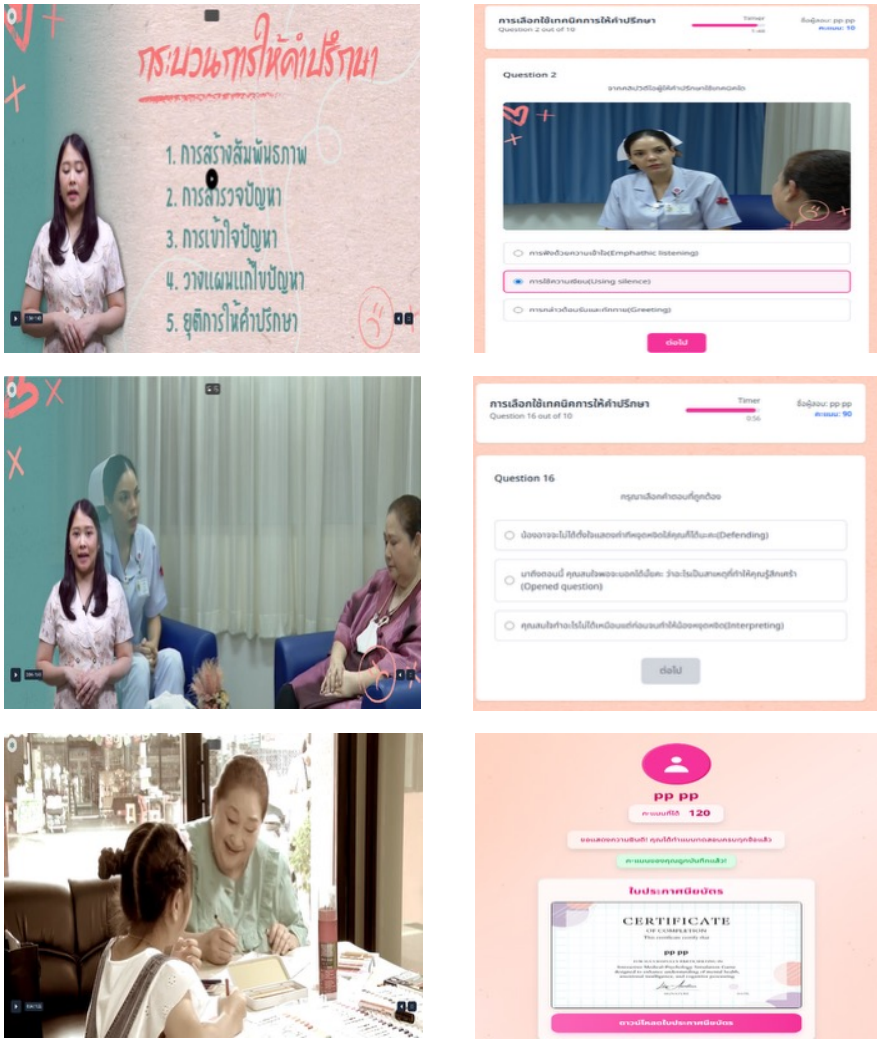
ผลการวิจัย

1) ผลการศึกษาการพัฒนาสื่อเกมการให้คำปรึกษาตามแนวคิด ADDIE

ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาสื่อจากการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนโดยนักศึกษาและอาจารย์ ในหัวข้อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต นักศึกษายังไม่เห็นภาพของกระบวนการให้คำปรึกษาที่ชัดเจนเนื่องจากขาดสื่อการเรียนรู้ที่แสดงให้เห็นกระบวนการและขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบเต็มรูปแบบ ส่วนของการเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงรายวิชา นักศึกษาหลายคนระบุว่า ต้องการสื่อการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมในการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองที่มีความปลอดภัยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต และสามารถนำไปใช้ได้จริงเมื่อต้องไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งนักศึกษาต้องได้รับมอบหมายให้คำปรึกษาเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 2 ผลการออกแบบสื่อเกมการให้คำปรึกษา ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ทางการพยาบาล ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การใช้เกมในการศึกษาทางการพยาบาลมีรูปแบบเกมที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบดั้งเดิม เช่น เกมตอบคำถาม อย่างไรก็ตามมีข้อสรุปจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ระบุว่า เกมที่ควรนำมาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาลคือ เกมจำลองสถานการณ์จริง (Simulation game) และองค์ประกอบของเกมที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนและส่งเสริมการเรียนรู้ ควรประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ กลไก (Mechanics: M) ส่วนประกอบ กติกา และกระบวนการโต้ตอบของเกมที่ชัดเจน ความเป็นพลวัตร (Dynamics: D) การออกแบบกิจกรรมที่สร้างความท้าทาย เช่น การแข่งขัน การจำกัดเวลา หรือการให้รางวัล และสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics: A) เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ทางอารมณ์ในทางบวกระหว่างเล่นเกม เช่น ความสนุกสนาน และแรงจูงใจในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้จึงได้ จัดทำ Story board สื่อเกมการให้คำปรึกษา ตามแนวคิด MDA framework และเนื้อหาเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตและเทคนิคการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต โดยจัดทำเป็น Story board สื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสื่อมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะปรับเพิ่มระบบการสะสมคะแนนและรูปแบบสื่อให้ผู้เล่นรู้สึกถึงความตื่นเต้น ท้าทายและการแข่งขัน โดยการเพิ่มบอร์ดแสดงคะแนนสะสม ภายหลัง story board ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จึงจัดทำสื่อเกมมิฟิเคชันต้นแบบเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 3 ผลการพัฒนา Prototype ของเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ผู้พัฒนาเกมเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาเกมและสื่อเชิงโต้ตอบ โดยผู้พัฒนาเกมมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนาสถานการณ์จำลองให้มีลักษณะการเล่าเรื่องในอดีตเพื่อกระตุ้นให้ผู้เล่นได้ติดตามเรื่องราวได้ง่าย และระบบการให้คะแนนที่ควรมีการหักลบคะแนนสะสมหากผู้เล่นตอบคำถามผิด ภายหลังการพัฒนา Prototype เสร็จสิ้น ได้นำเกมการให้คำปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผลการประเมิน พบว่า มีค่าความสอดคล้องกันเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา Prototype ปรับปรุงให้มีองค์ประกอบด้านสุนทรียศาสตร์ มากขึ้น โดยเพิ่มเสียงจับเวลาในการเลือกตอบคำถามแต่ละข้อ ปรับสีพื้นหลัง เสียงและกราฟฟิกในเกม ปรับปรุงเนื้อหาเทคนิคการให้คำปรึกษา ให้เฉลยคำตอบให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น เพิ่มประโยคและเทคนิคที่ไม่ควรในการให้คำปรึกษา ภายหลังการปรับปรุงได้สื่อเกมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ดังภาพที่ 2 ตัวอย่างสื่อเกมมิฟิเคชันการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล



ภาพที่ 2 สื่อเกมมิฟิเคชันการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต

2) ผลการนำสื่อไปทดลองใช้และการประเมินผลการรับรู้ของนักศึกษาต่อองค์ประกอบสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ของนักศึกษาต่อองค์ประกอบของสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้องค์ประกอบของสื่อโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.23 (SD. = 0.38) และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้รายข้ออยู่ระหว่าง 3.36 - 4.71 (SD = 0.55 - 1.27) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านกลไก (Mechanics) คือ เกมมีองค์ประกอบด้านเนื้อหาและการเล่าเรื่องของเกมอยู่ในระดับดีและมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean 4.42, SD = 0.61) รองลงมาคือด้านพลวัตร (Dynamics) คือเกมมีองค์ประกอบด้านความท้าทายและการแข่งขันอยู่ในระดับดี (Mean 4.30, SD 0.64) และด้านสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) ในองค์ประกอบด้านความงามและสุนทรียะอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (mean 3.91, SD 0.89) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้องค์ประกอบของสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (n=50)

องค์ประกอบการออกแบบสื่อเกมมิฟิเคชัน	Mean	SD.
ด้านกลไก (Mechanics)		
องค์ประกอบด้านเนื้อหาและการเล่าเรื่องของเกม	4.42	0.61
ความเป็นพลวัตร (Dynamics)		
องค์ประกอบด้านความท้าทายและการแข่งขัน	4.30	0.64
สุนทรียศาสตร์ (Aesthetics)	4.16	0.63
องค์ประกอบด้านความงามและสุนทรียะ	3.91	0.89
องค์ประกอบด้านส่วนการติดต่อและประสบการณ์ผู้ใช้	4.33	0.55
องค์ประกอบด้านบทบาทและสังคมของตัวละคร	4.11	0.71
องค์ประกอบด้านรางวัล	4.07	0.71
องค์ประกอบด้านกฎและกติกาของเกม	4.35	0.66

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ “เกมทำให้ผู้เล่นได้ทดสอบความสามารถของตนเอง” (Mean = 4.71, SD = 0.55) รองลงมาคือ “เกมสามารถเล่นได้โดยอาศัยประสบการณ์เก่า” (Mean = 4.62, SD = 0.58) และ “เกมมีความยุติธรรมในการเล่น” (Mean = 4.57, SD = 0.67) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ “เกมทำให้เกิดการเสี่ยงดวงหรือเสี่ยงโชค” (Mean = 3.36, SD = 1.27)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาสื่อเกมการให้คำปรึกษาตามแนวคิด ADDIE พบว่า ขั้นตอนการพัฒนาสื่อเกมการให้คำปรึกษาที่มีการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็น ช่วยให้การพัฒนาสื่อได้ตอบสนองกับความต้องการของผู้เรียน ในขั้นตอนการออกแบบสื่อเกมการให้คำปรึกษา ที่มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านเนื้อหาความรู้ของการให้คำปรึกษาและการออกแบบเกมทางการศึกษา ช่วยให้มีแนวทางในการพัฒนาเกมที่ชัดเจน โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบเกม ตาม MDA framework ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในเกมการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการออกแบบเกมทางการศึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน (Bakke & Lewis, 2025; Phattsajatham, 2015)

ผลการศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อองค์ประกอบของสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต พบว่า คะแนนการรับรู้องค์ประกอบของการออกแบบสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านเนื้อหา กระบวนการเรียนรู้ และองค์ประกอบการออกแบบเกม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าคะแนนการรับรู้องค์ประกอบด้านเนื้อหาและการเล่าเรื่องของเกมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้องค์ประกอบมากที่สุด โดยเฉพาะในข้อ เกมทำให้ผู้เล่นมีเป้าหมายในการเล่นและเกมทำให้ผู้เล่นมีความต้องการค้นหาคำตอบตามเนื้อหาของเกม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในขั้นตอนการออกแบบสื่อการให้คำปรึกษา ผู้พัฒนาได้นำแนวคิดการออกแบบเกมด้านกลไก (mechanism) คือ ออกแบบให้เกมมีการอธิบายส่วนประกอบของเกม ขั้นตอนการเล่น กฎกติกาการเล่นเกมและการโต้ตอบต่าง ๆ ภายในเกม ทั้งการอธิบายด้วยภาพกราฟิก (Graphic) และใช้วิดีโอคลิปเป็นบุคคลอธิบายในแต่ละขั้นตอนของการเล่นเกม ซึ่ง

ทำให้ผู้เล่นรับรู้ถึงเป้าหมายในการเล่นเกมแต่ละด่านได้อย่างชัดเจน (Bakke & Lewis, 2025; Hunicke et al., 2004) นอกจากนี้ ในเกมสถานการณ์จำลองการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้พัฒนาได้ออกแบบเกมโดยใช้วิดีโอคลิปสถานการณ์จำลองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาขอรับคำปรึกษาพร้อมกับสอดแทรกวิดีโอเล่าเรื่องอดีต (Flash back) ที่เป็นวิดีโอแสดงสถานการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการกับปัญหาในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ผู้เล่นมีรู้สึกมีอารมณ์ร่วมในสถานการณ์จำลองซึ่งจะส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เล่น (Bakke & Lewis, 2025)

สำหรับการรับรู้องค์ประกอบของเกมด้านความเป็นพลวัตร (Dynamics) พบว่าคะแนนเฉลี่ยในข้อเกมทำให้ผู้เล่นได้ทดสอบความสามารถของตนเองสูงมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในเกมการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งสองเกม เป็นการฝึกให้ผู้เล่นตอบคำถามเรื่องเทคนิคการให้คำปรึกษา ในเกมแรกมีลักษณะคำถามที่วัดในหลากหลายระดับ ทั้งการถามความจำ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการให้คำปรึกษา ตลอดจนการนำเทคนิคการให้คำปรึกษาไปใช้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเกมที่สองเป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้ฝึกใช้ประโยคคำพูดต่าง ๆ เพื่อโต้ตอบกับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นเสมือนการได้ทดลองให้คำปรึกษาในสถานการณ์จริง การออกแบบเกมการศึกษาที่ให้ผู้เล่นได้ทดสอบตนเองและใช้ประสบการณ์เดิมช่วยเพิ่มแรงจูงใจและการคงอยู่ของความรู้ในระยะยาว อีกทั้งความยุติธรรมของระบบเกมยังช่วยเสริมแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย (safe learning environment) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Lai, Saab, & Admiraal, 2022)

การรับรู้องค์ประกอบของเกมด้านสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) พบว่าองค์ประกอบด้านกฎและกติกาของเกมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยเฉพาะในด้านเกมมีความยุติธรรมในการเล่นเกม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้พัฒนาได้มีการออกแบบการแสดงคะแนนคำตอบให้กับผู้เล่นอย่างชัดเจนในทุกข้อและมีการให้ข้อมูลป้อนกลับหากผู้เล่นเลือกคำตอบไม่ถูกตลอดจนการเฉลยคำตอบที่ถูกต้องพร้อมระบุเหตุผลที่ละเอียดชัดเจน องค์ประกอบที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) คือ “เกมทำให้เกิดการเสี่ยงดวงหรือเสี่ยงโชค” แม้ค่าคะแนนจะอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง แต่การกระจายตัวของข้อมูลมาก (SD = 1.27) แสดงถึงความเห็นที่หลากหลายของผู้เล่น ซึ่งอาจมาจากความคาดหวังที่แตกต่างกันต่อบทบาทของความเสี่ยงในเกมการศึกษา งานวิจัยของ Nylén-Eriksen et al. (2025) อธิบายว่าความเสี่ยงหรือโอกาสแบบสุ่ม มีประโยชน์สำหรับสถานการณ์จำลองที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ดังนั้นความองค์ประกอบด้านความเสี่ยงหรือโอกาสสุ่มอาจไม่จำเป็นสื่อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ที่ต้องการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและการใช้ความรู้ที่ถูกต้องแม่นยำมากกว่าเสี่ยงดวงหรือเสี่ยงโชค

นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบด้าน เกมช่วยคลายเครียดมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการออกแบบเกมที่มีลักษณะให้ผู้เล่นต้องเลือกตอบคำถามในทันภายในระยะเวลาที่กำหนด อีกทั้งเรื่องราวสถานการณ์ในผู้สูงอายุอาจทำให้ผู้เล่นรับรู้ได้ถึงอารมณ์ความรู้สึกเศร้าของตัวละคร ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้เล่นรู้สึกกดดันและไม่ผ่อนคลาย ดังการศึกษาของ Thomas and Baral (2023) ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมทางอารมณ์มีความสำคัญต่อการคงอยู่ของแรงจูงใจในการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน

การวิจัยนี้ได้พัฒนาสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินผลการใช้งาน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ต่อองค์ประกอบสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสูง โดยรับรู้สูงที่สุดในด้านการได้ทดสอบความสามารถตนเอง การใช้ประสบการณ์เดิม และความยุติธรรมของเกม และผลจากข้อเสนอแนะชี้ให้เห็นว่า จุดเด่นของสื่อคือความสนุกและสถานการณ์จำลองที่น่าสนใจ ส่วนที่ควรพัฒนาคือความซับซ้อนของเนื้อหา ปัญหาทางเทคนิค และความสมบูรณ์ของกราฟิกและเสียง โดยรวมสื่อที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อการเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำไปปรับปรุงต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการนำแนวคิดการออกแบบการเรียนการสอนของ ADDIE ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมการเรียนการสอนในการศึกษาทางการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบเกม เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้เรียนในยุคดิจิทัล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบทางอารมณ์ของผู้เรียนภายหลังการใช้สื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตและศึกษาประสิทธิผลของสื่อเกมมิฟิเคชันต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้ต่อการพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะของผู้เรียนในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ที่ได้ให้การสนับสนุนเงินทุนในการผลิตสื่อการเรียนรู้เรื่อง การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และความรู้ทางวิชาการอันมีค่า ซึ่งช่วยเสริมความถูกต้องและความสมบูรณ์ของสื่อเกมมิฟิเคชันเรื่องการให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้สละเวลาเข้าร่วมการใช้สื่อการเรียนรู้และตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อมูลอันทรงคุณค่าต่อความสำเร็จของงานวิจัย

References

Bakke, J., & Lewis, B. E. (2025). Escaping the ordinary: Mechanics, dynamics, and aesthetic-guided design and evaluation of an escape room for high-yield review in basic medical sciences. *Anatomical Sciences Education*. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/ase.70100

Chaiyachet, M. (2020). The development of counseling skills for counselors using the reflection process in communication teaching and counseling in health course. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 3*(2), 190-06. [In Thai]

Choosang, S., Chai-ngam, N., & Pongkiatchai, R. (2023). Instructional design under the concept of game-based learning for nursing education. *Journal of Food Health and Bioenvironmental Science, 16*(1), 60-70.

Groening, C., & Binnewies, C. (2019). "Achievement unlocked!": The impact of digital achievements as a gamification element on motivation and performance. *Computers in Human Behavior, 97*, 151-166. https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.02.026

Hasna, S. S., & Suwarjo, S. (2023). Effectiveness of basic counseling skills videos on student skills of opening and closing in micro counseling learning. In *Proceedings of the International Seminar on Delivering Transpersonal Guidance and Counselling Services in School (ISDTGCSS 2022)* (pp. 54-63). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/978-2-38476-034-3_9

Hunicke, R., LeBlanc, M., & Zubek, R. (2004). *MDA: A formal approach to game design and game research*. AAAI Workshop Technical Report.

Jinruang, S., Nithitantiwat, P., & Naraphong, W. (2018). Outcome-based education in nursing science. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 29*(2), 207-216.

Karcı, H., Akpınar, N., & Ozcan Yuce, U. (2024). Role-play-based gamification for communication skills and nursing competence in internal medicine nursing. *Journal of Nursology, 27*, 88-100. https://doi.org/10.17049/jnursology.1507481

Kuruca Ozdemir, E., & Dinc, L. (2022). Game-based learning in undergraduate nursing education: A systematic review of mixed-method studies. *Nurse Education in Practice, 62*, 103375. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103375

Kozub, H., Sipii, V., Kozub, Y., Bratytsya, G., & Bondarenko, L. (2025). Effectiveness of gamification in mobile and interactive learning: Analysis of approaches and outcome. *International Journal of Interactive Mobile Technologies, 19*(8), 27-41. https://doi.org/10.3991/ijim.v19i08.50917

Lai, Y., Saab, N., & Admiraal, W. (2022). University students' use of mobile technology in self-directed language learning: Using the integrative model of behavior prediction. *Computers & Education, 179*, 104413. https://doi.org/10.1016/j.compedu.2021.104413

Li, M., Ma, S., & Shi, Y. (2023). Examining the effectiveness of gamification as a tool promoting teaching and learning in educational settings: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 14*, 1253549. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253549

McGriff, S. J. (2000). *Instructional systems*. College of Education, Penn State University.

Nylén-Eriksen, M., Stojiljkovic, M., Lillekroken, D., Lindeflaten, K., Hessevaagbakke, E., Fløtlo, T. N., Hovland, O. J., Solberg, A. M. S., Hansen, S., Bjørnnes, A. K., & Tørris, C. (2025). Game-thinking: Utilizing serious games and gamification in nursing education – A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education, 25*(1), 140. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06531-7

Phattsajatham, P. (2015). Instructional system design by ADDIE model: The development of metacognition of nursing students. *Journal of Education, Silpakorn University, 13*(2), 6-17.

Potiratsombut, C., Srichannil, C., & Wongteeratorn, D. (2022). Counseling older adults: Counselors' perspectives. *Thai Journal of Clinical Psychology, 53*(3), 47-63. [In Thai]

Ruangpermpoon, K., Rongmuang Yagi, S., & Samarksavee, N. (2020). The effects of computer-assisted instruction of counseling on knowledge and anxiety in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 34*(3), 152-166. [In Thai]

Tavares, N. (2022). The use and impact of game-based learning on the learning experience and knowledge retention of nursing undergraduate students: A systematic literature review. *Nurse Education Today, 117*, 105484. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105484

Thomas, N. J., & Baral, R. (2023). Mechanism of gamification: Role of flow in the behavioral and emotional pathways of engagement in management education. *The International Journal of Management Education, 21*(1), 100718. https://doi.org/10.1016/j.ijme.2022.100718

Tirakoat, S. (2020). The perception of players toward computer game design. *Journal of Innovative Technology Management, 7*(1), 88-101. [In Thai]

Yanawongsa, T., Intasingh, S., Nguenyuang, S., & Intanet, N. (2021). Outcome-based curriculum: New approach for higher education curriculum. *Humanities and Social Sciences Journal of Pibulsongkram Rajabhat University, 15*(2), 279-291. [In Thai]

Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients Receiving Postoperative Chemotherapy in Hangzhou, China

Ye Song, M.N.S.[1], Khemaradee Masingboon, D.S.N.[2]*, Niphawan Samartkit, Ph.D.[3]

Abstract

This cross-sectional correlational study aimed to describe health-related quality of life (HRQoL) and to examine the relationships between symptom experience, social support, and HRQoL among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy in Hangzhou, China. 130 participants were recruited through simple random sampling from the Cancer Daycare Center of Sir Run Run Shaw Hospital in Hangzhou, China. Data were collected using a demographic information questionnaire and three validated Chinese-language scales including the Memorial Symptom Assessment Scale, the Perceived Social Support Scale, and the Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast (FACT-B). Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation.

Results showed that the mean HRQoL score was 93.45 (SD = 19.56). Symptom experience had a moderate negative correlation with HRQoL ($r = -.558$, $p < .01$). While social support had a moderate positive correlation with HRQoL ($r = .556$, $p < .01$)

The findings suggest that improving symptom management and enhancing social support may help promote better HRQoL among postoperative breast cancer patients undergoing chemotherapy.

Key words: Health-related quality of life, breast cancer, chemotherapy, symptom experience, social support

[1] Student of Master degree of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

[3] Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: khemaradee@nurse.buu.ac.th

Received 14/06/2025 Revised 22/12/2025 Accepted 28/12/2025

Significance of the Problem

Breast cancer is one of the most common malignant tumors among women worldwide, and its incidence has risen steadily in recent decades. According to the Global Cancer Statistics Report, it ranks second globally, with approximately 2.3 million new cases annually, accounting for 11.6% of all new cancer diagnoses and 6.9% of cancer-related deaths (Bray et al., 2024). In China, breast cancer remains the most frequently diagnosed cancer among women, with an estimated 420,000 new cases each year (Chen et al., 2019). In Zhejiang Province, particularly in Hangzhou, the incidence is higher than the national average, especially among women aged 40 to 59 highlighting its public health significance in this region.

Despite advances in early detection and treatment, breast cancer management often includes surgery followed by chemotherapy. Surgical side effects, including pain, swelling, restricted arm mobility, and changes in body image, particularly after mastectomy, can significantly affect patients' functional status and emotional well-being (Cordova, Hunter-Smith, & Rozen, 2019; Jang, Seong, & Sok, 2023). Chemotherapy further contributes to a decline in health-related quality of life (HRQoL), with side effects including fatigue, nausea, neuropathy, and hair loss (M. D. Anderson Cancer Center, 2023). Psychological effects such as anxiety, depression, and fear of recurrence are also common, along with cognitive difficulties often referred to as "chemotherapy-related cognitive dysfunction" (Li et al., 2022; Onzi et al., 2022). In addition, breast cancer treatment, including surgery and chemotherapy, affects patients' health-related quality of life.

HRQoL, defined as an individual's perception of their physical, psychological, and social well-being (World Health Organization, 2024), has become a key outcome in cancer care (Barger, Broom, Esposito, & Lane, 2020). Previous studies show that breast cancer patients receiving chemotherapy generally have lower HRQoL than the general population (Binotto, Reinert, Werutsky, Zaffaroni, & Schwartsmann, 2020). However, limited research has focused on symptom experience and HRQoL among postoperative breast cancer patients undergoing chemotherapy in Chinese clinical contexts.

Within the Symptom Management Theory, symptom experience is conceptualized as the individual's perception, evaluation, and response to symptoms, encompassing their frequency, intensity, distress, and personal meaning (Dodd et al., 2001). Among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy, symptom experience is multifaceted, involving physical symptoms such as pain, fatigue, nausea, and chemotherapy-induced peripheral neuropathy, as well as psychological symptoms including anxiety, depression, and fear of cancer recurrence (Li et al., 2022; Onzi et al., 2022). These interconnected symptom experiences play a critical role in shaping patients' functional status, emotional and social well-being, and overall health-related quality of life (HRQoL), underscoring the importance of comprehensive symptom assessment and management among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy in China.

Social support is another important factor related to HRQoL. It refers to the perceived help and emotional support from family, friends, healthcare professionals, and the broader community (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Evidence indicates that social support promotes psychological

adjustment, improves coping ability, and supports treatment adherence (Romeo et al., 2019). In a Chinese study, social support was significantly and positively correlated with HRQoL ($r = .745$, $p < .01$) (Zhang, Zhao, Cao, & Ren, 2017).

In Hangzhou, China, where the incidence of breast cancer continues to increase, factors associated with health-related quality of life (HRQoL) among affected patients remain insufficiently understood. Given the region's distinctive healthcare delivery system and sociocultural context, this study aimed to describe HRQoL and to examine its relationships with symptom experience and social support among postoperative breast cancer patients undergoing chemotherapy in Hangzhou, China. The findings are expected to inform strategies to improve care quality and HRQoL in similar clinical and cultural contexts.

Objectives of the study

This study aimed to assess the HRQoL of postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy in Hangzhou, China, and to examine the associations between symptom experience, social support, and HRQoL in this population.

Conceptual framework

The present study was guided by the revised Symptom Management Theory (SMT) (Dodd et al., 2001) and supported by existing literature. SMT outlines three interrelated components—symptom experience, symptom management strategies, and outcomes—shaped by individual and environmental factors (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997). In this study, symptom experience was categorized under the symptom domain. Social support, referring to perceived assistance from family, friends, and healthcare providers, was conceptualized as part of the environmental domain. HRQoL was examined as the outcome variable. This framework was used to explore the associations between symptom experience, social support, and HRQoL in postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy. The relationships among all variables are presented in Figure 1.

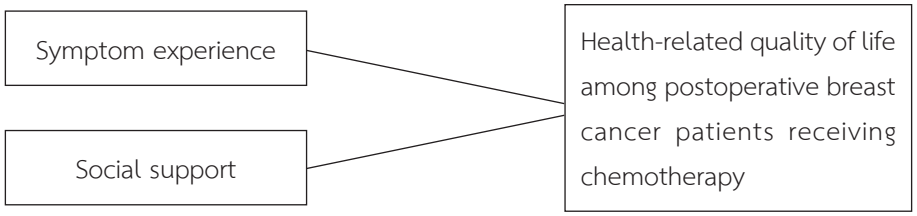


Figure 1 Research framework

Methods

Research Design

The cross-sectional correlational study was conducted to examine the association between symptom experience, social support, and HRQoL among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy in Hangzhou, China.

Population

The population of this study consisted of breast cancer patients who had received at least one course of postoperative chemotherapy and were currently receiving chemotherapy at the Cancer Daycare Center of the Sir Run Run Shaw Hospital of Zhejiang University in Hangzhou, China.

Sample, sample size, and sample recruitment

The samples were postoperative breast cancer patients receiving at least one course of chemotherapy at the Cancer Daycare Center of Sir Run Run Shaw Hospital in Hangzhou, Zhejiang Province, China. The inclusion criteria for the sample were: 1) age ≥ 18 years; 2) first-time diagnosis of stage I, II, or IIIA breast cancer; 3) ability to understand, read, write, and speak Chinese; 4) good orientation to place and time; and 5) no history of mental illness, other malignancies, or serious physical illnesses.

The sample size was calculated using G*Power 3.1.9.7 for correlation designs. An effect size of .25, based on previous research (Matthies et al., 2019), was used, with an alpha level of .05 and power of .90. The minimum sample size required for the study was 130 participants.

Eligible participants (approached by a staff nurse) were selected using simple random sampling. Each morning, a slip bearing an odd or even number was randomly drawn from a box. Participants on the eligibility list with corresponding odd- or even-numbered assignments were selected for that day. This process was conducted Monday through Friday, with approximately 25–40 participants recruited each week, until the target sample size of 130 was reached.

Research instruments

The researcher obtained permission to use all the instruments from the researchers. The research instruments are as follows.

1. The demographic questionnaire

The demographic questionnaire was developed by the researcher and includes two parts: 1) General information: age, ethnicity, marital status, educational level, place of residence, current employment status, living arrangements, average monthly family income, type of medical insurance, religious beliefs, family history of breast cancer, and 2) Health information: body mass index (BMI), type of breast cancer, clinical stage (TNM), type of surgery, type of chemotherapy, and current medication cycle.

2. The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)

The Chinese version of the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) was used to assess symptom experience among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy (Cheng et al., 2009). The scale, developed by Portenoy et al. (1994), comprises 32 items assessing symptoms experienced in the past seven days. It comprises three subscales: physical symptoms (12 items), psychological symptoms (6 items), and the Global Distress Index (GDI; 10 items). Each symptom was first identified as present or absent and, if present, rated for frequency, severity, and associated distress using four- or five-point Likert scales. Scores range from 0 to 4, with higher scores indicating greater symptom experience. The Chinese version has demonstrated strong reliability, with reported

Cronbach's alpha coefficients ranging from .79 to .97 (Cheng et al., 2009); in the present study, Cronbach's alpha was .95 (n = 130).

3. The Perceived Social Support Scale (PSSS)

The Chinese version of the Perceived Social Support Scale (PSSS) was used to assess perceived social support among postoperative breast cancer patients undergoing chemotherapy (Huang et al., 1996). This 12-item scale measures support from family, friends, and significant others on a 7-point Likert scale ranging from 1 (very strongly disagree) to 7 (very strongly agree). Total scores range from 12 to 84, with higher scores indicating greater perceived social support. The Chinese version has demonstrated strong reliability, with a reported Cronbach's alpha of .91 (Yang et al., 2024). In the present study, Cronbach's alpha was .93 (n = 130).

4. The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B)

The Chinese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast (FACT-B), translated by Wan et al. (2007), was used to assess health-related quality of life (HRQoL) among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy. This 36-item instrument comprises five domains: physical well-being (7 items), social/family well-being (7 items), emotional well-being (6 items), functional well-being (7 items), and breast cancer–specific concerns (9 items). Items are rated on a 5-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (very much), with 19 items reverse-scored. Total scores range from 0 to 144, with higher scores indicating better HRQoL. The Chinese version has demonstrated acceptable reliability, with reported Cronbach's alpha coefficients ranging from .61 to .84 (Wan et al., 2007); in the present study, Cronbach's alpha was .92 (n = 130).

Data collection

The researcher collected the data. Participants were recruited through simple random sampling from the Cancer Daycare Center of Sir Run Run Shaw Hospital in Hangzhou, Zhejiang Province, China. Eligible postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy who agreed to participate were asked to sign a consent form and complete the questionnaire independently in a private room. The researcher ensured confidentiality of all participant information and verified the completeness of each questionnaire on site. Data collection continued daily until the required sample size was reached.

Data analysis

Data were analyzed using a statistical software package, with the significance level set at α = .05. Descriptive statistics (frequencies, means, and standard deviations) were used to summarize participant characteristics and study variables. Pearson's product-moment correlation coefficients were analyzed to examine the relationships between symptom experience, social support, and health-related quality of life (HRQoL). All relevant statistical assumptions, including normality, linearity, multicollinearity, and homoscedasticity, were satisfied.

Ethical considerations

This study was approved by the IRB of Burapha University (G-HS036/2565) and the Ethics Committee of Sir Run Run Shaw Hospital (2023-833-01). Informed consent was obtained from all participants after explaining the study's purpose, procedures, and their rights. Participation was

voluntary, and confidentiality was strictly maintained. Data were anonymized and securely stored, and will be destroyed one year after publication. Participants could withdraw at any time without consequences or request study results directly from the researcher.

Results

Part 1 Demographic characteristics of participants

Among the 130 participants, ages ranged from 28 to 68 years (M = 47.5, SD = 9.03). Educational attainment was as follows: 23.08% completed primary school, 40% completed secondary school, and 36.92% had tertiary or higher education. Most were married (88.46%) and lived with others (96.92%). Monthly family income distribution was as follows: less than 1000 RMB (1.54%), 1000 - 2999 RMB (10%), 3000 - 4999 RMB (23.08%), and 5000 - 9999 RMB (20.77%). Additionally, 25.38% reported religious beliefs, and 11.54% had a family history of breast cancer.

Regarding health status, 30.8% were overweight, and 4.6% were obese according to Asian BMI criteria (Gill, 2006). Invasive breast cancer was diagnosed with 91.54% of participants, with stages distributed as follows: Stage I (25.38%), Stage II (53.85%), and Stage III (20.77%). Surgical treatments included simple mastectomy (23.08%), breast-conserving surgery (19.23%), modified radical mastectomy (50.77%), and breast reconstruction (6.92%). Chemotherapy regimens consisted of Anthracycline-based (34.6%), Taxane-based (23.1%), and combined Anthracycline + Taxane (30.8%).

Part 2 Description of HRQoL, symptom experience, and social support among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy.

Table 1 shows that the mean HRQoL score was 93.45 (SD = 19.56) out of 144. The subscale means were physical well-being 20.07 (SD = 4.69), social/family well-being 17.44 (SD = 6.20), emotional well-being 18.59 (SD = 4.31), and functional well-being 14.52 (SD = 5.92). The mean BCS additional concerns score was 22.83 (SD = 5.07) out of 36. Additionally, the lowest scores were observed in the functional well-being and social well-being domains.

Table 1 Range, mean, standard deviation of health-related quality of life (n = 130)

Variables	Range		*M*	*SD*
	Possible	Actual		
Overall HRQoL	0-144	44-135	93.45	19.56
Physical well-being	0-28	6-28	20.07	4.69
Social/family well-being	0-28	0-28	17.44	6.20
Emotional well-being	0-24	4-24	18.59	4.31
Functional well-being	0-28	0-28	14.52	5.92
Additional concerns	0-36	7-31	22.83	5.07

Table 2 shows symptom experience and social support scores. The total symptom experience (MSAS) score was 0.57 (SD = 0.38), with subscale scores of 0.35 (SD = 0.32) for physical symptoms,

0.70 (SD = 0.63) for psychological symptoms, and 0.64 (SD = 0.54) for the Global Distress Index (GDI). The total social support score was 64.84 (SD = 11.56), with subscale scores of 23.06 (SD = 4.23) for family, 20.65 (SD = 4.92) for friends, and M = 21.12 (SD = 4.29) for significant others.

Table 2 Description of variables (n = 130)

Scale/subscale	Range		*M*	*SD*
	Possible	Actual		
Symptom experience	0-4	0-1.61	0.57	0.38
PHYS	0-4	0-2.13	0.35	0.32
PSYCH	0-4	0-3.3	0.70	0.63
GDI	0-4	0-2.2	0.64	0.54
Social support	12-84	37-84	64.84	11.56
Family support	4-28	10-28	23.06	4.23
Friends support	4-28	5-28	20.65	4.92
Significant other	4-28	10-28	21.12	4.29

Part 3 Relationship between symptom experience, social support with health-related quality of life among breast cancer patients

Before examining the relationships between all variables and HRQOL, the assumptions of the Pearson correlation coefficient were assessed, including normality, linearity, homoscedasticity, and absence of outliers. All assumptions were satisfied. Table 3 shows symptom experience was moderate negatively correlated with HRQoL ($r = -.558$, $p < .01$). Physical symptoms showed moderate negative correlation ($r = -.396$, $p < .01$), while psychological symptoms ($r = -.593$, $p < .01$) and GDI ($r = -.642$, $p < .01$) showed strong negative correlation with HRQoL. Social support was strongly positively correlated with HRQoL ($r = .556$, $p < .01$).

Table 3 Relationships between Symptom experience, Social Support, and Health-Related Quality of Life (n =130)

Variables	Pearson's correlation coefficients of HRQOL
Symptom experience	-.558**
- PHYS	-.396**
- PSYCH	-.593**
- GDI	-.642**
Social support	.556**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Discussion

1. Health-related quality of life in postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy in Hangzhou, China

The mean HRQoL score among participants was 93.45 out of 144 (SD = 19.56), which was neither too low nor too high. However, this score was lower than those reported in higher-income countries such as the United States (Milbury et al., 2017) and Germany (Matthies et al., 2019), but comparable to findings from other Asian populations: South Korea (M = 91.26, SD = 20.08) (Park, Jung, Jung, & Bae, 2019) and Chinese breast cancer patients (M = 96.05, SD = 18.70) Cui, Wang, and Wang (2021). These findings are discussed in the following section.

Participants' mean age was 47.5 years (SD = 9.03), with 16.15% under 40, consistent with China's younger age at breast cancer onset trend (Esteva, Hubbard-Lucey, Tang, & Pusztai, 2019), compared with older ages at diagnosis in high-income countries (DeSantis et al., 2019). Younger women experience poorer HRQoL, which may be due to body image concerns, early menopause, and fertility issues, contributing to increased psychological distress (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip, & Tofthagen, 2016).

Regarding BMI, 30.8% were overweight, and 4.6% were obese, slightly exceeding national averages for Chinese women (28.1% and 5.2%, respectively) (Zhang et al., 2020). Elevated BMI may worsen HRQoL by increasing fatigue, limiting physical function, and intensifying chemotherapy side effects through weight-based dose adjustments (Griggs et al., 2012; Nyrop et al., 2023).

In subscale analysis, physical well-being showed the highest score (M = 20.07, SD = 4.69), suggesting moderate physical functioning during chemotherapy, likely due to supportive care strategies such as pain management, antiemetic regimens, physical rehabilitation, and nutritional counselling, which are commonly employed to mitigate treatment-related side effects (Henry et al., 2008; Jones, Eves, Haykowsky, Joy, & Douglas, 2008). Emotional well-being was relatively preserved (M = 18.59, SD = 4.31), possibly reflecting psychological resilience and family support. However, social/family well-being (M = 17.44, SD = 6.20) and functional well-being (M = 14.52, SD = 5.92) were lower, suggesting disruptions in social roles and daily functioning. The reduced functional well-being may be attributable to postoperative limitations and chemotherapy-related fatigue, underscoring the need for targeted interventions to support their activities of daily living. In addition, the breast cancer-specific subscale (M = 22.83, SD = 5.07) reflected ongoing concerns related to body image, arm morbidity, and sexual health.

2. Factors associated with health-related quality of life among breast cancer patients receiving postoperative chemotherapy

The results indicated moderate negative associations between symptom experience and HRQoL ($r = -.558$, $p < .01$). Among symptom dimensions, the Global Distress Index (GDI) showed a strong negative correlation with HRQoL ($r = -.642$, $p < .01$), followed by psychological symptoms ($r = -593$, $p < .01$) and physical symptoms ($r = -.396$, $p < .01$). In contrast, social support was moderately and positively correlated with HRQoL ($r = .556$, $p < .01$). These findings are discussed below.

Symptom experience

A moderate negative association was found between symptom experience and HRQoL ($r = -558$, $p < .01$), supporting the premise of SMT, which posits that symptom experience, such as frequency, severity, and distress, is closely linked to patient outcomes (Dodd et al., 2001). Although this was a correlational study, the findings offer valuable insight into the impact of symptoms on HRQoL in this population.

Psychological symptoms such as worry, irritability, and sleep disturbances showed a moderate negative correlation with HRQoL ($r = -.593$, $p < .01$) than physical symptoms ($r = -.396$, $p < .01$), aligning with previous findings (Whisenant et al., 2022). These emotional symptoms may intensify physical discomfort, further lowering HRQoL.

The Global Distress Index (GDI) showed the strongest negative correlation with HRQoL ($r = -642$, $p < .01$), underscoring the impact of overall distress. Overall distress encompasses both psychological symptoms (such as feeling sad, worrying, feeling irritable) and physical symptoms (such as lack of appetite, lack of energy, pain, feeling drowsy, constipation, dry mouth), which limit patients' functioning (Li et al., 2022; Onzi et al., 2022). These findings underscore the need for comprehensive symptom assessment and integrated physical and psychological care to enhance HRQoL during chemotherapy.

Social Support

This study found a moderate positive correlation between social support and HRQoL ($r = .556$, $p < .01$), indicating that participants who perceived greater support also reported better HRQoL. Among the dimensions, family support had the highest scores, while friend support was the lowest. Given the hospital's policy allowing families to stay during treatment, this pattern reflects Chinese cultural values, in which family plays a central role in caregiving, especially during hospitalization and recovery (Li & Loke, 2014). Furthermore, most participants were married and engaged in fewer social activities, resulting in reduced interaction with friends. In addition, they perceived higher support from families than from friends.

All participants received outpatient chemotherapy, which limited their contact with healthcare professionals and access to symptom guidance. According to Symptom Management Theory, inadequate support for symptom management may negatively affect health outcomes. In such situations, social support serves as an environmental resource, providing emotional comfort, practical assistance, and encouragement that may ease the challenges of treatment and contribute to improved HRQoL (Miaskowski et al., 2017). Enhancing support systems, particularly within families, may benefit patients undergoing chemotherapy.

Implications for Nursing and Recommendations

These findings inform nursing care by identifying factors associated with HRQoL among postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy, particularly in Hangzhou, China. The study found significant associations between symptom experience, social support, and HRQoL.

Specifically, higher levels of psychological symptoms and the global distress index were linked to lower HRQoL, whereas greater perceived social support was associated with higher HRQoL. To support HRQoL among postoperative breast cancer patients, healthcare professionals should prioritize managing psychological symptoms and promoting access to supportive care resources, such as psychological counseling, patient education, and peer or family support systems.

There are some limitations to this study. As a cross-sectional design, it does not capture changes in symptom experience, social support, or HRQoL over time. Therefore, ongoing assessments during treatment and follow-up care are recommended to more effectively monitor patient well-being. Additionally, the study was conducted in a single hospital, which may limit the generalizability of the findings. Future research should replicate this study in other regions with larger, more diverse samples and consider longitudinal designs to explore changes in HRQoL across different stages of care.

Acknowledgments

The authors acknowledge Burapha University, Thailand; Wenzhou Medical University; and the Sir Run Run Shaw Hospital, affiliated with Zhejiang University of Medicine, for supporting this study. We also thank all the participants for their cooperation and willingness.

Conflict of Interests

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

Al-Atiyyat, N., Salem, H. F., & Hamam, A. H. M. (2024). Impact of pain on functional status and quality of life in Jordanian women with breast cancer. *PLoS ONE, 19*(10), e0307271. doi:10.1371/journal.pone.0307271

Barger, S. D., Broom, T. W., Esposito, M. V., & Lane, T. S. (2020). Is subjective well-being independently associated with mortality? A 14-year prospective cohort study in a representative sample of 25 139 US men and women. *BMJ Open, 10*(1), e031776. doi:10.1136/bmjopen-2019-031776

Binotto, M., Reinert, T., Werutsky, G., Zaffaroni, F., & Schwartsmann, G. (2020). Health-related quality of life before and during chemotherapy in patients with early-stage breast cancer. *Ecancermedicalscience, 14*, 1007. doi:10.3332/ecancer.2020.1007

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229-263. doi: 10.3322/caac.21834

Browall, M., Sarenmalm, E. K., Nasic, S., Wengström, Y., & Gaston-Johansson, F. (2013). Validity and reliability of the Swedish version of the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS): An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics, and distress. *Journal of Pain and Symptom Management, 46*(1), 131-141. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.07.023

Chen, W., Xia, C., Zheng, R., Zhou, M., Lin, C., Zeng, H., . . . Sun, K. (2019). Disparities by province, age, and sex in site-specific cancer burden attributable to 23 potentially modifiable risk factors in China: A comparative risk assessment. *The Lancet Global Health, 7*(2), e257-e269. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30488-1

Cheng, K. K., Wong, E. M., Ling, W., Chan, C. W., & Thompson, D. R. (2009). Measuring the symptom experience of Chinese cancer patients: A validation of the Chinese version of the memorial symptom assessment scale. *Journal of Pain and Symptom Management, 37*(1), 44-57. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.019

Cordova, L. Z., Hunter-Smith, D. J., & Rozen, W. M. (2019). Patient reported outcome measures (PROMs) following mastectomy with breast reconstruction or without reconstruction: A systematic review. *Gland Surgery, 8*(4), 441. doi:10.21037/gs.2019.07.02

Cui, C., Wang, L., & Wang, X. (2021). Health-related quality of life and social constraints among Chinese breast cancer patients: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 19*, 1-8. doi:10.1186/s12955-021-01871-0

DeSantis, C. E., Ma, J., Gaudet, M. M., Newman, L. A., Miller, K. D., Goding Sauer, A., . . . Siegel, R. L. (2019). Breast cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 69*(6), 438-451. doi:10.3322/caac.21583

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x

Esteva, F. J., Hubbard-Lucey, V. M., Tang, J., & Pusztai, L. (2019). Immunotherapy and targeted therapy combinations in metastatic breast cancer. *The Lancet Oncology, 20*(3), e175-e186. doi:10. 1016/s1470-2045(19)30026-9

Griggs, J. J., Mangu, P. B., Anderson, H., Balaban, E. P., Dignam, J. J., Hryniuk, W. M., . . . Rosner, G. L. (2012). Appropriate chemotherapy dosing for obese adult patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology, 30*(13), 1553-1561. doi:10.1200/jco.2011.39.9436

Henry, D. H., Viswanathan, H. N., Elkin, E. P., Traina, S., Wade, S., & Cella, D. (2008). Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: Results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Supportive Care in Cancer, 16*(7), 791-801. doi:10.1007/s00520-007-0380-2

Huang, L., Jiang, Q., & Ren, W. (1996). Correlation between coping style, social support and psychosomatic symptoms in cancer patients. *Chinese Mental Health Journal, 10*(4), 160-161.

Jang, Y., Seong, M., & Sok, S. (2023). Influence of body image on quality of life in breast cancer patients undergoing breast reconstruction: Mediating of self-esteem. *Journal of Clinical Nursing, 32*(17-18), 6366-6373. doi:10.1111/jocn.16621

Jones, L. W., Eves, N. D., Haykowsky, M., Joy, A. A., & Douglas, P. S. (2008). Cardiorespiratory exercise testing in clinical oncology research: Systematic review and practice recommendations. *The Lancet Oncology, 9*(8), 757-765. doi:10.1016/S1470-2045(08)70195-5

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14-27.

Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A literature review on the mutual impact of the spousal caregiver-cancer patients dyads:'communication','reciprocal influence', and 'caregiver-patient congruence'. *European Journal of Oncology Nursing, 18*(1), 58-65. doi:10.1016/j.ejon.2013.09.003

Li, W., Zhang, Q., Xu, Y., Sun, H., Wen, Y., Xu, W., . . . Yang, Y. (2022). Group-based trajectory and predictors of anxiety and depression among Chinese breast cancer patients. *Frontiers in Public Health, 10*, 1002341. doi:10.3389/fpubh.2022.1002341

M. D. Anderson Cancer Center. (2023). *7 chemotherapy side effects and how to manage them*. Retrieved from https://www.mdanderson.org/cancerwise/7-chemotherapy-side-effects-and-how-to-manage-them.h00-159621012.html

Matthies, L. M., Taran, F.-A., Keilmann, L., Schneeweiss, A., Simoes, E., Hartkopf, A. D., . . . Wallwiener, S. (2019). An electronic patient-reported outcome tool for the FACT-B (functional assessment of cancer therapy-breast) questionnaire for measuring the health-related quality of life in patients with breast cancer: Reliability study. *Journal of Medical Internet Research, 21*(1), e10004. doi:10.2196/10004

Miaskowski, C., Barsevick, A., Berger, A., Casagrande, R., Grady, P. A., Jacobsen, P., . . . Xiao, C. (2017). Advancing symptom science through symptom cluster research: Expert panel proceedings and recommendations. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 109*(4), djw253. doi:10.1093/jnci/djw253

Milbury, K., Kavanagh, A., Meng, Z., Chen, Z., Chandwani, K. D., Garcia, K., . . . Nagarathna, R. (2017). Depressive symptoms and positive affect in Chinese and United States breast cancer survivors: A cross-cultural comparison. *Supportive Care in Cancer, 25*, 2103-2109. doi:10.1007/s00520-017-3612-0

Nyrop, K. A., Monaco, J., Vohra, S., Deal, A. M., Wood, W. A., Shachar, S. S., . . . Muss, H. B. (2023). Body mass index and patient-reported function, quality of life and treatment toxicity in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Supportive Care in Cancer, 31*(3), 196. doi:10.1007/s00520-023-07637-2

Onzi, G. R., D'Agustini, N., Garcia, S. C., Guterres, S. S., Pohlmann, P. R., Rosa, D. D., & Pohlmann, A. R. (2022). Chemobrain in breast cancer: Mechanisms, clinical manifestations, and potential interventions. *Drug safety, 45*(6), 601-621. doi:10.1007/s40264-022-01182-3

Park, J.-H., Jung, Y. S., Jung, Y.-M., & Bae, S. H. (2019). The role of depression in the relationship between cognitive decline and quality of life among breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 27*, 2707-2714. doi:10.1007/s00520-018-4546-x

Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing, 39*(1), E39-E58. doi: 10.1097/ncc.0000000000000251

Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Gasparetto, E., Stanizzo, M. R., . . . Castelli, L. (2019). The traumatic experience of breast cancer: Which factors can relate to the post-traumatic outcomes? *Frontiers in Psychology, 10*, 891. doi:10.3389/fpsyg.2019.00891

Wan, C., Zhang, D., Yang, Z., Tu, X., Tang, W., Feng, C., . . . Tang, X. (2007). Validation of the simplified Chinese version of the FACT-B for measuring quality of life for patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 106*, 413-418. doi:10.1007/s10549-007-9511-1

Whisenant, M. S., Williams, L. A., Mendoza, T., Cleeland, C., Chen, T.-H., Fisch, M. J., & Shi, Q. (2022). Identification of breast cancer survivors with high symptom burden. *Cancer Nursing, 45*(4), 253-261. doi:10.1097/ncc.0000000000001019

World Health Organization. (2024). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Retrieved from https://www.who.int/tools/whoqol

Yang, X., Xue, M., Pauen, S., & He, H. (2024). Psychometric Properties of the Chinese Version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Psychology Research and Behavior Management, 17*, 2233-2241. doi:10.2147/PRBM.S463245

Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Medical Science Monitor, 23*, 5969-5979. doi:10.12659/msm.907730

Zhang, L., Wang, Z., Wang, X., Chen, Z., Shao, L., Tian, Y., . . . Gao, R. (2020). Prevalence of overweight and obesity in China: Results from a cross-sectional study of 441 thousand adults, 2012-2015. *Obesity Research & Clinical Practice, 14*(2), 119-126. doi:10.1016/j.orcp.2020.02.005

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41. doi:10.1207/s15327752jpa52012

การส่งเสริมบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ: แนวทางเชิงระบบและการปฏิบัติ

หฤษฎ์ เซี่ยงหว็อง, พย.ม.[1] วิปรัชญา เทศทอง, พย.ม.[1]* วัลย์พร วรพรพงษ์, พย.ม.[1]
ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, ปร.ด.[1] พัชราภรณ์ โภโค, พย.ม.[2]

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำได้ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภารกิจสำคัญของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในทุกขั้นตอนของการดูแลหลังเกิดโรค ทั้งในด้านการประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแลต่อเนื่องกับหน่วยบริการปฐมภูมิและครอบครัว ติดตามอาการของผู้ป่วยผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งให้กำลังใจและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตสังคม เพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน บทความนี้นำเสนอแนวคิดและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหลากหลายมิติ ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในระบบสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ โรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำ การดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

* ผู้เขียนหลัก e-mail: wipratchaya.th@buu.ac.th

Received 17/07/2025 Revised 14/12/2025 Accepted 27/12/2025

Promoting the Roles of Professional Nurses in Preventing Recurrent Stroke: Systemic and Practical Approaches

Harit Sianghwong, M.N.S.[1], Wipratchaya Thedthong, M.N.S.[1]*, Wanporn Worapornpong, M.N.S.[1], Chanandchidadussadee Toonsiri, Ph.D.[1], Phatcharaporn Phoko, M.N.S.[2]

Abstract

Stroke is a major public health concern that affects patients' quality of life and increases the burden on healthcare systems. Furthermore, stroke survivors still are at high risk of having recurrent stroke. Preventing stroke recurrence therefore is a key responsibility of the healthcare team, particularly professional nurses who are directly involved in every step of post-stroke care. Nurses play a crucial role in risk assessment, health education, and the promotion of healthy behaviors such as blood pressure control, medication adherence, and lifestyle modifications. They also coordinate continuity of care by collaborating with primary healthcare providers and family caregivers, as well as conducting follow-ups through home visits, phone calls, or digital health tools to monitor patient status and prevent complications. Moreover, nurses provide psychosocial support that empowers stroke survivors and their families to engage in sustained self-care. This article highlights the multidimensional role of professional nurses in post-discharge stroke care and emphasizes the need to strengthen their capacity within the health system to effectively prevent stroke recurrence.

Key words: professional nurse, stroke, recurrence, continuity of care, health behaviour promotion

[1] Faculty of Nursing, Burapha University

[2] Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

* Corresponding author e-mail: wipratchaya.th@buu.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก แม้การรักษาในระยะเฉียบพลันจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นความท้าทายหลักในการดูแลระยะยาว โดยมีรายงานว่าอัตราการเกิดซ้ำภายใน 90 วัน อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6-11.4 และอัตราการเกิดซ้ำภายใน 5 ปี มีประมาณร้อยละ 16.8 (The American Journal of Managed Care, 2025) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก โดยมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 25 ที่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเกิดโรคซ้ำ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินมาตรการป้องกันอย่างจริงจัง

จากการศึกษาของ Aunthakot, Laohasiriwong, and Tiamkao (2023) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 511,322 รายทั่วประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2563 พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดอยู่ที่ร้อยละ 16.81 โดยจำแนกเป็นการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ (Ischemic stroke) ร้อยละ 14.45 และชนิดแตก (Haemorrhagic stroke) ร้อยละ 2.37 ซึ่งสะท้อนถึงภาระของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่ยังคงมีนัยสำคัญต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และการสูบบุหรี่ การเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพถาวร ความเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและระบบสุขภาพโดยรวม

การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล โดยเฉพาะในระยะหลังจำหน่าย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามอาการ และการให้การสนับสนุนทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ และลดโอกาสของการเกิดซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2023) บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงระบบและการปฏิบัติ เพื่อพัฒนากลไกในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เพิ่มความรุนแรงของภาวะโรคในผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ค่ารักษาพยาบาล และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมโดยรวม การศึกษาของ WHO (2023) พบว่าผู้ป่วยที่เกิดโรคซ้ำมีแนวโน้มเกิดภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่เกิดซ้ำถึงสองเท่า อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วง 1-2 ปีแรกหลังการเกิดโรคครั้งแรก นอกจากนี้ การเกิดซ้ำของโรคมักสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และการไม่ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ (Kim, Lee, & Park, 2021) ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหรือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาจมีแนวโน้มละเลยการรับประทานยาหรือลดความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้โอกาสของการเกิดโรคซ้ำเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และการติดตามผลต่อเนื่องในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงไม่ใช่เพียงการดูแลด้านการแพทย์เท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การใช้แนวทาง

ที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตจริง เช่น การสนับสนุนผ่านเทคโนโลยีสุขภาพ หรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ออกแบบมาเฉพาะกลุ่ม จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการกลับเป็นโรคซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในช่วงระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวต่อชีวิตประจำวันภายหลังภาวะวิกฤติ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO], 2025) ระบุว่าการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และทีมบุคลากรที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรวมถึงพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ทั้งนี้ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มุ่งเน้นการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และบริบททางสังคมของผู้ป่วยแบบองค์รวม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลต่อเนื่องและติดตามผล การสนับสนุนทางจิตสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และบทบาทเชิงพัฒนาในการเป็นผู้นำและสนับสนุนเชิงระบบ เพื่อผลักดันให้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

หนึ่งในหน้าที่หลักของพยาบาล คือ การประเมินปัจจัยเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพที่หลากหลาย เช่น แบบประเมินความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (e.g., Barthel Index), แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke knowledge test), และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (e.g., Depression Scale) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถระบุจุดอ่อนที่ต้องได้รับการส่งเสริม และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับรายบุคคลได้อย่างแม่นยำ (Macleod, Woodhouse, & Salman, 2021) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวและการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Lutz, Young, Cox, Martz, and Creasy, 2017) พยาบาลจึงควรมีบทบาทเชิงรุกในการให้การสนับสนุนทางจิตสังคม ควบคู่กับการให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วย

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงหลังการวินิจฉัยและก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื้อหาที่ควรครอบคลุม ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชนิดขาดเลือดและชนิดเลือดออก ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง อาการเตือน เช่น ใบหน้าเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง และแนวทางการรักษาทางการแพทย์ เช่น การใช้ยาละลายลิ่มเลือด การทำหัตถการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความรู้พื้นฐานเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้และตอบสนอง ต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยเฉพาะในระยะวิกฤติที่ “เวลา” คือปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของการรักษา ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะมาถึงโรงพยาบาลเร็วขึ้น และได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมในระยะเวลาที่กำหนด (เช่น ภายใน 4.5 ชั่วโมงสำหรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ) (Mellado et al., 2020)

นอกจากนี้ ความรู้ที่เพียงพอยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา งานวิจัยโดย Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, and Schuurmans (2011) ระบุว่า การให้ความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับระดับความรู้เดิมของผู้ป่วย เช่น โปสเตอร์ วิดีโอ หรือแผ่นพับ ช่วยเพิ่มระดับความรู้และความพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาล

ในผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มักมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจ ความจำ หรือการเข้าถึงสื่อสุขภาพ พยาบาลจึงควรใช้เทคนิคการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การพูดช้า ใช้ภาษาง่าย สื่อภาพ หรือการสาธิตจริง เพื่อส่งเสริมการเข้าใจและจดจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Yuen, Knight, Ricciardelli, & Burney, 2018) การมีส่วนร่วมของครอบครัวก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักในชีวิตประจำวัน พยาบาลควรเน้นการให้ความรู้ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวควบคู่กัน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลแบบองค์รวมและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3. การดูแลต่อเนื่องและติดตามผล

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับการดูแลตนเองอย่างอิสระ บทบาทของพยาบาลในช่วงนี้ไม่เพียงแต่สิ้นสุดที่การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการติดตามอาการ การให้คำปรึกษา และการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

พยาบาลสามารถใช้วิธีติดตามผลได้หลายรูปแบบ เช่น การโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน การนัดพบที่คลินิก หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพหรือ LINE Official Account (LINE OA) เพื่อประเมินอาการ รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาเฉพาะราย งานวิจัยของ Chen, Zhou, Li, Chen, and Wang (2022) พบว่า โปรแกรมติดตามผลโดยพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันมือถือสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังลดอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน นอกจากนี้ งานวิจัยของ Wang et al. (2022) ระบุว่า การให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมและการติดตามอาการผ่านเทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ โดยพยาบาลมีผลต่อการเพิ่มการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้อย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

ในประเทศไทย การศึกษาของ Phaophuthon (2023) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่าน LINE OA พบว่า การใช้ช่องทางนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการ แจ้งเตือนการกินยา และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพรายวันได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มเกิดโรคซ้ำลดลง

ทั้งนี้ การเยี่ยมบ้านก็เป็นแนวทางที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือต้องการการดูแลแบบใกล้ชิด การศึกษาโดย Sarawangkul, Chintapanyakun, and Lertprapai (2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lutz et al. (2017) พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพร่วมกับนักกายภาพบำบัดสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแล และส่งผลเชิงบวกต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การดูแลที่เน้นความต่อเนื่องและความใกล้ชิด เป็นพื้นฐานสำคัญที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความร่วมมือของผู้ป่วย การจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาแนวทางการดูแลเชิงรุกและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระยะยาว

องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การติดตามผลดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพ ได้แก่ ความต่อเนื่องของผู้ให้การดูแล (Continuity of provider) ความถี่ในการสื่อสารที่เหมาะสม และการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อปัญหาหรือข้อสงสัยของผู้ป่วยและผู้ดูแล การดำเนินงานรูปแบบนี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมิได้มีบทบาทจำกัดอยู่เพียงผู้ดูแลในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ทำหน้าที่เป็น “ผู้สนับสนุนสุขภาพระยะยาว” ที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชีวิตจริงของผู้ป่วย

4. การสนับสนุนทางจิตสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ใช่เพียงกระบวนการทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการปรับตัวด้านจิตใจและสังคม ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลชีวิตประจำวัน งานวิจัยของ Khosravizadeh, Sadeghi, Rahimi, and Karampourian (2021) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับการยึดมั่นต่อการใช้ยา การปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพ และการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง และฟื้นฟูตนเองได้เร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของ Srawarangkul et al. (2023) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการรับข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยี ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการสนับสนุนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในฐานะ “ผู้ดูแลหลัก” และ “ผู้สนับสนุนสุขภาพ” ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจและความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและลดโอกาสเกิดโรคซ้ำ

พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผ่านการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษากลุ่มสนทนา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีดูแลผู้ป่วย เช่น วิธีการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการกับความเครียด งานวิจัยโดย Northcott, Moss, Harrison, and Hilari (2016) ยังชี้ว่าการสนับสนุนทางจิตสังคมแก่ครอบครัวผู้ดูแล ช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟจากการดูแล (Caregiver burnout) และเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในยุคปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังสามารถเสริมผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ครอบครัวผู้ป่วย กิจกรรมออนไลน์ของโรงพยาบาล หรือสื่อวิดีโอให้ความรู้ ซึ่งสามารถลดช่องว่างด้านเวลาและระยะทาง และทำให้ครอบครัวสามารถมีบทบาทได้อย่างต่อเนื่อง

5. การเป็นผู้นำและสนับสนุนเชิงระบบ

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำด้านการพัฒนาและผลักดันระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน โดยเฉพาะในประเด็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาล พยาบาลสามารถร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกแบบแนวทางการดูแลที่บูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน เช่น การจัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และการประสานความร่วมมือกับองค์กรในชุมชน งานวิจัยของ Kittipimpanon, Thongluang, and Wongwanich (2021) ในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนา “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน” ในจังหวัดสระแก้ว ที่มีพยาบาลเป็นผู้ร่วมดำเนินการหลัก สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่อง และลดอัตราการเกิดโรคซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในระดับนานาชาติ งานวิจัยของ Macleod et al. (2021) กล่าวถึงความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practices) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเน้นว่าพยาบาลควรมีบทบาทนำในการสนับสนุนการวางแผนนโยบาย การประเมินผลลัพธ์ และการสร้างกลไกสนับสนุนในระดับระบบเพื่อให้การป้องกันโรคซ้ำเกิดขึ้นได้จริงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกการดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาล ซึ่งเป็นกำลังหลักในระบบสุขภาพในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน แนวทางสำคัญที่ควรดำเนินการมีดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ (Motivational Interviewing)

Motivational Interviewing (MI) เป็นเทคนิคการสื่อสารที่ช่วยกระตุ้นแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient engagement) เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับแบบแผนสุขภาพและปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ซึ่งมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การควบคุมโรคเบาหวาน และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยของ Rollnick, Miller, Butler, and Aloia (2010) แสดงให้เห็นว่า MI ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในประเทศไทย งานวิจัยของ Phaophuthon (2023) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่บ้าน พบว่าการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ MI และสะท้อนถึงบทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health)

การใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือ, LINE OA, หรือระบบส่งข้อความอัตโนมัติ ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามผู้ป่วยจากระยะไกล ให้คำแนะนำรายวัน และแจ้งเตือนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยของ Chen et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันมีระดับความรู้และการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในประเทศไทย งานวิจัยโดย Sarawangkul et al. (2023) ได้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่าน LINE OA มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อีกทั้งยังช่วยปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

3. สร้างเครือข่ายการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างเป็นระบบ (Establishing an Integrated Care Network between Hospital and Community)

การป้องกันโรคซ้ำในระยะยาวจำเป็นต้องมีความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ และองค์กรชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง Kittipimpanon et al. (2021) รายงานว่า การสร้าง “คลินิกโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังแบบบูรณาการ” ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนในจังหวัดสระแก้ว ทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย ฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดประชุมร่วมระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ (Health diary) และการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ในการช่วยติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ล้วนเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน ผลการศึกษาโดย Bumrungthin and Sunongbua (2024) ได้ยืนยันว่า การดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีกระบวนการประสานงานหลายระดับร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพที่ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. พัฒนาภาวะผู้นำทางคลินิก (Clinical Leadership)

การเสริมสร้างภาวะผู้นำทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในช่วงหลังจำหน่ายซึ่งเป็นช่วงวิกฤตต่อการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมให้มีบทบาทในการตัดสินใจทางคลินิก วางแผนการพยาบาลเฉพาะราย และเป็นผู้นำในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันออกแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

ภาวะผู้นำของพยาบาลไม่ได้จำกัดเพียงตำแหน่งทางบริหารเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการจูงใจผู้ป่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการเป็นต้นแบบในการปฏิบัติที่ยึดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยของ Phaophuthon (2023) ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลที่มีภาวะผู้นำในระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถวางแผนดูแลได้อย่างครอบคลุม

นอกจากนี้ ควรส่งเสริมและขยายบทบาทพยาบาลในฐานะผู้นำการดูแล (Nurse-led interventions) ด้านการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในระดับคลินิกและชุมชน โดยเฉพาะโปรแกรม

Nurse-led secondary stroke prevention ที่มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต การติดตามการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Feigin et al., 2023)

หลักฐานจากต่างประเทศพบว่าโปรแกรม Self-blood pressure monitoring and control ที่พยาบาลเป็นผู้นำ สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยง ให้ความรู้ ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และประสานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาบนพื้นฐานข้อมูลจากผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนภาวะผู้นำทางคลินิกที่เน้นการตัดสินใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Hickey & Brosnan, 2020; McManus et al., 2018)

สำหรับบริบทประเทศไทย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE Official Account หรือการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนา nurse-led secondary stroke prevention ได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Phaophuthon, 2023)

การเพิ่มบทบาทดังกล่าวช่วยเสริมสร้างภาวะผู้นำทางคลินิกของพยาบาล ยกระดับคุณภาพการดูแลหลังจำหน่าย และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในระยะยาว (Stanley & Stanley, 2018)

5. พัฒนาองค์ความรู้และการวิจัย (Knowledge and Research Development)

องค์ความรู้ทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีงานวิจัยสนับสนุนการใช้ยากลุ่มใหม่ที่มีประสิทธิผลมากขึ้นในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Cilostazol เป็นต้น (de Haven et al., 2021) พยาบาลจำเป็นต้องมีการติดตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย เพื่อให้การดูแลและป้องกันผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล โดยการทำวิจัยหรือนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลที่ดีขึ้น WSO (2025) ระบุว่าการวิจัยมีความสำคัญเพื่อทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับปัญหาและช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดการผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในประเทศไทย Siraditthakul et al. (2022) ศึกษาเรื่อง ‘ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง’ และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรเน้นการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในประเด็นดังกล่าวให้มากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงมีข้อเสนอแนะในการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะ เช่น Stroke Center เพื่อติดตามผลและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบเชิงรุกมากขึ้น

ในต่างประเทศ การศึกษาของ Byrne ซึ่งเป็น Stroke Clinical Nurse Specialist et al. (2025) เรื่อง Exploring patients’ experiences of secondary prevention after stroke: a survey study’ ในประเทศไอร์แลนด์ พบว่าการส่งเสริมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชิงระบบ ยังมีหลายประเด็นที่เป็นช่องว่าง (gap) ซึ่งผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น นโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดด้านการให้ข้อมูลและฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีข้อเสนอแนะการประยุกต์แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลที่เรียกว่า ‘early-discharge support (ESD) service’ เพื่อช่วยสนับสนุนการดูแลหลังจำหน่ายให้ครอบคลุมตามความต้องการมากขึ้น

บทสรุป

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การดำเนินงานของพยาบาลต้องอาศัย

องค์ความรู้ทางวิชาชีพ ทักษะการสื่อสาร และความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้ป่วย เพื่อออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมในระดับรายบุคคล (Individualized care) พยาบาลควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพจิต เพื่อวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมและเป็นระบบ (Macleod et al., 2021) มีการให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโรคและเห็นคุณค่าของการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Lee, Kim, & Kang, 2019)

นอกจากนี้ การดูแลต่อเนื่องและการติดตามผลโดยพยาบาลผ่านโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE OA มีบทบาทในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ และช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินอาการ ปรับแผนการดูแล และสนับสนุนผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chen et al., 2022; Srawarangkul et al., 2023) รวมทั้งการสนับสนุนทางจิตสังคมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ถือเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดูแล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน งานวิจัยในประเทศไทยโดย Bumrungthin and Sunongbua (2024) ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการประสานงานกับ อสม. ในการติดตามที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนทางกายและจิตใจ

สุดท้าย การดำเนินงานของพยาบาลจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อทำงานแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และ อสม. ในชุมชน เพื่อสร้าง “ระบบการดูแลแบบองค์รวม” ที่ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ลำพังแม้พ้นจากโรงพยาบาลแล้ว การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในด้านการให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ (Motivational interviewing) การใช้เทคโนโลยีสุขภาพ และการจัดระบบการดูแลร่วมกับชุมชนอย่างเป็นเครือข่าย จะส่งเสริมให้การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดำเนินไปอย่างยั่งยืน และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

References

Aunthakot, K., Loahasiriwong, W., & Tiamkao, S. (2023). Recurrence stroke of ischemic stroke patients in Thailand: A nationwide study. *International Journal of Public Health Science, 12*(2), 614-620. http://doi.org/10.11591/ijphs.v12i2.22504

Bamrungthin, N., & Sunongbua, A. (2024). Effectiveness of community-based continuing care for intermediate-phase stroke patients in Mueang Chaiyaphum district. *Chaiyaphum Medical Journal, 43*(Suppl.), 59-73. [In Thai]

Byrne, S.-J., Williams, D. J., Patton, D., & Horgan, F. (2025). Exploring patients’ experiences of secondary prevention after stroke: A survey study. *Discover Public Health, 22*, 693. https://doi.org/10.1186/s12982-025-01113-4

Chen, L., Zhou, Y., Li, H., Chen, W., & Wang, Y. (2022). Mobile application-based health education and follow-up management to improve stroke patients’ adherence and outcomes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 129*, 104198. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104198

de Havenon, A., Sheth, K. N., Madsen, T. E., Johnston, K. C., Turan, T. N., Toyoda, K., Elm, J. J., Wardlaw, J. M., Johnston, S. C., Williams, O. A., Shoamanesh, A., & Lansberg, M. G. (2021). Cilostazol for secondary stroke prevention: History, evidence, limitations, and possibilities. *Stroke, 52*(10), e635-e645. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035002

Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling, 85*(1), 14-25. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.046

Kim, J., Lee, K. J., & Park, E. (2021). Factors influencing secondary stroke prevention behaviors among stroke survivors: A systematic review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 30*(4), 105651. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105651

Khosravizadeh, O., Sadeghi, T., Rahimi, B., & Karampourian, A. (2021). The effect of family support on treatment adherence and psychological well-being among stroke patients: A systematic review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 30*(5), 105718. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105718

Kittipimpanon, K., Thongluang, N., & Wongwanich, S. (2021). Development of an integrated stroke care model between hospital and community: A case study in Sa Kaeo province, Thailand. *Journal of Community Health Research, 10*(2), 102-113.

Lee, J. Y., Kim, J., & Kang, H. (2019). The effect of a digital education program on self-care and knowledge among stroke survivors: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 102*(7), 1340-1346. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.013

Lutz, B. J., Young, M. E., Cox, K. J., Martz, C., & Creasy, K. R. (2017). The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation, 24*(2), 79-88. https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1200291

Macleod, M. R., Woodhouse, L. J., & Salman, R. A. (2021). Implementation of evidence-based stroke care: A review of global progress. *International Journal of Stroke, 16*(1), 20-26. https://doi.org/10.1177/1747493020975610

Mellado, C., van Asch, C. J., Valdés, M., Arias-Rivera, S., & González, M. (2020). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among stroke patients: A cross-sectional survey. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 29*(9), 105064. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105064

Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on caregivers: Psychosocial outcomes and intervention. *Disability and Rehabilitation, 38*(10), 929-939. https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1068872

Phaophuthon, S. (2023). Development of a continuous home-based intermediate care model for stroke patients in Srisomdet district, Roi Et province. *Journal of Environmental Education Medical and Health, 8*(2), 500-11. [In Thai]

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. (2010). Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 5(3), 203-214. https://doi.org/10.1080/15412550802093108

Sarawangkul, R., Chintapanyakun, T., & Lertprapai, K. (2023). The effects of a supportive-educative nursing program via line application for caregivers on caregivers' capabilities and activities of daily living among patients with stroke at home. *Journal of the Police Nurses, 15*(1), 87-105. [In Thai]

The American Journal of Managed Care. (2025). *Preventing recurrent stroke in 2025: Clinical and managed care perspectives*. Retrieved from https://www.ajmc.com/view/the-future-of-stroke-care-addressing-unmet-needs-in-secondary-prevention

Wang, Y., Pan, Y., Zhao, X., Li, H., Wang, D., & Liu, L. (2022). Impact of a nurse-led follow-up program on secondary prevention after ischemic stroke: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing, 31*(5-6), 684-692. https://doi.org/10.1111/jocn.15930

World Health Organization. (2023). *Stroke: Key facts*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke

World Stroke Organization [WSO]. (2025). *Averting a global health crisis: Pragmatic policy interventions to prevent stroke*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Prevention_policy_FINAL_signoff_Jan_2025.pdf

Yuen, E. Y., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of older Australians: A systematic review. *Health Promotion Journal of Australia, 29*(3), 245-257. https://doi.org/10.1002/hpja.24

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabanPSK หรือ Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม References)
2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวม กับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย
3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และ ข้อเสนอแนะ
5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้
   - ความสำคัญของปัญหา
   - วัตถุประสงค์ของการวิจัย
   - กรอบแนวคิดในการวิจัย
   - วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
   - ผลการวิจัย
   - การอภิปรายผล
   - ข้อจำกัดในการวิจัย

- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เก่าเกิน 10 ปี ยกเว้นตำรา หรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยสั่งจ่ายธนาณัติในนาม “เหรัญญิกวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1 โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน

(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWzA และ goo.gl/rArbPV)

3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว

2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal- ref.pdf

Author Guideline
The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)
2. The first page (it should be page “0” and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address
3. The next page should start with page number “1” and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.
4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.
5. The contents should be ordered as follows:
   - Significance of the Problem
   - Purpose the Study
   - Conceptual Framework

- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)
- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.

7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.

8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1 by upload zip.file including at least 3 files;

   1) page '0' which contains title and author's name and information;
   2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;
   3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed. (the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)

3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.

2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ
เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540

การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859 โทรสาร 038-393476 และ http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php

BUU NURSE
BURAPHA UNIVERSITY
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476
e-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th