

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ



นางสาวธนวรรณ บันตะแก้ว

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES
IN FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS: A META-ANALYSIS



Miss Tanawan Puntakua

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์

ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต:

การวิเคราะห์อภิमान

โดย

นางสาวธนวรรณ บันตะแก้ว

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิจัยสุขภาพครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนวรรณ ปั่นตะกั่ว : ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. (THE EFFECTIVENESS
OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES IN FAMILY
MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS :A META - ANALYSIS) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 215 หน้า.

การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการ
ปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2) เปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ
ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และ 3) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อ
ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.
2530 - 2552 จำนวน 15 เรื่อง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสรุปคุณลักษณะของงานวิจัยและแบบประเมิน
คุณภาพงานวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดำเนินการ
วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 38 ค่า

ผลการสังเคราะห์สรุปได้ ดังนี้

1. งานวิจัยทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (100%) เป็นงานวิจัยจากจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มากที่สุดอย่างละเท่าๆ กัน (33.3%) จากสาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์มากที่สุด (86.7%) คุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (73.3%) การปฏิบัติการพยาบาล
ด้านการรู้คิดถูกนำมาศึกษามากที่สุด (60%) และด้านสังคมถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด (6.7%) ส่วนผลลัพธ์
ทางสุขภาพด้านจิตใจถูกนำมาศึกษามากที่สุด (59.26%) ในขณะที่ด้านพฤติกรรมถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด
(18.5%)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมมีค่าขนาด
อิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง ($\bar{d} = 1.31$) โดยผลลัพธ์ด้านจิตใจมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{d} = 1.49$)
และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{d} = 0.77$) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านการ
รู้คิด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{d} = 1.50$) และการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมให้ค่าขนาดอิทธิพล
เฉลี่ยขนาดต่ำที่สุด ($\bar{d} = 0.52$)

3. แหล่งที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีผลต่อค่าขนาด
อิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาล โดยสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 72.30

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....ธนวรรณ.....ปั่นตะกั่ว.....
ปีการศึกษา.....2552ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

#5177567836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : META – ANALYSIS / NURSING INTERVENTION / HEALTH OUTCOMES / FAMILY MEMBERS

TANAWAN PUNTAKUA: THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES IN FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS.

THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 215 pp.

The purposes of this meta analysis were to study: 1) the methodological and substantive characteristics of nursing interventions affecting on health outcomes in family members of critically ill patients; 2) to compare the effectiveness of nursing interventions on health outcomes in family members of critically ill patients; and 3) to study the influences of methodological and substantive characteristics on the effect sizes. Total of 15 true and quasi-experimental studies in Thailand during 1987 – 2009 were included. Studies were analyzed by using Glass, McGaw, & Smith (1981)'s analysis. This meta – analysis yielded 38 effect sizes.

Results were as follows:

1. The majority of the studies were master's thesis (100%); from Chulalongkorn University and Chiang Mai University equally (33.33%); mostly from the faculty of nursing (86.67%). Most of instruments were tested for both reliability and validity (66.67%); decided in very good quality (73.33%). Most of nursing interventions tested was cognitive intervention (60%) while nursing interventions least tested was social intervention (6.67%). Most of health outcomes focused were psychological health outcomes (59.26%) whereas health behavior health outcomes were rarely tested (18.52%).

2. Overall, nursing interventions had the medium effect-sizes on health outcomes ($\bar{d}=1.31$), especially on psychological health outcomes ($\bar{d}=1.49$), but the effect-sizes of behavior health outcomes were lowest ($\bar{d}=0.77$). Cognitive interventions had the largest effect-size on health outcomes ($\bar{d}=1.55$). Social interventions had the lowest effect-size on health outcomes ($\bar{d}=0.52$).

3. Source of instruments and family needs supporting were the variables that significantly predicted the effect-sizes at the level of .05. The predictive power was 72.30% of the variance.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature : Tanawan Puntakua

Academic Year : 2009 Advisor's Signature : Ch

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจเป็นอย่างดีมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณามอบ “ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์” และ “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบุพการี และสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ และสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต.....	14
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล.....	21
การนำบัดทางการพยาบาลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ.....	52
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน.....	59
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	71
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	83
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	90
จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	93

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	135
สรุปผลการวิจัย.....	137
อภิปรายผลการวิจัย.....	142
ข้อเสนอแนะ.....	154
รายการอ้างอิง.....	155
ภาคผนวก.....	174
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	175
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	177
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	182
ภาคผนวก ง รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์.....	189
ภาคผนวก จ สารระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์.....	192
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	210
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	215



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐาน.....	95
2	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	97
3	จำนวนและร้อยละของการระบุกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	99
4	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
5	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	101
6	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	102
7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง.....	103
8	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล.....	103
9	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	105
10	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล.....	106
11	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	107
12	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม..	107
13	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ.....	108
14	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ.....	108
15	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	112
16	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต..	114

ตารางที่		หน้า
17	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	117
18	สรุปการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	121
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล.....	126
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล...	128
21	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล...	130
22	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล.....	132

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่คงที่ อวัยวะหลายระบบทำงานเสียหายที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยวิกฤตต้องการการประเมินอาการ และการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน อีกทั้งต้องการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและรอบคอบภายในหอผู้ป่วยวิกฤต (American Association of Critical Care Nurses, 1996 cited in Sole & Hertshorn, 1997) ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยทั่วไปได้ถูกจำแนกเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความแตกต่างตามระดับความรุนแรง และความซับซ้อนของโรค โดยผู้ป่วยที่มีอาการความเจ็บป่วยรุนแรง มีอาการเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน มีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งเมื่อได้รับการบำบัดรักษาแล้วสามารถหายขาดจากโรคได้ จะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ออกพ้นจากการสูญเสียชีวิตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะวิกฤตหรือจากโรค มีการดำเนินโรคที่มีความไม่แน่นอนและอาการของโรคกำเริบเป็นระยะๆ เมื่อได้รับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในภาวะเฉียบพลันและผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ยังต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อประคับประคองอาการในระยะยาว (Daly, Rudy, Thompson, & Happ, 1991) และผู้ป่วยบางรายมีความพิการหลงเหลือ เป็นโรคที่มีความเรื้อรังและต้องการการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยสามัญและที่บ้าน หรืออาจต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรืออาจรับการรักษาเพียงเพื่อรอคอยให้วาระสุดท้ายมาถึง (Pratt, 1999)

โดยทั่วไปภายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นวิทยากรทันสมัยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวไม่คุ้นเคย ซึ่งกิจกรรมการทำงานและเครื่องมือทางการแพทย์ดังกล่าว ก่อให้เกิดเสียงและแสงไฟที่เป็นสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา และการที่มีกิจกรรมทางการดูแลต่อเนื่องตลอดเวลาทำให้มีการจำกัดการเยี่ยมของญาติเพื่อให้เกิดความสะดวกในการให้กิจกรรมการดูแลและการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การเฝ้าติดตามอาการความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและการรักษาที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์คาไว้ในร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งอาการและ

ความตายของผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยวิกฤตล้วนแต่เป็นสิ่งที่เร้าที่รบกวนและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยความเจ็บป่วยที่รุนแรง การดำเนินโรคที่มีความไม่แน่นอนของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล ห่วงใยผู้ป่วย (ณัฐสุพรรณทวารลักษณ์, 2546; Engli & Famer, 1993; Jamerson, Scheibmeir, Bott, Crighton, Hinton, & Cobb, 1996) สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจรู้สึกเป็นภาวะคุกคามจิตใจ เนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย ไม่แน่ใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและรู้สึกว่าไม่สามารถมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เป็นเหตุการณ์ที่วิกฤติสำหรับครอบครัว อีกทั้งการบำบัดรักษาและสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนการจำกัดการเยี่ยมตามเวลาที่กำหนดโดยหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้สมาชิกครอบครัวถูกจำกัดโอกาสในการแสดงบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2543) และทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้สถานการณ์การเข้ารับการรักษาในลักษณะที่คลุมเครือ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2543; Gew-Ens, 1994) ขณะเดียวกันการถูกแยกจากผู้ป่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Donherty, Plowfield, Ware, & West, 2001) รวมถึงการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาเยี่ยมทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลง อาจทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา ขาดการพักผ่อน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งผลกระทบต่อเนื่องทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของสมาชิกครอบครัว สมาชิกครอบครัวบางรายต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่ที่เคยเป็นของผู้ป่วย (จริยา ตันติธรรม, 2547)

การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องเนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลทำให้การจัดการกับปัญหาของสมาชิกครอบครัวเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Pryzby, 2005) นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวย่อมมีผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งระบบ (Fawcett, 1975) การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัว (Baker, 1990) ผลกระทบต่อครอบครัวนั้น อาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเสียอีก เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้า ครอบครัวไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์นี้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเพื่อที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวซึ่งจะส่งผลให้สามารถรักษาภาวะสมดุลของครอบครัว

ต่อไป ขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวต้องการคงบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่ให้การดูแลซึ่งกัน และกันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและเกิดความรู้สึกที่ดีจาก การที่ได้รับการดูแลจากบุคคลที่ครอบครัวมีคุ้นเคย ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันกันภายในครอบครัว (Henneman & Cardin, 2002) ซึ่งเห็นได้ว่าในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สมาชิกครอบครัวมีส่วนสำคัญในการร่วมให้การดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์สุขภาพ (Health outcomes) เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลการให้การดูแลผู้ป่วย การตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย (Lang & Marek, 1991) ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดจากการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทั้งด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และด้านอื่นๆ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior health outcomes) ของครอบครัวผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven & Sharp, 1972; Griogo, 1993) มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชชาชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et al., 1985) นอกจากนี้แล้วความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วยเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2535; Gilliss et al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อนการสวดมนต์ อ้อนวอนพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น แต่ใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง (Horn & Tesh, 2000) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพและกิจวัตรประจำวันภายในครอบครัว และคับข้องใจจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (Titler, Cohen, & Craft, 1991)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom health outcomes) ก็ได้รับผลกระทบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ท้องเสีย (Epperson, 1977) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับลดลง การรับประทานอาหารได้น้อยลงมี

อาการปวดท้องและไม่สบายท้อง (Halm et.al., 1993; Horn & Tesh, 2000) ร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991)

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological health outcomes) มีการเปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกัน ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก (พิกุล ตันดิธรรม, 2533; มยุรี สุขุปัญญารักษ์ และคณะ, 2541; Halm, 1990; Reider, 1994) ครอบครัวมีความต้องการในการลด ความวิตกกังวลมากที่สุด (อุไรพร พงศ์พัฒน์นาวุฒิ, 2532; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2535; จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิและคณะ, 2536; อารีย์ บุญบรรวัตตนกุล, 2538; เกลียพันธ์ ชินเมธิพิทักษ์ และคณะ, 2539; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543) ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และให้ความสำคัญในความ ต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด (อารีย์ บุญบรรวัตตนกุล, 2538) นอกจากนั้นครอบครัวผู้ป่วย ยังมีอาการกระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543; Gilliss, Higriley, Roberts, & Martinson, 1988; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลงและเกิดความเครียดสูงหรือมีภาวะ ซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) และครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะคว้างคว้าง (Hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร (Jamerson et.al., 1996)

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ เป็นสถานะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นผลมา จากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้าง สูงและมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัว (Bernstein, 1990) นอกจากนั้น ครอบครัวผู้ป่วยจะมีการประเมินตัดสินว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียด และ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (รุ่งรัตน์ วณิชากิชาติ, 2540) และครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับรายได้การศึกษาของ (Eberly et.al., 1985)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวนั้นจะมีผลสะท้อนต่อ คุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ถึงแม้สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความเครียดหรือถูกคุกคามการดำเนินชีวิต แต่สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ก็ยัง

เต็มใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปเนื่องจากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยนั่นเอง (วิภาวรรณ ชุ่ม, 2537)

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions) เป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคน มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ (ศิริพร ชัมภลชิต, 2539) เมื่อผู้วิจัยรวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า มีจำนวนมาก และส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต

การพยาบาลเป็นการบริการทางวิชาชีพที่มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในชีวิต การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรอดพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย (Gordon, 1994) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวางแผนและปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ (Murray & Atkinson, 1994) การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลแบ่งออกได้ในหลายลักษณะ โดย Gettrust & Brabec (1992) ได้แบ่งประเภทการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลที่มีการพึ่งพากัน สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การซ่อมแซมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายและสิ้นหวัง ส่วน Snyder (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (Cognitive intervention) การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) และการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส (Sensory intervention) แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การสนับสนุนด้านข้อมูล การให้ การปรึกษาแบบผสมผสาน การส่งเสริมการเผชิญความเครียด การให้สุขศึกษา เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลของ Snyder (1992) มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิด (Cognitive interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรู้คิดหรือการทำหน้าที่ด้านความรู้คิด ได้แก่ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (พิกุล ตันติธรรม, 2533; นาฎยา เคื่องไฟโรจน์, 2535; วิไลรักษ์ ประยูรพงศ์, 2543) การสนับสนุนด้านข้อมูล (แก้ว ไอมิน, 1999; อรัญญา ศรีคำซาว, 2548) การพยาบาลระบบสนับสนุน (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540) การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550)

การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล (สวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) การให้สุขศึกษา (สริญญา หวลบุตรตา, 2543)

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (วาสนา ไชยวงศ์, 2549)

3. การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ (Combined interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ ได้แก่ การสอนและปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม การพยาบาลแบบสนับสนุน การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล (อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2548) การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) การส่งเสริมการเผชิญความเครียด (รวมพร หลาวเพชร, 2006) การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในแต่ละงานวิจัยทั้งหมดมีผลในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อพิจารณาความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลในด้านใดที่มีความคุ้มค่า และความสะดวกในการปฏิบัติ และให้ประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มเดียวกัน แต่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมือนกัน เช่น การสนับสนุนด้านข้อมูล (แก้ว ไอมิน, 1999) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (พิกุล ตันติธรรม, 2533; นาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2535) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) และการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) โดยทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาลนี้ต้องการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แต่ผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถสรุปให้ชัดเจนได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในด้านใดมากที่สุด นอกจากนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน มีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเหมือนหรือต่างกันอย่างไร

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว การรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่งก็คือ การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณวิธีหนึ่งที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพลอันเป็นดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ (กรองไค อุณหสูต, 2539) ในงานวิจัยเชิงทดลองค่าขนาดอิทธิพลจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการประมาณค่าความสำคัญของตัวแปรจัดกระทำ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ซึ่งจะแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนั่นเอง ข้อสรุปของผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการวิเคราะห์อภิมานนี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ได้ กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางการปฏิบัติบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์นั้นเป็นการใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติโดยมีการพิจารณาอย่างรอบคอบจากหลักฐานที่ดีที่สุด เพื่อให้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้การดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และมั่นใจ ทำให้มีการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิดคุณภาพการให้บริการที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทุกด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความเด่นชัดมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำรายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทยมาทำการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน เพื่อจะช่วยให้สามารถสรุปภาพของการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมามีการทำวิจัยในแง่มุมใดบ้าง การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพด้านใดที่ถูกลำเอามาศึกษาวิจัยมากที่สุด ผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละด้านสามารถส่งเสริมได้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลใดบ้าง ให้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร ซึ่งสามารถ

นำไปประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร
2. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร
3. คุณลักษณะของงานวิจัยมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2552

2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในฐานะบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งอาจจะอาศัยอยู่บ้านเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions) หมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถกระทำได้โดยอิสระในการดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก การจำแนกประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของ Snyder (1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิด (Cognitive interventions) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรู้คิดหรือการทำหน้าที่ด้านความรู้คิด รวมถึงเรื่องการสอน การให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ แก่ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การสนับสนุนด้านข้อมูล การพยาบาลระบบสนับสนุน การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล การให้สุขศึกษา

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social interventions) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

3. การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ (Combined interventions) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ แก่ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การสอน และปฐมนิเทศก่อน

เข้าเยี่ยม การพยาบาลแบบสนับสนุน การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล การให้ข้อมูลและสนับสนุน การเยี่ยมอย่างมีแบบแผน การส่งเสริมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนความต้องการของ ครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcomes) หมายถึง สภาวะของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตในหอผู้ป่วยหนักที่เป็นผลขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทของผลลัพธ์ ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Donabedian (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior health outcomes) หมายถึง สภาวะที่ แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสดงออกเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปรับตัวด้าน ร่างกายของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว การควบคุม ตนเองของสมาชิกครอบครัว การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว และพลังกำลังของ สมาชิกครอบครัว

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom health outcomes) หมายถึง สภาวะที่ แสดงถึงอาการและอาการแสดงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเหนื่อยล้าของสมาชิก ครอบครัว

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological health outcomes) หมายถึง สภาวะที่ แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ความเครียดของสมาชิกครอบครัว ความพึงพอใจของ สมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอ ผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว

การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้กัน และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบต่างๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก มีหน่วยการวิเคราะห์เป็นงานวิจัยแต่ละเรื่องด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติที่ปรากฏอยู่ในงานวิจัยตามกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามแนวคิดของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ได้แก่

ด้านข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, ประเภทของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาวิชาของผู้วิจัย, และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด, ตัวแปรต้น, ตัวแปรตาม (ทฤษฎี / แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย), สมมติฐานการวิจัย, สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, แผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, รูปแบบการวิจัย, ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง, วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

ด้านเนื้อหาของสาระของงานวิจัย ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ระยะเวลาในการทดลอง, ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล, ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย เป็นค่าที่แสดงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ที่วัดได้ในงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ตามแนวคิดของ Glass, McGaw, & Smith (1981) และแปลผลค่าขนาดอิทธิพลด้วยวิธีของ Glass, McGaw, &

Smith (1981) แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบหาตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง ได้แก่

ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่า Percentiles 33.33 หรือค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.61

ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระหว่าง Percentiles ที่ 33.34 – 66.67 หรือค่าขนาดอิทธิพลระหว่าง 0.62 – 1.47

ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป หรือค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าหรือเท่ากับ 1.48

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้จริง เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและใช้อ้างอิงเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลต่อไป
2. ด้านการศึกษาวิจัย ทำให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจนหรือส่วนที่ขาดหายไปในแง่มุมต่างๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปให้ชัดเจนขึ้น ช่วยสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านเศรษฐกิจ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ยาและใช้บำบัดในกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์หือภิมานของ Glass, McGaw, & Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย โดยทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิด เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต
 - 1.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว
 - 1.2 ครอบครัวและการเจ็บป่วยวิกฤต
 - 1.3 ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤต
 - 1.4 ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล
3. การบำบัดทางการพยาบาลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
 - 3.2 การสนับสนุนการเยี่ยม
 - 3.3 การสนับสนุนความต้องการ
 - 3.4 การพยาบาลระบบสนับสนุน
 - 3.5 การสนับสนุนด้านข้อมูล
 - 3.6 การสนับสนุนด้านอารมณ์
4. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
 - 4.1 ความหมายของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
 - 4.2 ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ
 - 4.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.2 คุณลักษณะการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.3 หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.4 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.5 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.6 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาน
 - 5.7 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต

ครอบครัว เป็นสถาบันสังคมที่เล็กที่สุด เป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวจัดเป็นสถาบันที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายนำถึงความล้มเหลว หรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friedman, 1986)

1.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายประการ ดังนี้

Burgess (cited in Friedman, 1986) ให้ความหมายของครอบครัวว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่รวมในครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นสามี เป็นภรรยา เป็นบุตร ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) กล่าวว่า ครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้
คือ 1) ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป 2) สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์

ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย 3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ 4) สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดามารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

นิภาพร ภารัตนวงศ์ (2547) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า เป็นสถาบันที่เป็นรากฐานของความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันของบุคคลในสังคม อันประกอบด้วยความรัก ความผูกพัน เอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันที่สามารถให้กำเนิดและสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้เจริญเติบโต มีพัฒนาการ รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันตามสถานภาพของแต่ละบุคคล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบเชื้อสายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินซึ่งหามาได้ด้วยด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน รักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง มีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมายและมีหน้าที่ตามบทบาทนั้นๆ

ครอบครัวสามารถจำแนกตามลักษณะของโครงสร้างของครอบครัว ตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

1.1.1 จำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่

1.1.1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร ซึ่งในกรณีที่สามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygramy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรรยานั้นพร้อมบุตร

1.1.1.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวรวมญาติด้านสามีหรือภรรยาที่ร่วมอยู่ด้วยกันในครอบครัวด้วย

1.1.2 จำแนกตามที่อยู่อาศัยของคู่สมรส ได้แก่

1.1.2.1 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายชาย (Patriocal family)

1.1.2.2 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายหญิง (Matrilocal family)

1.1.2.3 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก (Neolocal family)

1.1.3 จำแนกตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ได้แก่

1.1.3.1 ครอบครัวที่บิดาหรือสามีเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชนชาวจีน (Patrichal family)

1.1.3.2 ครอบครัวที่มารดาหรือภรรยาเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชาวเอสกีโมบางเผ่า (Matrichal family)

1.2 ครอบครัวและการเจ็บป่วยวิกฤต

สมพันธ์ ฮิญาซีระนันท์ (2541) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นอันตรายหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวโดยไม่คำนึงถึงทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) ของครอบครัว (Rapport, 1969 อ้างถึงใน Hickey, 1993)

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยวิกฤต นับเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วยด้วย (Roberts, 1976; Backer & Nieswiadomy, 1988) โดยผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย ส่วนครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ (Robert, 1986 cited in Quinn, Redmond, & Begley, 1996)

1.3 ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤต (Critical illness)

ได้มีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical Care Nurses (AACN), 1996) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตไว้ว่า เป็นการเจ็บป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีปัญหาคุกคามต่อชีวิต ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลวิกฤตที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

นฤมล ปทุมรักษ์ (2538) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและรวดเร็ว มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายจนทำให้ไม่สามารถรักษาภาวะ

สมดุลงไว้ได้ ต้องการการดูแลรักษาที่ใกล้ชิด จับปล้น จับช้อน และถูกต้อง เป็นการเจ็บป่วยที่ถึงขั้น อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือพิการได้ แต่ก็มีโอกาสหายกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้

สุภรัตน์ ไวยชีตา (2542) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความเสี่ยง หรือมี ปัญหาทางร่างกายที่ถูกคุกคามชีวิตจากความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาที่ซับซ้อน ต้องการการดูแล รักษาอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง โดยการใช้ศาสตร์หลายสาขาในการให้การรักษา

พรชัย จุลเมตต์ (2545) กล่าวไว้ว่าภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามและเป็นอันตราย แก่ชีวิต มีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ไม่สามารถดำรงสภาพสมดุลงของระบบ ต่างๆ ไว้ได้

จริยา ตันติธรรม (2547) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด หรือโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาการไม่คงที่ และ ซับซ้อน ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด

สรุปแล้วการเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีผู้ให้ความหมายไว้จะมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลา ในการเจ็บป่วยว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เป็นภาวะการณ์ เจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อน คุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายจนอาจทำให้มี การล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ปอด ไต ตับ หรือสมอง จนเกิดความพิการ หรือเสียชีวิต ได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ต่อเนื่อง และใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก

1.4 ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลคนหนึ่งในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อ สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วยเสมอ (Gilliss et al., 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ความเจ็บป่วย วิกฤต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก และ ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจขึ้นได้ หากครอบครัวผู้ป่วยมองว่าสถานการณ์ ความเจ็บป่วยนั้น เป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Meisel, 1991) การเผชิญกับสถานการณ์ของปัญหา ซึ่งไม่ สามารถจะแก้ไขได้ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ (Parad, 1965 cited in Meisel, 1991) เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล ซึ่งในภาวะที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลนี้ ครอบครัว ผู้ป่วยจะไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลย้อนกลับมา ให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอีก (Cobb, 1976 cited in Meisel, 1991) และยังสามารถ ส่งผ่านความวิตกกังวลนี้ไปสู่ผู้ป่วยได้อีกด้วย (Leith, 1998) ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พอจะสรุปได้ ดังนี้

1) ผลกระทบทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior health outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสดงออกเพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ โดยที่ครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายใน ครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven & Sharp, 1972; Griogo, 1993) มีการสูญเสีย ความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วนิชชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et.al., 1985) นอกจากนี้แล้วความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรม ต่างๆ ในสังคม และชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ดังการศึกษาของ Horn & Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่า ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อนการสวดมนต์อ้อนวอนพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และการขับรถเพื่อเดินทาง มากขึ้น แต่ใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง และการศึกษาของ Tittler, Cohen, & Craft (1991) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงผลกระทบของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพและกิจวัตรประจำวันภายในครอบครัว และคับข้องใจจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว

2) ผลกระทบทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom health outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ท้องเสีย (Epperson, 1977) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผน การนอนหลับ การรับประทานอาหาร (Halm et.al., 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horn & Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (ร้อยละ 58) การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลงมีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง (ร้อยละ 50) ร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991)

3) ผลกระทบทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological health outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (พิกุล ตันติธรรม, 2533; มยุรี สุขุบัญญัติรักษ์ และคณะ, 2541; Halm, 1990; Reider, 1994) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอีกหลาย การศึกษาที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในการลดความวิตกกังวลมากที่สุด (อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ, 2532; วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2535; จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์ และคณะ, 2536; อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538; เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์และคณะ, 2539; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543) ดังการศึกษาของ อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในช่วง 31 - 77 มีค่าเฉลี่ยเป็น 59.69 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง และให้ความสำคัญในความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.64 นอกจากนี้ ครอบครัวผู้ป่วยยังมีอาการกระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2537; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543; Gilliss, Higriley, Roberts, & Martinson, 1988; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลงและเกิดความเครียดสูง หรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et.al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตพบว่าครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรก จะอยู่ในภาวะเคืองคว้าง (hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวล ในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร

4) ผลกระทบทางสุขภาพด้านอื่นๆ หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven & Sharp, 1972; Griogo, 1993) มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่ เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วนิชากิชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et.al., 1985) นอกจากนี้ แล้วความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Halm, 1990;

Meisel, 1991) ดั้งการศึกษาของ Horn & Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวมมรดอ้อนวอนพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น ใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง และการศึกษาของ Titler, Cohen, & Craft (1991) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงผลกระทบของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพและกิจวัตรประจำวันภายในครอบครัว และคับข้องใจจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงและมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาทางการเงินซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลแก่ครอบครัว (Bernstein, 1990) ดั้งการศึกษาของ รุ่งรัตน์ วณิชานิกานิต (2540) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุกรรมและศัลยกรรม พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.8) ประเมินตัดสินว่าปัญหาทางการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียด และก่อให้เกิดความวิตกกังวล และการศึกษาของ Eberly et al. (1985) ที่ศึกษามารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้

จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนั้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ คือ เกิดความวิตกกังวล ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงก็จะไม่สามารถรับรู้ เหนื่อย และแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และให้กำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลควรจะเข้าใจและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions)

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจะมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคอง และการฟื้นฟู รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำต่อทั้งคนปกติ ผู้เจ็บป่วย คนพิการ และผู้ที่กำลังใกล้เสียชีวิต การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน เครื่องมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลดำรงซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพได้นั้นคือ การปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล

ได้มีผู้ศึกษา ค้นคว้า และนำเสนอแนวความคิดและความหมายของคำว่าการปฏิบัติการพยาบาลไว้หลายท่าน การให้ความหมายจะขึ้นอยู่กับการยึดถือหรือความเชื่อในแนวคิดเหตุผลของผู้ให้ความหมาย จึงพบว่ามี การให้ความหมายไว้อย่างมากมาย เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ค่านิยม ความเจริญทางด้านการศึกษาและการพัฒนาทางเทคโนโลยี มีรายละเอียด ดังนี้

Gettrust & Brabec (1992) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นกิจกรรมหรือการเลือกการรักษาที่พยาบาลใช้ในการป้องกันโรคเพื่อแก้ไข หรือแก้ปัญหาการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลที่มีการพึ่งพากัน

Gordon (1994) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย

Murray & Atkinson (1994) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวางแผนและปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วย

McCloskey & Bulechek (1999) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแล การให้คำแนะนำ ปรีกษา การสอน และการนิเทศแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการหรือบุคคลปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวต้องการการตัดสินใจและทักษะเป็นพิเศษ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้และหลักการในศาสตร์สาขาต่างๆ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540) ได้กำหนดให้การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยกระทำดังนี้ (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาหารือ และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยการบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนผ่านกระบวนการพยาบาล และกระทำด้วยความตั้งใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่ต้องการหรือที่คาดหวังไว้

2.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียวกัน ผสมผสานกันระหว่างร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลใน 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลจึงมีทั้งงานที่ปฏิบัติได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและงานที่ต้องประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (ลออ นุตากร, 2535)

Gettrust & Brabec (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลที่มีการพึ่งพกัน เนื่องจากมี

การเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยจากการใช้ระบบ The diagnosis Related Groups (DRGs) ในการคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามวินิจฉัยโรคร่วม จึงทำให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับให้ผู้พวยนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง จัดระบบการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้นทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป จึงได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. Universal intervention หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภทในทุกระบบของการจัดการดูแล
2. Inpatient intervention หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล การจัดการพยาบาลเสมือนที่บ้าน (Nursing home) สถาบันฟื้นฟูสภาพและทุกระบบการจัดการดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. Community health หรือ Home care intervention หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง โดยคนในครอบครัวหรือดูแลตนเองแต่ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลเป็นระยะๆ

Snyder (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวอย่าง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดท่า เป็นต้น
2. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรู้คิด (Cognitive intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้ คำแนะนำข้อมูลต่างๆ ตัวอย่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การสร้างจินตภาพ การควบคุมการตัดสินใจ การทำข้อตกลงการทำสมาธิ การสอน และการให้ข้อมูล เป็นต้น
3. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ กลุ่มบำบัด การสนับสนุนครอบครัว การเป็นตัวแทน และการสวดมนต์ เป็นต้น
4. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรับรู้ (Sensory intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา ตัวอย่าง การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การสัมผัส ดนตรี ความร้อนและความเย็น การนวด เป็นต้น

นอกจากนี้ Snyder (1992) ยังได้แบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และปฏิบัติการพยาบาลในปัญหาาร่วม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเอง บุคคลต้องมีความคิดริเริ่มการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริม โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

2. การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health maintenance) หรือการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) หรือการปกป้องสุขภาพ (Health protection) หมายถึง การกระทำเพื่อช่วยรักษาภาวะสุขภาพ เช่น การปลูกฝี ฉีดยาเพื่อป้องกันโรค การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

3. การซ่อมแซมสุขภาพ (Health restoration) รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หมายถึง การช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคลหลังจากเกิดปัญหาเจ็บป่วยแล้ว เช่น การทำแผล การให้ยาเพื่อรักษาโรค การช่วยเหลือคนพิการเพื่อให้ใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่อย่างเต็มที่

4. การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายหรือผู้ป่วยสิ้นหวัง การปฏิบัติการพยาบาลในจุดนี้เป็นการให้ความสุขสบายและเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสียในชีวิต พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาล ที่บ้าน เป็นต้น

การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น สามารถทำได้ในหลายแบบหลายมุมมองไม่ว่าจะเป็นแง่มุมของลักษณะการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาล พฤติกรรมการพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วย รวมทั้งความอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Snyder (1992) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ

3. การบำบัดทางการพยาบาลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยขั้นรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อบุคคลในครอบครัว (Hickey, 1996) และนับเป็นภาวะวิกฤตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มี การเตือนล่วงหน้า จึงไม่มีเวลาเตรียมตัว (Leske, 1996) การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอย สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยีต่างๆ กฎระเบียบต่างๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากในครอบครัวผู้ป่วย (Leske, 1992; Hickey, 1996)

เมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤต ครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต ซึ่ง Aquilera & Messick (1982) พบว่าการตอบสนองของครอบครัวในระยะแรก เป็นระยะที่ครอบครัวรู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที่ เป็นชั่วโมงหรือหลายชั่วโมง ต่อมาครอบครัวจะมีความรู้สึกที่รุนแรง โกรธ รู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง เศร้า ซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความรู้สึกโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่ครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

ต่อมาครอบครัวจะเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ และในระยะสุดท้าย ครอบครัวจะปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

ดังนั้น การเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัว เพื่อคงความสมดุลของครอบครัวไว้ (Fawcett, 1975)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบสรุปแยกเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

3.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (Preparatory information)

การแสวงหาข้อมูล เป็นรูปแบบหนึ่งในการเผชิญภาวะเครียด หรือในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไขการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่มากเพียงพอ และ

ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จึงเป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคม ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) เพราะจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถรับรู้และแปลความหมายต่อสภาวะการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาหาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเองเป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือความวิตกกังวลจะลดลง (Miller et. al., 1990)

3.1.1 ความหมาย

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือ หรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริง หรือคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

ข้อมูลในทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา หมายถึง รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องการศึกษา (ปทานุกรมฉบับหลวง, 2524)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลที่ได้มีการเตรียมแผนไว้ล่วงหน้า (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล คำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ (พิกุล ตันติธรรม, 2533)

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง และคำแนะนำต่างๆ ตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ

โดย ชูลีกร ด้านยุทธศิลป์ (2541) กล่าวว่า การให้ความรู้ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับข้อมูลนั้น จะต้องมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการให้ข้อมูลให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ และมะเดื่อ เสมอ (2527) กล่าวว่า ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อเมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลนั้นไปประกอบการตัดสินใจและวางแผน เพื่อให้สามารถปรับเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ

3.1.2 คุณลักษณะของข้อมูลที่ดี

Thelma (1960) กล่าวว่า คุณลักษณะที่ดีของข้อมูล ควรมีลักษณะดังนี้

1) ข้อมูลจำเป็น ซึ่งได้แก่ ข้อมูลที่จะทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เช่น การวินิจฉัย แผนการรักษา การปฏิบัติตนในภาวะต่างๆ เป็นต้น

2) ข้อมูลที่ตอบสนองของความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด เช่น การแนะนำสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย กฎระเบียบต่างๆ ของหอผู้ป่วย เป็นต้น

3.1.3 หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล

หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูลของพยาบาล (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545) มีดังนี้

- 1) เป็นเรื่องเดียวกัน การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
- 2) ครอบคลุม ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นต้องใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย
- 3) ไม่คลุมเครือ มีความจำเพาะเจาะจง
- 4) กระชับ การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายที่ดีต้องมีความชัดเจนและกระชับ เพราะคนเรามีความจำที่จำกัด
- 5) การควบคุมภาษาและความเร็ว การใช้ภาษาท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ
- 6) ความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ให้ต้องถูกต้อง เป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ไม่ใช้ความเห็นส่วนตัว เป็นการสร้างความเชื่อถือ มั่นใจในการพยาบาล
- 7) การยกตัวอย่างประกอบ จะทำให้การให้ข้อมูลหรือการอธิบายนั้นง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น
- 8) การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลหรือคำอธิบายได้มากน้อยเพียงใด เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกของท่าทางการสบตา การแสดงออกของใบหน้าของผู้ป่วยประกอบ

3.1.4 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล

Skipper & Leonard (1975) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูล หรือคำอธิบายไว้หลายประการ พอสรุปได้ดังนี้

- 1) ช่วยลดความวิตกกังวล หรือความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจ สบายใจ

- 2) เกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ตลอดจนใช้ความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว
- 3) ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดี
- 4) ครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

3.1.5 ประเภทของข้อมูล

Auerbach, Martelli, & Mercuri (1983) ได้แบ่งข้อมูลออกตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปที่ให้รายละเอียดกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายๆ กับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- 2) ข้อมูลเฉพาะ (Specific information) เป็นข้อมูลที่ให้รายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ

ดังนี้

และ พูลศรี เหมือนคิด (2532) แบ่งข้อมูลออกตามรายละเอียดของข้อมูล

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา
- 2) ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่จะได้รับ
- 3) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา
- 4) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

Leventhal & Johnson (1983) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นหลักการเตรียมบุคคลที่จะพบเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด โดยมีจุดเริ่มมาจากงานของพยาบาลชื่อ Jean E. Johnson และคณะ ที่เป็นการอธิบายประสบการณ์เฉพาะเกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะของการรักษา มีจุดสำคัญคือการใช้คำที่เป็นนามธรรม ชัดเจนไม่คลุมเครือ ในการอธิบายทิศทางหรือลักษณะของเหตุการณ์ โดย Leventhal & Johnson (1983) แบ่งข้อมูลออกตามเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น มีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน และวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) ที่บอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเกิดผลดีในสถานะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นๆ เคยประสบมาแล้ว จากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (2002) พบว่าข้อมูลที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกของผู้ป่วย เช่น สัญญาณชีพ ความสุขสบายหรือความเจ็บปวด การกินได้นอนหลับของผู้ป่วย และพบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยท่ามกลางเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ เป็นจริงและทันเหตุการณ์ (Rodgers, 1983) การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจนไม่คลุมเครือตรงกับ เป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วย (Hodovanic et. al., 1984) จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถ ประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะพบกับ สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า สามารถควบคุม สถานการณ์ได้ ทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลและ ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการการ ช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำ ชี้แนะ รวบรวมและหาแหล่งประโยชน์ ต่างๆ ให้ เพื่อใช้ในการเผชิญปัญหา (Leske, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวว่าแหล่งประโยชน์ที่มากและเพียงพอจะทำให้บุคคลในภาวะวิกฤตสามารถเผชิญ เหตุการณ์ความเครียดได้ดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มี ประสิทธิภาพ โดยแหล่งประโยชน์ที่บุคคลจะดึงมาใช้ในการเผชิญความเครียดจะครอบคลุมใน 6 ลักษณะ คือ การมีสุขภาพและพลังงาน (Health and energy) การมีความเชื่อด้านบวก (Positive belief) การมีทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) การมีทักษะทางสังคม (Social skills) การมีการสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการมีทรัพยากรวัตถุ (Material resources)

Riedel, Fredman, & Langenberg (1998) ได้แบ่งแหล่งประโยชน์ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. แหล่งประโยชน์ภายใน (Internal resources) ได้แก่ ความเข้มแข็งทางสุขภาพ และ ความเข้มแข็งทางอารมณ์

2. แหล่งประโยชน์ภายนอก (External resources) ได้แก่ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การสนับสนุนทางการเงิน

และ Lazarus & Folkman (1984) แบ่งแหล่งประโยชน์ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. แหล่งประโยชน์จากภายในตน (Personal resources) ได้แก่ การมีสุขภาพและพลังงาน การมีทักษะในการแก้ปัญหา การมีทักษะทางสังคม และการมีความเชื่อด้านบวก

2. แหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม (Environmental resources) ได้แก่ การมีการสนับสนุนทางสังคม การมีแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ

Leske (2002) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกล่าวว่า ในภาวะวิกฤตเช่นนี้ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลพวกเขาในการชี้แนะถึงแหล่งประโยชน์ที่มี หรือสามารถหาได้ เพื่อใช้ในการเผชิญสถานการณ์และแก้ไขปัญหา โดยในสถานการณ์เช่นนี้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น แต่กลับห่างไกลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเดิมที่เคยอยู่ และมีย่อจำกัดในการคิดแก้ไขปัญหา

โดยในการชี้แนะหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้กับครอบครัวผู้ป่วยนี้ เนื่องจากความวิตกกังวลที่สูงของครอบครัวผู้ป่วยทำให้สมาธิ ความจำลดลง และมีการรับรู้ที่แคบลง (สุวณีย์ ดันดีพัฒนานันท์, 2522; Carpenito, 1995) ทำให้ความสามารถในการรวบรวมและหาแหล่งสนับสนุนไม่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือในการชี้แนะหาแหล่งสนับสนุนดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดมากเพียงพอ ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ ไม่เกิดความวิตกกังวล

ดังการศึกษาของ Chavez & Faber (1987) ที่ทำการศึกษามลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก ผลการทดลองพบว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

Sabo et.al. (1989) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของกลุ่มช่วยเหลือต่อการรับรู้ประโยชน์ของการให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกันในการแก้ปัญหา ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของการช่วยเหลือที่ได้รับ และรู้สึกถึงการดูแลที่ผู้ให้การดูแลจัดให้

Halm (1990) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการเข้ากลุ่มพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้ การช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการหาและใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ที่มีและสามารถหาได้ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการเข้ากลุ่มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

Leske (1996) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการรายงานความก้าวหน้าในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัด 4 รูปแบบ ผลการทดลองพบว่า การได้รับรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นรายบุคคลจากพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นรูปแบบที่ทำให้ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงต่ำกว่าอีก 3 รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ

Aimin (1999) ที่ศึกษาค้นคว้าผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ที่ศึกษาค้นคว้าผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

3.2 การสนับสนุนการเยี่ยม (Visitation facilitation)

การสนับสนุนการเยี่ยม เป็นกิจกรรมการพยาบาลสามารถใช้ได้ในทุกๆ หอผู้ป่วย ตั้งแต่หอผู้ป่วยที่เข้มงวดเรื่องการเยี่ยมมากที่สุดจนกระทั่งถึงหอผู้ป่วยที่เข้มงวดเรื่องการเยี่ยมน้อยที่สุด เป็นรูปแบบในการสนับสนุนให้การเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540) มีหลักการอยู่บนการดูแลด้านจิตใจ-สังคมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

(Daly, 1999) ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้ความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือความวิตกกังวลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984)

3.2.1 ความหมาย

Nursing Interventions Classification (NIC) (cited in McCloskey & Bulechek, 1996) อธิบายว่า เป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้การเยี่ยมเกิดเป็นประโยชน์ทั้งแก่ตัวผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยโดยเพื่อนและครอบครัวของผู้ป่วย

Nursing Outcomes Classification (NOC) (cited in Johnson & Maas, 1997) อธิบายว่า เป็นรูปแบบการรักษาที่ทำโดยพยาบาลในการส่งเสริมผลลัพธ์ของผู้ป่วยในด้าน ความสุขสบาย การสงวนพลังงาน และการพักผ่อน

สรุปได้ว่าการสนับสนุนการเยี่ยม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ทางด้านผลลัพธ์อย่างสูงสุดทั้งแก่ตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดการใช้การเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง และปรับตัวได้เพื่อสามารถให้การดูแล และเป็นกำลังสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ต่อไป

3.2.2 รูปแบบของการสนับสนุนการเยี่ยม

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งรูปแบบของการสนับสนุนการเยี่ยมได้ ดังนี้

1. การได้อยู่ใกล้ชิด (Proximity) โดย Hickey (1993) และ Simpson (1991) กล่าวว่า การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ทั้งสำหรับตัวผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่จะได้เห็นผู้ป่วยมากกว่าการรับฟังรายงานจากบุคลากรที่เป็นคนแปลกหน้า ช่วยลดความวิตกกังวลและสับสนจากการจินตนาการไปเองในทางที่แย่งจากการไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการได้อยู่ใกล้ชิด ต้องการเข้าเยี่ยมได้บ่อยๆ และได้เยี่ยมเป็นพิเศษในกรณีจำเป็น

2. การได้รับความมั่นใจ (Assurance) ดังที่ Marshall (1978) กล่าวว่า การให้ความมั่นใจเป็นเครื่องมือทางจิตวิทยา (Psychological tool) ในการช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการต่อสู้กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมี

ความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุด แม้เมื่อพวกเขาจะไม่ได้ อยู่ข้างเตียง

3. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) ดังที่ Hickey (1993) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงเวลาของการเจ็บป่วยนี้เป็นการเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความรู้สึกผิด มองว่าตนเองหมดหนทาง (Helpless) และไม่มีอำนาจ ที่เกิดจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องพึ่งแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตามบทบาทปกติของตนที่เคยกระทำ

4. การได้รับกำลังใจและการระบายความรู้สึก (Support) โดย Breu & Dracup (1978) ได้แนะนำว่าพยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา เป็นการลดพลังงานที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลลง (อุบล นิวัตชัย, 2527) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกอึดอัด/กดดัน ลดลง ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการได้รับกำลังใจและ ระบายความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3.3 การสนับสนุนความต้องการ

มนุษย์เรามีความต้องการตามธรรมชาติโดยไม่มีที่สิ้นสุด และเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจะมีความต้องการทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย ถ้าได้บรรลุ ความต้องการตามความประสงค์ ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และมานะพยายามที่จะทำ ประโยชน์ต่อไป เพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ในทางตรงข้าม หาก ความต้องการไม่ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปกติสุขได้

Maslow (1970) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์มี 5 ชั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นมากและเกิดก่อนความต้องการ ในระดับอื่น

2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นใจ ความเท่าเทียมกัน ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจ เชื่อถือได้ ความเป็นอิสระจากความกลัว ตลอดจนความต้องการความปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่างๆ

3. ความต้องการความรักและรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging needs and love needs) ได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นเพื่อนและความมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน

4. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ได้รับการทักทาย ความเป็นอิสระ และได้รับการยกย่องนับถือว่ามีความสำคัญจากครอบครัว เพื่อน และสังคม

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน (Need for self-actualization or self-fulfillment) ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์อันได้แก่ ความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง รู้จักตนเองและได้ทำงานที่ตนเองพอใจ

Kozier & Erb (1983) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 7 ด้านดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการที่เป็นพื้นฐานของการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต เพื่อรักษาสมดุลทางด้านชีวภาพ ถ้าความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการสนับสนุน จะมีผลกระทบต่อความต้องการด้านอื่นๆ ด้วย ความต้องการด้านนี้ ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การนอนหลับ การออกกำลังกายที่เหมาะสม

2. ความต้องการการกระตุ้น (Stimulation needs) เป็นความต้องการเพื่อให้มีการจัดกระทำ (Activity) ตามพัฒนาการ และเพื่อรักษาสมดุลของลักษณะชีวิตประจำวัน เนื่องจากการปฏิบัติบางอย่างต้องมีการกระตุ้น เช่น การคลาน การเดินของเด็ก เป็นต้น สิ่งกระตุ้น ได้แก่ กระตุ้นทางอารมณ์ กระตุ้นความรู้สึก กระตุ้นการรับรู้

3. ความต้องการการปกป้อง (Protection needs) เป็นความต้องการเพื่อการปกป้องบุคคลให้พ้นจากสิ่งที่เป็นอันตราย และได้รับความปลอดภัย แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

3.1 ความต้องการความปลอดภัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัยจากสารเคมี เครื่องจักร ความร้อน และเชื้อโรค สำหรับผู้ป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมทั้งความสะอาดส่วนบุคคล ป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ในร่างกาย และความสะอาดของสิ่งแวดล้อม

3.2 ความต้องการความปลอดภัยด้านจิตใจ เป็นความต้องการด้านข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคลมั่นใจ ปราศจากความวิตกกังวล ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ได้แก่ ต้องการมีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีป้องกันอันตราย ต้องการรู้การพยากรณ์โรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกปลอดภัยด้านจิตใจ

4. ความต้องการความรักและความรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วม (Love and belonging needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความสนใจ การช่วยเหลือประคับประคอง กำลังใจ และความใกล้ชิดกับบุคคล เช่น บิดามารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ความต้องการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย การไม่ได้มีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกว่าตนไม่มีค่า รู้สึกเดียวดาย

5. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Self-esteem needs) บุคคลต้องการการยอมรับนับถือจากสิ่งที่เขากระทำและสามารถกระทำ บุคคลคิดว่าตนเองถูกต้อง เป็นที่ต้องการและเป็นประโยชน์ การไม่ฟังพหูอื่นทำให้บุคคลมีความมั่นใจในตนเอง บุคคลต้องการ ความเห็นพ้องด้วยและการระลึกถึงจากสังคมต่อการกระทำของเขา

6. ความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นผลของความเชื่อ เป็นความต้องการเพื่อความหวัง เป็นความเลื่อมใสในศาสนา ศรัทธา มั่นใจ เชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งที่อยู่เหนือมนุษย์ อยู่เหนือธรรมชาติ คล้ายพระเจ้า มักจะเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมทางศาสนา พิธีบูชาต่างๆ ในการเจ็บป่วย หากการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยไม่ดี สมาชิกในครอบครัวยังคงมีความหวังว่าบางสิ่งอาจทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น มีความต้องการด้านจิตวิญญาณขึ้น เพื่อให้ความหวังเป็นไปตามความคาดหมาย

7. ความต้องการเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization needs) เป็นความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต

ความต้องการของครอบครัวตามแนวคิดของ Daley (1984) ประกอบด้วย

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความสบายใจ ความสมหวังในชีวิตที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือรอดชีวิต ความมั่นคงทางจิตใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยและได้รับการเอาใจใส่ดูแลที่ดีที่สุด โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ทราบความจริงเกี่ยวกับการรักษาอาการของผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะเลวลงก็ตาม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยมีหรือรับทราบว่ามีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเมื่อครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ

2. ความต้องการด้านข้อมูล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร คำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจถูกต้องชัดเจน และตรงตามความเป็นจริงในเรื่องต่อไปนี้อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล วิธีปฏิบัติที่สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก แหล่งที่จะให้ข้อมูลหรือช่วยเหลือเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา ประเภทของเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือและการใช้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาล

3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยได้มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ๆ ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก

4. ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการที่จะเข้าไปมีส่วนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาลในเรื่องของการเช็ดตัว การนวดหรือออกกำลังกายในส่วนของร่างกายให้กับผู้ป่วย การพูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจ การช่วยจัดท่าหรือเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วย และอื่นๆ ภายในขอบเขตที่จำกัด

5. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในเรื่องของการมีคนอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเมื่อเข้าไปเยี่ยมในห้องผู้ป่วยหนัก มีผู้รับฟังการระบายความรู้สึกเครียด วิตกกังวล มีโอกาสได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกผิดและความรู้สึกว่าจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย การได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และอื่นๆ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

6. ความต้องการส่วนบุคคล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการที่จะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตหรืออยู่รอดในชีวิตประจำวันได้ อันได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่พักผ่อนเยี่ยม ห้องน้ำสำหรับขับถ่าย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจเพื่อความเพลิดเพลิน การติดต่อสื่อสาร

เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น เงินสำหรับใช้จ่ายในการยืมชีพ บุคคลที่จะช่วยแก้ปัญหาภายในครอบครัว หรือดูแลสุขภาพภายในครอบครัว

โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ตามแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวต้องการ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เพื่อเผชิญปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งข้อมูลที่ให้นั้นเป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้ประกอบในการตัดสินใจและวางแผนเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ข้อมูลจะประกอบไปด้วยเรื่องโรคและอาการของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว เช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตร เป็นต้น (Daley, 1984)

2. การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความเครียด ความวิตกกังวล รับฟังปัญหาของครอบครัวด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี ให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากพยาบาล และสร้างความไว้วางใจแก่สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน และการกระตุ้นชี้แนะ (Daley, 1984)

3. การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและร่างกาย เป็นการให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า การสัมผัสผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย (Daley, 1984)

3.4 การพยาบาลระบบสนับสนุน

3.4.1 ความหมายของระบบสนับสนุน

John (1962 cited in Gardner, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่กำลังเผชิญกับความยุ่งยากให้สามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากนั้นได้

Roberts (1976, อ้างถึงใน มารยาท วัชรเกียรติ, 2535) ให้ความหมายของการสนับสนุนว่า เป็นการให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบัน

และจากความหมายของครอบครัวที่ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันมักอาศัยอยู่บ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินหรือสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งหามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น ใกล้ชิดและมั่นคง

จึงให้ความหมายว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้และกระทำต่อสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตขณะมาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจัดไว้อย่างเป็นขั้นตอนและมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและสามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากใจได้

พยาบาลนอกจากจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ยังต้องให้ความช่วยเหลือดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตของสมาชิกครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือความยุ่งยากใจที่มีอยู่ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัว ลดความวิตกกังวล และให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งได้มีผู้ศึกษากันไว้มาก ดังนั้นองค์ประกอบของการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จึงประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล หมายถึง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 – ค.ศ. 1988 ของ Hickey (1990) พบว่าความต้องการที่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้ความสำคัญในอันดับแรกๆ มากที่สุดคือ ความต้องการ

ข้อมูลที่สามารถเข้าใจง่าย และได้รับการตอบคำถามโดยตรงไปตรงมา Artinian (1991) ศึกษาความเครียดของคู่สมรสที่เป็นหญิงของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของคู่สมรสคือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของผู้ป่วย และไม่ทราบว่าหาข้อมูลได้จากใคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jameson et al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยกรรม ครอบครัวผู้ป่วยสนใจข้อมูลทุกอย่างที่เขาสามารถหาได้ ตั้งแต่ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค ไปจนถึงข้อมูลเล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารและนอนหลับได้อย่างไร (Hickey, 1993) สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบครัวผู้ป่วยมองเห็น ได้ยิน และได้กลิ่น รวมทั้งบุคลากรในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วย (Hickey, 1993) โดยที่การให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่น่ากลัวเป็นอันตราย และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (มารยาท วัชรเกียรติ, 2535)

2. การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย หมายถึง การที่ให้ครอบครัวได้มีโอกาสได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง ได้เข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อยๆ ได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น โดยไม่จำกัดระยะเวลาของการเข้าเยี่ยม เพื่อให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยนานขึ้น จากการศึกษาการรับรู้การเยี่ยมขณะอยู่ในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยของ Simpson (1991) พบว่า ผู้ป่วยประเมินการเยี่ยมของครอบครัวว่ามีประโยชน์ต่อเขา และผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมในเวลาที่นาน โดยที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าชอบให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมในระยะเวลาที่นานกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ครอบครัวมักจะต้องการอยู่กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงแรกที่ผู้ป่วยถูกรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล และช่วงของการวินิจฉัยโรค โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจที่ได้เห็นผู้ป่วยมากกว่าที่จะรับฟังการรายงานจากบุคลากรซึ่งเป็นคนแปลกหน้าทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว โดยที่เมื่อครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต การไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปดูผู้ป่วย อาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจินตนาการไปในทางที่แยง การจำกัดเวลาเยี่ยม หรือความบ่อยครั้งของการเยี่ยม เช่น ชั่วโมงละ 10 นาที เยี่ยมครั้งละ 2 – 3 คน อาจนำมาซึ่งความกังวลและความสับสนภายในครอบครัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และเมื่อครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มักจะเป็นประโยชน์ทั้งสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย (Hickey, 1993)

3. การมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง การจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาในเรื่องบทบาทของพยาบาลหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตกับครอบครัวผู้ป่วยของ Hickey (1981) โดยการสอบถามพยาบาลหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 226 คน จากหอผู้ป่วย

ภาวะวิกฤต 18 หอ ใน 4 โรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เห็นด้วยว่า ครอบครัวผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและกระตุ้นผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย บทบาทสำคัญที่ครอบครัวควรจะทำคือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และ Hickey (1993) กล่าวว่า ในระหว่างช่วงเวลาของการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตนี้เป็นการเหมาะสมที่ครอบครัวผู้ป่วยจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในงานประจำ (Routine) ที่ง่าย ๆ แต่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยสามารถถูกสอนหรือถูกกระตุ้นในการให้อาหารผู้ป่วย เช็ดหน้าผู้ป่วย เช็ดตัวผู้ป่วย หมุนเปลี่ยนหมอนให้ผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่านอน ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนให้แก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินในการสอนครอบครัวผู้ป่วยและมีบทบาทร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย การที่ให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ป่วยนี้จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ในการประสานงานและหาแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะวิกฤต

4. การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง การกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และเกิดความหวัง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยผ่อนคลายความรู้สึกอึดอัด หงุดหงิด หรือไม่สบายใจของครอบครัวผู้ป่วย เป็นการแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบว่า เขายังมีบุคคลที่เข้าใจความรู้สึกของเขา เมื่อครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกแล้วพยาบาลให้กำลังใจเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาหรือแก้ไขปัญหานั้น Breu & Dracup (1978) ได้ศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งเสริมความรู้สึกสูญเสีย คือ การที่ต้องแยกจากสามีหรือภรรยาขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก พบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย กิจกรรมประจำวันหยุดชะงักและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างมาก Breu & Dracup จึงได้ชี้แนะว่าพยาบาลควรเป็นผู้ให้กำลังใจและให้คู่สมรสนั้นได้ระบายความรู้สึกออกมา ซึ่งจะเป็นผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงด้วย

3.5 การสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่ง สจวร์ทและทิลเดน (Stewart & Tilden, 1995) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้นจาก

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ปกป้องบุคคลจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลได้ (Stewart, 1993)

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา โดยการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทาง และการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการให้สิ่งของ อุปกรณ์ เงิน การให้บริการต่างๆ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้การติดต่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่างๆ การรับรองยืนยันต่างๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ จะปรับผลกระทบของความเครียดและความวิตกกังวลลง โดยทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ และในการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมนั้น ต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์และลักษณะของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นควรมีการประเมินชนิดของการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อไป การสนับสนุนทางสังคมเป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความสามารถในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้นจากความเจ็บป่วย ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่สำคัญมากที่สุด คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล และรองลงมาเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และเป็นการสนับสนุนทางด้านการประเมินค่าตามลำดับ (De Jong & Beatty, 2000) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการให้การสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยรุนแรงเฉียบพลัน ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (รัตนา อยู่เปล่า, 2543; Stewart & Tilden, 1995)

ทวิเบล (Twibell, 1998) กล่าวว่า การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เมื่อเผชิญกับความเครียดหรืออยู่ในสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยให้ความหมายของการแสวงหาข้อมูลว่าเป็นการที่บุคคลพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่ประสบอยู่ให้มากขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหานั้นๆ และการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งข้อมูลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้บุคคลไม่สามารถเชื่อมโยง

การกระทำเข้ากับผลของการกระทำได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะหมดหนทางช่วยเหลือได้ การสอนหรือการให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติ ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม (เกษณี อำนาจวรรณพันธ์, 2543) การให้ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้อง เพียงตรง และมีประโยชน์ ข้อมูลควรมาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่ทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะกลายเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อไป ส่วนข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความเข้าใจและความรู้สึกผิดๆ เมื่อนำมาใช้จะเกิดอันตรายมากกว่าการปล่อยให้ไม่ได้รับข้อมูลอะไรเลย (Azoulay, 2002; Laubuch, 2000; Henneman & Cardin, 2002) ไอมิน (Aimin, 1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ รัตนา อยู่เปล่า (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5.1 วิธีการในการให้ข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการตอบสนองของความต้องการ และลดความวิตกกังวลในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (Gew-Ens, 1994) ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจึงมีวิธีการหรือองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ คือ

1) การเตรียมองค์ประกอบที่สำคัญของการทำแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมในการให้การดูแลของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความต้องการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยต้องการรู้ประเภทของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Henneman & Cardin, 2002) ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน ต้องการทราบว่าคำถามข้อมูลชนิดไหนได้จากใคร นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักยังต้องการความสะดวกในการสอบถามข้อมูล โดยต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เกี่ยวกับสภาพ

ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ต้องการทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย และต้องการทราบว่าจะสามารถโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลได้จากใคร เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง (Leske, 2002) การให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ นี้ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดและทักษะในการเผชิญปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและป้องกันโรค พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ และเหมาะสมที่สุดในการให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาล (เกษณี อานาจวรรณพันธ์, 2543; สมพันธ์ หิณูชีระนันท์, 2541) ทวิเบลล์ (Twibell, 1998) กล่าวว่า วิธีการให้ข้อมูลที่สามารช่วยในการเผชิญและแก้ไขปัญหาของครอบครัวในภาวะวิกฤตและตอบสนองความต้องการนั้น พยาบาลควรเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดีโดยการให้ นั้น ต้องใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงปานกลาง การสัมผัส ในขณะที่ให้ข้อมูล นอกจากการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้วควรมีการรับฟังการระบายความรู้สึก ควรให้กำลังใจ ควรหลีกเลี่ยงคำพูดที่มีความหมายในด้านลบ มีความยินดีในการให้ข้อมูลหรือมีความกระตือรือร้นเมื่อครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามา เมื่อมีปัญหาในการสื่อสารหรือความไม่พอใจในการได้รับข้อมูล ให้ยุติและขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความสามารถและเหมาะสมมากกว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และยังติดต่อกับบุคลากรอื่นๆ ทางกายภาพและทีมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งสามารถเป็นผู้ที่มีการถ่ายทอดข้อมูลได้ดี (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักยังต้องมีการให้โดยกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล หรือจากกลุ่มที่มาจากอาสาสมัครหรือกลุ่มจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์มาช่วยให้การดูแลการสนับสนุนความช่วยเหลือ และการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนัก (Gavaghan & Carroll, 2002; Henneman & Cardin, 2002)

1.2) สถานที่ใช้ในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น สถานที่ เสียง การถ่ายเทอากาศ แสงสว่าง (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพต้องมีการจัดสถานที่ สำหรับ เลสเก (Leske, 1992) กล่าวว่า บรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบ จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หรือการจัดห้องพักสำหรับญาติในโรงพยาบาล อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูลแก่

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรมีอุปกรณ์ที่ช่วยกระตุ้นความสนใจให้ติดตามฟังได้ตลอด เช่น ภาพพลิก และเมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูลแล้วควรให้เอกสาร หรือคู่มือ เพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านได้ตลอดเวลาด้วย (Henneman & Cardin, 2002) เลสเก (Leske, 1992) ได้ทำการศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า นอกจากการให้ข้อมูลแล้วในแนวทางยังมีการให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา การทำแผ่นพับ เอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยหนัก รวมทั้งเกี่ยวกับความรู้ ภาวะโรคและการป้องกัน การปฏิบัติตัว การเปิดวิดีโอเทปแนะนำสถานที่ และการจัดกลุ่ม หรือทีมใน การดูแลช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีการศึกษาเช่นเดียวกับ อโซเลย์และคณะ (Azoulay et al., 2002) แมคกัวเฮย์และแฮร์ริสัน (McGauhey & Harrison, 1994) เฮนนี่แมนและคาร์ติน (Henneman & Cardin, 2002) จอห์นสันและแฟรงค์ (Johnson & Frank, 1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการให้ข้อมูล โดยการใช้โทรศัพท์ในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โรงพยาบาลจะโทรศัพท์ไปแจ้งสภาพของผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ซึ่งจะรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาใหม่ที่ได้รับ ความคงที่ของสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด ผลการตรวจต่างๆ และอาการที่เปลี่ยนแปลง พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เมดแลนด์และเฟอร์ราน (Medland & Ferrans, 1998) ศึกษาในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 30 ราย โดยการให้ข้อมูล และการโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับอาการ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักทุกวัน พบว่า สามารถลดอัตราการโทรศัพท์ถามถึงอาการของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความพึงพอใจมากในการให้บริการ

2) ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยหนักโดยทั่วไปมีนโยบายให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยในระยะวิกฤตต้องการการพักผ่อน แต่การเยี่ยมของสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยก็มีความสำคัญที่เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยได้ (Clarke, 1994) จากการศึกษาของ กัวเลียโน และกัวเลียโน (Giuliano & Giuliano, 1992) โดยทดลองในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 50 ราย เกี่ยวกับการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักและการตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล พบว่า จังหวะการเต้นของหัวใจ อัตรา

การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นพบว่า ผลจากการเยี่ยมของญาติก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยได้น้อยกว่าการตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่านโยบายการเยี่ยมที่จำกัดระยะเวลาเข้าเยี่ยม และการได้พบสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักในระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือน ตัดขาดจากครอบครัว และเกิดภาวะเครียดได้ การศึกษาของ คาพอลย์ (Krapohl, 1995) ได้รวบรวมผลงานการวิจัยของหลายงานวิจัยเกี่ยวกับการกำหนดเวลาการเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า นโยบายการเข้าเยี่ยมควรมีการเยี่ยม 2 - 4 ครั้งต่อวัน ระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมตั้งแต่ 25 - 45 นาทีในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มอายุของผู้ป่วยด้วย พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีความต้องการการเยี่ยมลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ต้องการเพียง 1 - 2 ครั้งต่อวัน ในขณะที่เดียวกันการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก็ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีผลต่อการหาย ฟิ้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Clarke, 1994; Titter & Walsh, 1992) จากการศึกษาของ Giuliano, Giuliano, Bloniasz, Quirk, & Wood (2000) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีการพัฒนาการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้รูปแบบหลักการบริหารของ จูราน (Juran model) ซึ่งได้มีการใช้นโยบายการให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุก 1 ชั่วโมง ครั้งละ 30 นาที ตั้งแต่เวลา 13.00 - 20.00 น. นอกจากเวลาดังกล่าวนั้น ให้เยี่ยมได้ทุก 1 ชั่วโมง ครั้งละ 10 นาที ซึ่งยังไม่จำกัดเวลาแน่ชัดอยู่ในความเหมาะสมในแต่ละชั่วโมง พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลลดลงและมีความพึงพอใจ

3) ลักษณะของข้อมูลสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก การสนับสนุนด้านข้อมูลในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักควรเป็นข้อมูลที่เป็นจริง ทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เหมาะสมควรมีข้อมูล 2 ประเภทคือ ข้อมูลที่จำเป็นซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาพยาบาล ส่วนข้อมูลอีกชนิดหนึ่งเป็นข้อมูลที่จะตอบสนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นข้อมูลที่จะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และความเครียดขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล (รัตนยา อยู่เปล่า, 2543) พยาบาลผู้ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ได้ และร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำ คำอธิบาย เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ ทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สภาพทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีความสอดคล้องกัน (เกษณี อำนางวรรณพันธ์, 2543) ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (De Jong & Beatty, 2000)

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ควรมีลักษณะของข้อมูลที่ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอน และแนวทางการประเมินผลไว้อย่างมีระบบ โดยเฉพาะการกำหนดเนื้อหา ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (De Jong & Beatty, 2000) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระบุว่า มีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ข้อมูลดังกล่าวได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบ และเวลาเยี่ยม ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่างๆ เหตุผลของการใช้เครื่องมือการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมทั้งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (Dunbar & McLain, 1993; Graydon & Jickiking, 1997; Henneman & Cardin, 2002) ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลเหล่านั้น อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ (Gew-Ens, 1994) อีกทั้งขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย หรือขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถูกเชิญให้ออกนอกหอผู้ป่วย ทำให้ขาดโอกาสในการติดต่อสื่อสารที่ดีและได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใช้จินตนาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยประเมินจากสภาพที่พบเห็น และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงจากแหล่งอื่นๆ ทำให้มีการตีความสภาพผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง (Arkley, 1990; Gew-Ens, 1994)

ลินเซ (Lindsay, 1997) ได้กล่าวว่า วิธีการตอบสนองความต้องการ และการให้การสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากการใส่สายต่างหลอดเลือดหัวใจคือการให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบคือ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระยะเวลา การดูแลรักษาพยาบาลหลังจากทำการรักษา และการปฏิบัติตัวตามลำดับ

การให้ข้อมูลเพื่อลดระดับความวิตกกังวลควรให้ตั้งแต่ในระยะแรกๆ โดยผู้ให้ควรเป็นแพทย์และพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การพยากรณ์โรคที่เจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่มีความตรงกับความความเป็นจริงในแต่ละวันเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวและการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะในการเยี่ยมผู้ป่วย (Gew-Ens, 1994) นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ ของหอผู้ป่วยด้วย รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความสุขสบาย และการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย (Henneman & Cardin, 2002)

4) ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการให้ข้อมูลตามแผนที่ได้วางไว้ โดยเริ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับข้อมูล โดยที่ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้ความเป็นกันเอง ทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ชักถามปัญหาต่างๆ สนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และควรให้ผู้รับข้อมูลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูลที่เป็นเนื้อหาสาระ อาจเป็นช่วงระยะเวลาหรือวันละครึ่งในหัวข้อเรื่องที่แตกต่างกัน และมีการประเมินผลการให้ข้อมูลและปฏิกิริยาของผู้รับข้อมูลด้วย

5) รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นร่วมด้วยจากการศึกษาส่วนใหญ่มีรูปแบบ ดังนี้

5.1) การให้ข้อมูลเป็นแบบโปรแกรมและเป็นแบบแผน Lopez-Fagin (1995) ได้มีการศึกษาโดยใช้ผลการวิจัยในด้านความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักใน 5 ข้อ ในการรับรู้ของครอบครัวและพยาบาลนั้น และการพบว่า การที่จะสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการ โดยการจัดตั้งโปรแกรมเพื่อหาแนวทางในการปรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพบว่าการจัดทำสมุดคู่มือเกี่ยวกับหอผู้ป่วย การจัดสถานที่พักผ่อนที่พักรักษา การยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้บ่อยขึ้น การจัดแนวทางการให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ครอบครัว มีการประเมินผลโดยการรับฟัง การให้คำแนะนำความคิดเห็นและการเขียนจดหมายมาติชม โดยทางหอผู้ป่วยมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทศนคติ ความพึงพอใจ และ

การได้รับการตอบสนองของความต้องการที่ดีขึ้น Ferran & Medland (1998) ได้ศึกษาผลของการจัดทำโปรแกรมในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ในกลุ่มทดลอง 15 ราย พบว่า กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจและไม่โทรศัพท์มาถามเจ้าหน้าที่บ่อยๆ การศึกษาของนาฏยา เอื่องไพโรจน์ (2535) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่เข้าเยี่ยมโดยการให้แบบแผนการให้ข้อมูลในกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความวิตกกังวลของคู่สมรสลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

5.2) การให้ข้อมูลเป็นแบบแนวทาง หรือมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน (Guideline) ดังเช่น Gew-Ens (1994) ได้สร้างพัฒนาแนวทางการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยใช้แนวคิดของครอบครัวในภาวะวิกฤต ความไม่แน่นอนของ ความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม โดยได้นำทั้งสามแนวคิดมาประยุกต์ใช้และสร้างแนวทางในการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยเชื่อว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต ย่อมมีความวิตกกังวล และต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมโดยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล จากแนวทางการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤต จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ความไม่แน่นอน ความกลัวของสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้

5.3) การให้ข้อมูลรวมกับการใช้รูปแบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งลักษณะการให้ข้อมูลจะมีการนำวิธีอื่นมาใช้ร่วมด้วย เช่น การปรับนโยบายระยะเวลาการเข้าเยี่ยม การใช้อุปกรณ์อื่นมาใช้ร่วมด้วย การใช้รูปแบบของการนำเสนอข้อมูลดังนี้ ที่โรงพยาบาลเฮร์แมน (Hermann) ในเมืองฮุสตัน สหรัฐอเมริกา โดย Elliott & Smith (1985) ได้เห็นความสำคัญของการตอบสนองความต้องการของญาติจึงเพิ่มมีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับญาติ โดยให้มีการจัดตั้งกลุ่มที่ให้อำนาจใจช่วยเหลือญาติ ประกอบด้วยพยาบาลกับญาติ และมีการประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน พบว่าพยาบาลมีโอกาสมีการรับรู้และทราบถึงความต้องการของญาติเกี่ยวกับผู้ป่วย การรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนญาติหรือครอบครัวก็ได้รับทราบถึงนโยบายของโรงพยาบาล กฎระเบียบ และข้อมูลอื่นๆ เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ครอบครัวสามารถใช้ทักษะในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวลและมีการรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้อง Johnson & Frank (1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลโดยการใช้โทรศัพท์ในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย พยาบาลจะโทรศัพท์ไปแจ้งสภาพของผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ซึ่ง จะรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาใหม่ที่ได้รับ ความคงที่ของสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด

ผลการตรวจต่างๆ และอาการที่เปลี่ยนแปลง พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่า

3.6 การสนับสนุนด้านอารมณ์

การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์นั้นเป็นเทคนิคที่มีประโยชน์มากในระยะแรกที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Richmond & Craig, 1986) ในระยะแรกที่ครอบครัวทราบว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บ โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างสูงต่อสมาชิกในครอบครัว (Reider, 1994) ถึงแม้ว่าจากรายงานการศึกษาจะพบว่าความต้องการด้านข้อมูลมีมากที่สุด แต่ความสามารถในการเข้าใจและประมวลข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับทำได้ไม่ดี เนื่องจากพวกเขากำลังตกอยู่ในภาวะวิกฤตในช่วงแรกของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Hickey, 1990) ดังนั้นในระยะแรกเริ่มนี้ควรเริ่มด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อน (Reider, 1994) การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมสถานการณ์วิกฤตได้ (Richmond & Craig, 1986)

จากการศึกษาของบริดจ์แมนและคาร์ (Bridgman & Carr, 1998) ทำการศึกษาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการพยาบาลในการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่า พยาบาลควรจัดเวลาในการที่จะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เมื่อพบกับพยาบาลในบรรยากาศที่เป็นกันเอง และพบกันอย่างสม่ำเสมอ บางครั้งพยาบาลจะมีงานยุ่งมากกับการทำงานกับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ควรปรับแผนการพยาบาล และให้เวลากับสมาชิกในครอบครัวให้มากขึ้น ลำดับสุดท้ายคือ การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัว พยาบาลควรพูดคุย และรับฟังปัญหาจากสมาชิกในครอบครัวด้วย

เลสเก้ (Leske, 1992) กล่าวว่า บรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นอกเห็นใจกัน พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวในระยะแรก การสร้างความไว้วางใจในระยะแรกทำได้โดยการรับฟัง ตอบคำถามอย่างเปิดเผย ย้ำกับสมาชิกในครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ส่งเสริมให้เกิดความหวังที่เป็นไปได้ แมคควอย (McQuay, 1995) กล่าวว่า การใช้ภาษาท่าทาง (Nonverbal communication) ก็มีความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ จอห์นสันและโรเบิร์ตส์ (Johnson & Roberts, 1996) กล่าวว่า การสัมผัสสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยขณะพูดคุยก็จะยิ่งช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นได้

ฮิคกี้ (Hickey, 1990) กล่าวว่า ควรมีสถานที่ใกล้ๆ หอผู้ป่วยให้สำหรับรอเยี่ยมในระหว่างที่สมาชิกในครอบครัวรอผู้ป่วยอยู่ในห้องรอเยี่ยมเพียงลำพังอาจยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ (Topp, Walsh, & Sanford, 1998) พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ตามลำพัง ควรเข้าไปพูดคุยรับฟังการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลอาจช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Tilter, Cohen, & Craft, 1991) บิดามารดาของผู้ป่วยจะมุ่งความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วยโดยลืมที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง ดังนั้นอาจเป็นประโยชน์อย่างมาก ถ้ามีบุคคลใดบุคคลหนึ่งมาคอยบอก หรือคอยเตือนอย่างสุภาพให้สมาชิกในครอบครัวได้รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ดื่มน้ำอุ่น พักผ่อน หรือออกไปอยู่นอกสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชั่วคราว ซึ่งเมื่อความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ได้รับการตอบสนอง สมาชิกในครอบครัวจะสามารถมีการปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Mangini, Confessore, Girard, & Spadola, 1995)

ในด้านของความเชื่อทางศาสนานั้น พยาบาลควรปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวจัดการตามความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว แต่ไม่ควรเป็นผู้ผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวกระทำการเหล่านี้ (Reider, 1994)

จากแนวคิดการสนับสนุนด้านอารมณ์ของเฮาส์ (House, 1981) นำมาจัดเป็นกิจกรรมให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ได้ดังนี้

การแสดงความเห็นอกเห็นใจ โดย

1. จัดสถานที่สำหรับพูดคุยปรึกษาที่เป็นส่วนตัวสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Bridgman & Carr, 1998) กล่าวว่า บรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นอกเห็นใจกัน (Leske, 1992)

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว โดยการแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศ การพูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวขณะพูดคุย ใช้ภาษาท่าทางที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (McQuay, 1995) และใช้การสัมผัสสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขณะพูดคุยก็จะยิ่งช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นได้ (Johnson & Roberts, 1996)

3. แสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นและยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกมา และใช้การสัมผัสเพื่อแสดงถึงความเข้าใจและเห็นใจ

การแสดงความเอื้ออาทร โดย

1. นำสมาชิกในครอบครัวไปเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียง และอยู่กับสมาชิกในครอบครัวขณะเยี่ยมผู้ป่วย
2. ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ (Hopkins, 1994) พยาบาลควรแสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น และยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกมา
3. ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว (ซอลดา พันธุเสนา, 2536)
4. ใช้การสัมผัสที่เหมาะสมเพื่อแสดงถึงความสนใจเอาใจใส่ และเอื้ออาทรต่อสมาชิกในครอบครัว (ซอลดา พันธุเสนา, 2536)

การแสดงความปรารถนาดี โดย

1. ให้ความมั่นใจโดยการบอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ข้างเตียง
2. ตอบคำถามที่สมาชิกในครอบครัวซักถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริง (Bridgman & Carr, 1998)
3. แนะนำสถานบริการอาหารและสถานที่พักผ่อนที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ร้านอาหาร หรือที่พักที่สามารถไปใช้บริการได้ ให้สมาชิกในครอบครัวได้มีเวลาพักผ่อนตามสถานที่ที่แนะนำแทนการนั่งเฝ้าอยู่หน้าห้องผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว (Vassar & Grogan, 1995) และแนะนำสถานที่ที่เป็นแหล่งพึ่งพิงทางจิตใจสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาลตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เช่น สถานที่หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจภายในบริเวณโรงพยาบาล เช่น ห้องพระ หรือพระรูปสมเด็จพระราชาธิบดี การแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวได้พักผ่อน หรือออกไปจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลบ้าง เป็นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกสดชื่นขึ้น เป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Martin, 1999)
4. ให้นำหมายเลขโทรศัพท์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การแสดงความไว้วางใจ โดยการให้ความมั่นใจกับสมาชิกในครอบครัวว่าจะรักษาข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวไม่ต้องการเปิดเผยไว้เป็นความลับ (House, 1981)

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ได้รับการสนับสนุนจะต้องกระทำไปพร้อมๆ กัน เนื่องจากในขณะที่สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการ

ข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว เขาจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นอย่างมากในขณะนี้ การที่จะนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น สภาพอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวควรมีความพร้อม ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง และมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น จึงจะสามารถรับรู้ข้อมูลที่ได้รับและนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ (Richmond & Craig, 1986)

4. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcomes)

4.1 ความหมายของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ หมายถึง สิ่งที่เกิดตามมาจากเหตุหรือเป็นสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (องค์การอนามัยโลก อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

Orem (2001) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง

Dubos (1965) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะหรือสภาพที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล

King (1990) สุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงบทบาทต่างๆ ตามที่ตนเองและสังคมคาดหวัง

วิพุธ พูลเจริญ (2544) ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพจึงไม่ได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น แม้แต่ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ รวมทั้งผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิต ก็ยังสามารถบรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้

ภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับบุคคลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา (ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2539) เป็นหนึ่งในมโนทัศน์หลักทั้ง 4 ของศาสตร์ทางการพยาบาล อันได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล นอกจากนั้นภาวะทางสุขภาพยังเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพอื่นทางด้านสุขภาพด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

Lang & Marek (1991) กล่าวว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการให้การดูแลผู้ป่วย

Donabedian (1985) ได้ให้ความหมายของ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพก่อนและหลังการให้การดูแลทางสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจะเป็นการมองภาวะสุขภาพในลักษณะของตัวบ่งชี้หรือผลที่ได้จากการพยาบาล ดังนั้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพนอกจากจะคล้ายคลึงกับภาวะสุขภาพในแง่ที่เป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลแล้ว ยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดประเภทหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

4.2 ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 1991 Johnson, Maas และทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยไอโอวา ได้เริ่มพัฒนาการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่วัดต่อการตอบสนองการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์จะอธิบายสภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนหรือหลังการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น โดยที่ผลลัพธ์นี้จะเป็นการบ่งชี้ประสิทธิภาพหรือคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

การจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพตามระบบหมวดหมู่ของ Nursing Outcomes Classification (NOC) ของโครงการ Iowa (2003) จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (Functional health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐานหรือกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วย เช่น การสวมนพดงงาน เป็นการวางแผนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม โดยเป็นกิจกรรมสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ และกิจกรรมน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยกระทำและไม่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2) ผลลัพธ์ด้านสรีรวิทยา (Physiological health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ภาวะเกลือแร่ และสมดุลกรด-ด่างในเลือด แบบแผนโภชนาการ เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม (Psychosocial health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความผาสุก การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นต้น

4) ผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม (Health knowledge and behavior) เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่วัดทัศนคติ ความสามารถ หรือการกระทำต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงจากสิ่งที่คุกคามต่อโรคของผู้ป่วย เป็นต้น

5. ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงความรู้สึกนึกคิด ความยอมรับของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เช่น การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง สภาวะอาการของโรค หรือความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแล เป็นต้น

6. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพครอบครัว (Family health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงบุคคลในครอบครัว เช่น ภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ความผาสุกของครอบครัว เป็นต้น

Lang & Clinton (1984) ได้จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่

1) ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (Physical health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย

2) ผลลัพธ์ด้านจิตใจ (Mental health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงลักษณะและพฤติกรรมการตอบสนองทางจิตใจ ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย อาจแสดงออกมาในรูปความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และภาวะทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ท้อแท้ ลึกลับ เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ด้านสังคม (Social health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงลักษณะของกระบวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

4) ผลลัพธ์ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ (Health attitudes, knowledge, and behavior) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความเข้าใจในเรื่องโรค ความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และความพร้อมของร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

5) ผลลัพธ์ด้านการให้บริการระบบสุขภาพ (Use of professional health resources) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงอัตราการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วย

6) ผลลัพธ์ด้านการรับรู้คุณภาพการดูแล (Perceptions of the quality of nursing care) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงตัวบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ

แนวคิดของ Donabedian (1982) ซึ่งจำแนกประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาล ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure indicator) หมายถึง ทุกสิ่งที่เป็นปัจจัยนำเข้าไปที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ได้แก่ นโยบาย พันธกิจ ปรัชญา กฎระเบียบ ข้อกำหนดต่างๆ รวมทั้งกำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก ตัวชี้วัดนี้จะใช้วัดและประเมินว่า หน่วยงานมีศักยภาพเพียงใดที่จะมั่นใจหรือแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ เช่น ความเพียงพอของอัตรากำลัง คุณสมบัติ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเครื่องมือเครื่องใช้ ความปลอดภัยของอาคารสถานที่ เป็นต้น

2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicator) เป็นตัวชี้วัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการใช้ในการประเมินว่า กิจกรรมบริการที่กระทำต่อผู้ใช้บริการนั้นมีความเหมาะสมเพียงใด มีประสิทธิภาพหรือไม่ สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ มีจุดเน้นที่การวัดผลการปฏิบัติการพยาบาล อันเป็นการดูแลโดยตรงที่จะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ ทำให้เราสามารถทราบได้ว่า การพยาบาลอย่างไรจึงจะทำให้บรรลุผลลัพธ์สูงสุดตามที่คาดหวังว่าจะให้เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

3. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicator) เป็นการวัดผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การวัดผลลัพธ์เพื่อการประเมินคุณภาพจะต้องมีการวัดทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติ ตัวชี้วัดผลลัพธ์นี้มีพัฒนามาจากมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการดูแล การบริหารการดูแล

นอกจากนี้ Lohr (1988) ได้เสนอการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพว่าอาจจำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (Patient outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการตอบสนองของความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ การไม่ได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลอาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ การที่สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกหรือสถานะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcomes) ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาพยาบาล เช่น อาการ อาการแสดงต่างๆ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer outcomes) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลการเกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้ ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้จะนำไปสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล โดยเฉพาะเพื่อการเพิ่มคุณภาพและการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

การจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพ จะสามารถอธิบายสภาวะของผู้ป่วยและผู้ใช้บริการที่ตอบสนองการรักษาพยาบาล โดยครอบคลุมทั้งบุคคลและชุมชน และสามารถชี้วัดทั้งทางพฤติกรรมและการรับรู้ นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางสุขภาพยังเป็นระบบสำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ (วีณา จีระแพทย์, 2544) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ผลการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย (คณินิต บุรีเทศน์, 2540) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อความผาสุกของญาติผู้ป่วย (รวมพร หลาวเพชร, 2006) ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (อรัญญา ศรีคำขาว, 2548; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวิทย์ จันทร์เจษฎา, 2547; ก้าว ไอมิน, 2542) ต่อความพึงพอใจ (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Donabedian (1982) มาใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากงานวิจัยของวาสนา

ธรรมสอน (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้เป็นแนวทางในการแบ่งประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ

4.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมด้านต่างๆ เป็นระยะเวลานานๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของครอบครัวทั้งทางด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior health outcomes) ข้อจำกัดด้านร่างกายของครอบครัวผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (สุนันทา ทองวัณณ์, 2540) เพราะการดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยกำลังกาย กำลังใจ และสติปัญญาอย่างมาก (ธัญญาภรณ์ ดาวน์พเก้า, 2547) ถ้าครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาล และการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมได้ เช่น ความสามารถของครอบครัวผู้ดูแล การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom health outcomes) การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วยทุ้มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดปัญหาด้านอาการขึ้น เช่น มีอาการเป็นลม คลื่นไส้ ท้องเสีย (Epperson, 1977) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร (Halm et al., 1993) ครอบครัวอาจมีความเหนื่อยล้าซึ่ง Hom & Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้อง และไม่สบายท้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ร่างกายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2535; Giliss et al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991)

3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological HealthOutcomes) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว อาจจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535; Giliss et al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง และเกิดความเครียดสูงหรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะเคว้งคว้าง (Hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร

4) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายๆ ด้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ ทั้งลักษณะงาน เวลาในการทำงาน รายได้ และสมรรถภาพการทำงานของผู้ดูแล ผลกระทบด้านสังคม คือ การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมในสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คือ การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1996) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชากิชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et al., 1985) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535; Giliss et al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) จากการศึกษาของ Horn & Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวดมนต์อ้อนวอนพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วยและการขับรถเพื่อการเดินทางมากขึ้น และใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยในระยะวิกฤตต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักนั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลือกใช้หรือค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions) ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล

ครอบครัวและชุมชน สามารถปฏิบัติได้โดยพยาบาลหนึ่งคนหรือหลายคน การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ควรคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือก ผลที่จะเกิดตามมา เหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ และความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้มีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544) โดยการค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทันสมัย และเหมาะสมแก่ครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละกลุ่มซึ่งแตกต่างกันออกไป เช่น การให้ข้อมูลและความรู้ การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว เป็นต้น เพราะถ้าครอบครัวผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมก็จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า สามารถปรับตัวได้ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น รวมทั้งมีข้อมูล มีความรู้ที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้หมายถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcomes) เมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นก็จะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย

5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์อภิमान

ปัจจุบันศาสตร์หลายแขนงให้ความสำคัญต่อการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติหรือที่เรียกกันว่า Evidence-based practice โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจและปรับปรุงหรือยกระดับของมาตรฐานการปฏิบัติ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systemic reviews) เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการนำหลักฐานและข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ เป็นการนำผลที่ได้จากงานวิจัยที่มีอยู่ในเรื่องนั้นๆ มาใช้โดยการประเมินค่าวิเคราะห์และสังเคราะห์ เป็นความรู้เพื่อการปฏิบัติที่ดีที่สุดเท่าที่มีข้อค้นพบในขณะนั้น (Best-practice) เมื่อผลของการวิจัยหลายๆ ชิ้นถูกรวมเข้าด้วยกันจึงเรียกว่าเป็นการทบทวนอย่างมีระบบ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพ (Qualitative systemic reviews) เป็นการทบทวนวิเคราะห์ความรู้เชิงคุณลักษณะหรือเชิงบรรยายเนื้อหาโดยไม่มีสถิติมาเกี่ยวข้อง จึง

อาจเกิดอคติในการสรุปผลได้สูง เนื่องจากผู้ทบทวนสรุปผลตามความเข้าใจ ความคิด และ ประสบการณ์ของผู้ทบทวน

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ (Quantitative systemic reviews) เป็นการทบทวนโดยใช้วิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์ผลของการทบทวน ซึ่งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณมี 3 วิธี ได้แก่ การนับคะแนนเสียงข้างมาก (Vote - counting method) การสรุปจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Integrating significant tests) และการวิเคราะห์เมต้า (Meta-analysis) เหตุผลในการทบทวนอย่างมีระบบ เพื่อใช้ในการจัดการปริมาณข้อมูล และประเมินคุณค่าอย่างมีวิจารณญาณ (Critical appraisal) ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการทำวิจัยใหม่ สามารถมองเห็นลักษณะทั่วไป (Generalizability) เพราะงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความแตกต่างกันในรายละเอียด บอกความสม่ำเสมอของผลการวิจัยแต่ละชิ้น อธิบายผลที่ไม่สม่ำเสมอในการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เพิ่มอำนาจการทดสอบ (Power) ของการศึกษาวิจัย ทำให้เห็นทิศทางและแนวโน้มชัดเจนมากขึ้น การศึกษาเดี่ยวๆ กลุ่มตัวอย่างเล็กๆ อาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำข้อมูลมารวมกันทำให้อำนาจการทดสอบมากขึ้น และเพิ่ม ความเที่ยงของผลเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีขนาดมากขึ้น ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นแคบลง ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- (1) การกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ของการทบทวน
- (2) กำหนดขอบเขตของเอกสารหรืองานวิจัยที่ต้องนำมาทบทวน
- (3) การสืบค้นข้อมูล
- (4) การทำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการอ่านงานวิจัย
- (5) การอ่านและการวิเคราะห์งานวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูล
- (6) การวิเคราะห์ผลสรุปเพื่อให้ได้ตอบคำถามหรือวัตถุประสงค์ของการทบทวน ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนับคะแนนเสียงข้างมาก (Vote-counting method) การสรุปจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Integrating significant tests) และการวิเคราะห์เมต้า (Meta-analysis)
- (7) การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ
- (8) จัดทำข้อมูลรายงานสรุปผลการทบทวน

ดังนั้นการวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่ง ที่มีหลักการและวิธีดำเนินการ เป็นแบบเดียวกับการวิจัยโดยทั่วไป เริ่มใช้เป็นครั้งแรกในสาขาวิทยาศาสตร์การเกษตร และได้มีการเริ่มต้นแนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณในปี ค.ศ. 1933 โดยระยะแรก Thorndike และ Gheselli (Thorndike, 1933; Gheselli, 1949 อ้างถึงใน นางลักษณ วิรัชชัย, 2542) ได้สังเคราะห์ งานวิจัยเชิงความสัมพันธ์โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และในช่วงปี ค.ศ. 1960 นักวิจัยเริ่มพัฒนาวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการสังเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิธีที่จะได้มาซึ่งหลักฐานความรู้ที่มีอยู่ เป็นการสรุปผลการวิจัยที่ไม่มีอคติและสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจและใช้ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

5.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ในปี ค.ศ. 1976 ได้มีการบัญญัติศัพท์คำว่า Meta-analysis เป็นครั้งแรกโดย G.V. Glass ได้รับการยอมรับและใช้มาจนถึงปัจจุบัน นิยามหรือความหมายมีความหลากหลายแตกต่างกัน ตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (The analysis of analysis) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ได้แก่ คุณลักษณะการวิจัย (Research characteristics) และผลการวิจัย (Research outcomes) (Glass, 1976)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลการวิเคราะห์ห่อภิมาณประกอบด้วย ผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล (Glass, McGaw, & Smith, 1981)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง วิธีการวิเคราะห์ผลของการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อยุติกิจกรรมในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มี 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากรายงานการวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ลักษณะที่สองเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีทางสถิติ (Hedges & Olkin, 1985)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อแยกงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยที่เป็นผลสุดโต่ง (Outlier) ออกจากกลุ่ม และนำงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันมาวิเคราะห์ เพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ หรือแนวโน้มที่เป็นข้อสรุปตอบปัญหาวิจัย (Wolf, 1986)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีวิธีการวิเคราะห์สองลักษณะ ลักษณะแรกคือ การประมาณค่าดัชนีความสัมพันธ์ทั้งแบบที่เป็นการประมาณค่าด้วยวิธีทางสถิติ และการประมาณค่าโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรในงานวิจัย ลักษณะที่สองคือ การรวมค่าดัชนีความสัมพันธ์และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีความสัมพันธ์ที่ประมาณค่าได้ (Kulik & Kulik, 1989)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นกระบวนการวิเคราะห์สรุปผลรวมเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล และบรรยายด้วยวิธีทางสถิติ (Hunter & Schmidt, 1991)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐานเพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationships) ระหว่างตัวแปรศึกษาหาตัวแปรปรับ (Determining moderator variable) ที่ทำให้ผลของค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยมีความแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม (Establishing relationships by aggregate analysis) โดยหาค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแยกกลุ่มงานวิจัยตามตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Rosenthal, 1991)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใช้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวอย่งในการวิเคราะห์ จะเน้นการสร้างดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยแต่ละเรื่องแล้วจึงวิเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมด (กรองไต่ อุณหสูติ, 2539)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่ง ที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณคือ ดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์ คือ งานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์จำแนกได้ 2 ประการ คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และ

การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาวิจัยเดียวกัน เพื่อให้ได้ค่าดัชนีมาตรฐานที่มีหน่วยมาตรฐานเท่าเทียมกัน และนำมาเป็นตัวแปรตามในการวิเคราะห์งานวิจัย ส่วนตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐานและตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ (Moderator variables) ซึ่งได้แก่ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่กว้างขวาง และลึกซึ้งกว่าผลงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

5.2 ลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Glass, McGaw, & Smith (1981) กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่อาศัยตัวเลขและวิธีการทางสถิติที่ใช้กันทั่วไป สำหรับรวบรวมข้อมูลและการสกัดผลการวิจัยออกมจากงานวิจัยจำนวนมาก เพื่อจัดเรียงข้อมูลจากงานวิจัยจำนวนมากจนได้ข้อสรุปอย่างเป็นระบบ ประชากรที่ศึกษาคืองานวิจัย มีตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะการวิจัย ตัวแปรตาม คือ ผลการวิจัยที่ดัดแปลงให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่เรียกว่า ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)

2) การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย มุ่งแสวงหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกๆ ด้านเพราะเราจะไม่สามารถหางานวิจัยลักษณะดังกล่าวได้ เพราะงานวิจัยที่เหมือนกันทุกๆ ด้านย่อมจะต้องให้ผลการวิจัยอย่างเดียวกัน แต่การวิเคราะห์ห่อภิมาณทำการวิจัยงานวิจัยที่เหมือนกันในบางด้านเท่านั้น และดำเนินการวิจัยที่คล้ายคลึงกับการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มากกว่างานวิจัยแบบอื่น

3) ต้องมีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์งานวิจัย คือ แบบบันทึกและลงรหัสข้อมูล

5.3 หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

สาระสำคัญของหลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) มีดังนี้

- 1) จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพื่ออธิบายความแปรปรวนดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวแปรตามไม่แตกต่างกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยทั่วไป
- 2) ตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตามและมีคุณลักษณะงานวิจัยที่สนใจศึกษาเป็นตัวแปรต้น และนำมาใช้เป็นตัวแปรปรับในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ส่วนตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ดังนั้นลักษณะประเภทของตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงมีลักษณะเหมือนงานวิจัยทั่วไป
- 3) การวางแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณยังคงใช้หลักการ Max-Min-Con Principle เพื่อควบคุมคุณภาพของความแปรปรวน โดยเป็นการเพิ่มความแปรปรวนเชิงระบบให้มีค่าสูงสุด ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนให้เหลือน้อยที่สุด และควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อน แต่เนื่องจากตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณไม่สามารถนำมาจัดกระทำได้ การวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงไม่สามารถวางแผนการวิจัยในแบบการวิจัยเชิงทดลองได้ คงศึกษาได้ตามแบบการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์หรือการวิจัยเชิงสำรวจเพียงอย่างเดียว

5.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 62 - 99) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยทั่วไปในการวิจัยเชิงปริมาณมักมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ มีการกำหนดปัญหาการวิจัยหลักๆ อยู่ 3 ปัญหา ค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของตัวแปรตามมีค่าเท่าไร ความแปรปรวนมีมากน้อยเพียงไร มีปัจจัยใดอธิบายอธิบายความแปรปรวนได้ และอธิบายได้มากน้อยเพียงไร ขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณมุ่งหมายจะตอบคำถามวิจัยในประเด็นใด การดำเนินงานในขั้นตอนนี้เป็นแบบเดียวกันกับขั้นตอน การกำหนดปัญหาในการวิจัยทั่วไป ซึ่งต้องรวบรวมการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาวิจัยและแนวทางการเลือกงานวิจัยในขั้นตอนนี้ต่อไปให้ชัดเจนด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับระดับขององค์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษา อันจะนำมาซึ่งกรอบแนวคิดและสมมติฐานสำหรับการวิเคราะห์ ขั้นตอนนี้ต้องศึกษาทฤษฎีทั้งหมด

ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและศึกษาวิเคราะห์รายงานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์หรือภิมาน สำหรับวิธีการสังเคราะห์รายงานอาจใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายแบบเดียวกับวิธีที่ใช้ในงานวิจัยทั่วไป หรือจะนำเสนอแต่เพียงรายงานว่ารายงานการวิจัยมีลักษณะทั่วไปอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้แยกได้เป็น 4 งาน ดังนี้

3.1 การเสาะค้นงานวิจัย ต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยก่อนและเมื่อได้ขอบเขตกว้างๆ แล้วจึงลงมือเสาะค้นงานวิจัย Mullen (1989) ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทาง คือ (1) การสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (On-line computer search) (2) การสืบค้นจากดัชนี (Abstracting services) (3) การสืบค้นจากการอ่านคร่าวๆ (Browsing) (4) การสืบค้นจากวิทยาลัยมองไม่เห็น (The invisible college) โดยอาศัยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน นักวิชาการ (5) การสืบค้นย้อนหลัง (Ancestry approach) และ (6) การสืบค้นต่อเนื่อง (Decadency approach)

3.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะวิเคราะห์ โดยตัดสินใจว่าจะวิเคราะห์งานวิจัยทุกเรื่องหรือเลือกศึกษาเฉพาะบางส่วน Glass, McGaw, & Smith (1981) และ Light & Pillemer (1984 อ้างถึงใน จริรัตน์ นวมะชิตติ, 2547) เสนอทางเลือกไว้ 4 ทางเลือก คือ (1) การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ จะทำให้ได้ผลการวิเคราะห์หรือภิมานที่ครบสมบูรณ์ แต่จะเสียเวลามาก (2) การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้น (Strata) ตามลักษณะงานวิจัย นักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัย แล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น (3) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการเผยแพร่ อาจเกิดความลำเอียงได้ และ (4) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการประเมินจากนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งวิธีนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Slavin (1987) แต่ Glass, McGaw, & Smith (1981) ไม่เห็นด้วย โดยแย้งว่า งานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในงานวิจัย

3.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์หรือภิมานทุกประเภทมีเพียง 2 แบบ คือ แบบประเมินงานวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลแบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่องหรือปัญหาการวิจัย สมมติฐานวิจัยมีหลักฐานสนับสนุน ใช้วิธีการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เป็นต้น สำหรับแบบบันทึกข้อมูลอาจ

ทำเป็นตารางหรืออาจเป็นแบบสอบถามปลายเปิดหรือปลายเปิดก็ได้ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5 – 10 เรื่อง

3.4 การบันทึกข้อมูล เป็นการบันทึกการลงรหัสและการเตรียมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกผลการวิจัยจะต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งค่อนข้างจะมีปัญหา เพราะมีรายงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยหลากหลาย และมีรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้เสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง 2 วิธี คือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล นี้ครอบคลุมงานสำคัญ 3 งานคือ

4.1 การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ได้แก่ การสร้างไฟล์ข้อมูล และการตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดมีค่าขาดหายไปบ้าง

4.2 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงตัวแปรและการตรวจสอบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์หรือไม่ ต้องทำตารางแจกแจงความถี่ ดูลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรที่ไม่ต่อเนื่อง หาค่าสถิติบรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติหรือไม่

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะวัดในรูปของดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันนักวิจัยจะสามารถวิเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่าความแตกต่าง คือ ความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อวิเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้อาจทำได้ทั้งการวิเคราะห์โดยวิธีการบรรยายและการวิเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ สถิติวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอย การวิเคราะห์พหุระดับ

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นสรุปและนำเสนอรายงาน เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์อภิमान คือ การสรุปผลการวิเคราะห์และนำเสนอรายงาน โดยการสรุปต้องมีการสรุปผล

การวิเคราะห์ ซึ่งควรเป็นข้อค้นพบที่ลึกซึ้งและกว้างขวางมากกว่าสาระจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และต้องมีการอภิปรายเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับองค์ความรู้ในอดีตและความรู้จากทฤษฎี สรุปให้เห็นข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งทางวิชาการและการปฏิบัติจริง ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคตบรรณานุกรมของงานวิจัยการวิเคราะห์อภิमानจะแยกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์อภิमान

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล มีผู้เชี่ยวชาญเสนอไว้ 2 วิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 วิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1987) แนะนำให้แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบกับตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง

วิธีที่ 2 วิธีของ Cohen (1969) ใช้การแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ ถ้าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในช่วง 0.2 - 0.4 แสดงว่า ขนาดอิทธิพลมีขนาดเล็ก ถ้าค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในช่วง 0.5 - 0.7 แสดงว่า ขนาดอิทธิพลมีขนาดปานกลาง และถ้าค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าขนาดอิทธิพล ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป แสดงว่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยที่ขนาดของค่าขนาดอิทธิพลที่แปลผลนี้ หมายถึง ขนาดอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำที่มีตัวแปรตาม

5.5 ประโยชน์ของการวิเคราะห์อภิमान

มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์อภิमानไว้หลายท่าน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545; Hunter & Schmidt, 1991; Hunt, 1997) พอสรุปได้ ดังนี้

1. การวิเคราะห์อภิमानให้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูง และเชื่อถือได้มากขึ้น เนื่องจากใช้ขั้นตอนอย่างมีระบบ ต่างกับวิธีปริทัศน์แบบพรรณนา (Narrative review) ที่ใช้วิธีการที่ค่อนข้างเป็นอัตนัย ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้จะมีความแตกต่างระหว่างนักวิจัยแต่ละคน

2. การวิเคราะห์อภิमान เป็นประโยชน์ต่อการทำรายงานการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพราะช่วยชี้ให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไปในแง่มุมอื่นของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3. การวิเคราะห์อภิमान ให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไข การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ กับผลการวิจัยจากงานวิจัยซึ่งนำมาวิเคราะห์จำนวนมาก

4. การวิเคราะห์เป็นกระบวนการตรวจสอบสาเหตุของการทำงานวิจัยที่มีผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นประโยชน์มากในการศึกษาในแง่มุมอื่นต่อไป
5. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีบทบาทมากในการพัฒนาทฤษฎี (Brown, 1991) เนื่องจากข้อค้นพบที่กว้างขวางทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตความรู้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
6. การวิเคราะห์ห่อภิมาณสามารถนำงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ที่ต้องการวัดด้วยนัยสำคัญทางสถิติ

5.6 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นถึงแม้จะมีหลักการในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยเป็นแบบเดียวกัน แต่วิธีการวิเคราะห์ก็ยังมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในปัจจุบันพบได้ใน 6 วิธีคือ

- 1) วิธีของ Glass (Glass, McGaw, & Smith, 1981) เป็นวิธีการที่พยายามสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองรวมกับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ โดยมีสูตรให้คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าสหสัมพันธ์ได้ จุดเด่นของการวิเคราะห์ห่อภิมาณวิธีนี้ คือ การมีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองแตกต่างกันทุกแบบแผนการวิจัย และมีสูตรในการปรับเปลี่ยนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ มาเป็นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งสองแบบมีทั้งสูตรการประมาณค่าจากค่าสถิติโดยตรง และสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ สำหรับการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานนั้นใช้การวิเคราะห์ถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวน รวมทั้งสถิติขั้นสูงอื่นๆ โดยมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม มีตัวแปรปรับ เช่น คุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรต้น จึงทำให้การวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass มีนักวิจัยนิยมนำไปใช้อย่างกว้างขวางแพร่หลาย

- 2) วิธีของ Hunter (Hunter, Schmidt, & Jackson, 1982; Hunter & Schmidt, 1991) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการปรับแก้ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของดัชนีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลาดเคลื่อน 3 ชนิด คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ความคลาดเคลื่อนในการวัด และความคลาดเคลื่อนจากความจำกัดของพิสัย แล้วจึงพิจารณาว่าเป็นความแปรปรวนมีระบบที่เนื่องมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวใด เพื่อจะได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มงานวิจัย เมื่อกลุ่มงานวิจัยกลุ่มย่อยๆ แต่ละกลุ่มไม่มีความแปรปรวนของดัชนี

มาตรฐานแล้ว จึงจะสังเคราะห์สรุปผล อาจกล่าวได้ว่า หัวใจของการวิเคราะห์ตามวิธี การของ Hunter อยู่ที่การปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในดัชนีมาตรฐานก่อนนำมาสังเคราะห์สรุปผล ในขณะที่วิธีของ Glass จะอธิบายความแปรปรวนมีระบบของดัชนีมาตรฐานด้วยตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

3) วิธีของ Rosenthal (1991) เป็นวิธีแรกที่ได้รับการพัฒนา ลักษณะสำคัญของวิธีนี้ที่แตกต่างจากการวิเคราะห์อภิมานวิธีอื่นคือ การนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการสังเคราะห์ และกำหนดสูตรในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล 2 แบบ ได้แก่ การคำนวณจากค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติในการทดสอบสมมติฐาน และการคำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ โดยใช้สูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) คือ ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร และมีสูตรสำหรับการวิเคราะห์หาข้อสรุปเกี่ยวกับค่าดัชนีมาตรฐานทั้งที่เป็นขนาดอิทธิพล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังแยกการวิเคราะห์ตามตัวแปรปรับสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

4) วิธีของ Hedges (Hedges & Olkin, 1985) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อน หลักการคือ การตรวจสอบความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน โดยใช้ค่าสถิติ Q ซึ่งมีหลักการคล้ายกับการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อพบว่ามีความแปรปรวนน้อยหรือไม่มี ความแปรปรวนจึงจะสังเคราะห์งานวิจัยโดยการหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง

5) วิธีของ Slavin (1995 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) วิธีนี้เน้นความสำคัญของการคัดเลือกแต่งงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เนื่องจาก Slavin มีความเชื่อว่า ถ้างานวิจัยเดิมไม่มีคุณภาพ ผลการสังเคราะห์ก็ย่อมไม่มีคุณภาพด้วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติวิธีการนี้มีข้อจำกัดเพราะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์อภิมานมีจำนวนไม่มากนัก เมื่อตัดเฉพาะผลงานที่มีคุณภาพดี ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์อภิมานมีจำนวนน้อยลงไปอีก การสรุปอ้างอิงผลการวิจัยจึงมีข้อจำกัด

6) วิธีของ Mullen (1989) เป็นวิธีการที่ได้รับการพัฒนาน่าสนใจ ใช้หลักการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) และใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนนพิชเชอร์สซีในการวิเคราะห์ การประมาณค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานใช้การหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก จุดเด่นของวิธีนี้คือ มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการ

วิเคราะห์ห่อภิมาณโดยตรง ซึ่งโปรแกรมสามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน และทดสอบว่าตัวแปรปรับใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้

สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ตามแนวทางของ Glass, McGaw, & Smith (1981) เนื่องจากเป็นการนำงานวิจัยทุกเรื่องในขอบเขตที่กำหนดมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพของงานวิจัย ประกอบกับมีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลได้จากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองที่แตกต่างกันทุกแบบแผนการวิจัย รวมทั้งมีสูตรในการปรับเปลี่ยนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ ให้เป็นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันด้วย ซึ่งสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้จริง

5.7 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์งานวิจัยด้วยการใช้สถิติวิเคราะห์ เป็นการพยายามที่จะพัฒนาวิธีการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณให้มีระบบและมีความเป็นปรนัยมากขึ้น โดยการสร้างดัชนีมาตรฐาน (Standard indices) จากค่าสถิติที่มีอยู่แล้วของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาบอกขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ต้องมีการแปลงข้อมูลทางข้อสถิติหรือข้อค้นพบ ให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผล และสรุปด้วยวิธีการวิเคราะห์ต่างๆ ต่อไป ดัชนีมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบันมี 3 แบบ คือ

1) ขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นค่าดัชนีที่บอกขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้นหรือตัวแปรจัดกระทำที่มีตัวแปรตาม (กรองไค อุณหสุต, 2539) มีการพัฒนาสูตรคำนวณขึ้นโดย Cohen (1977) โดยกำหนดว่า ขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร ทำให้ดัชนีมีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น ต่อมา Glass, McGaw, & Smith (1987) ได้พัฒนาสูตรดังกล่าว เกี่ยวกับตัวหาร คือ แนะนำให้ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเป็นตัวหารแทนการใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมดังสมการ

$$d = (\bar{X}_E - \bar{X}_C) / S_C$$

เมื่อ \bar{X}_E = คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C = คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม

S_C = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

2) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1904 เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่บอกถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ โดยจะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3) การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีที่บอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติ โดยใช้การพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติหรือที่เรียกว่า การแจกแจง (Voting method) กล่าวคือ แจกแจงว่ามีผลการวิจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก นัยสำคัญทางสถิติเชิงลบ หรือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเป็นจำนวนอย่างละเท่าใด โดยจำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป ซึ่งการใช้นัยสำคัญทางสถิตินี้ไม่ได้คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัยและไม่สามารถอธิบายขนาดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

วาสนา ธรรมสอน (2550) วิเคราะห์ห้วงอ้อมเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 จำนวน 31 เรื่อง วิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 77 ค่า ผลการสังเคราะห์พบว่า ปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (ร้อยละ 48.39) โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมนำมาศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 16.13) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ ด้านอื่นๆ (ร้อยละ 43.14) โดยศึกษาในเรื่องของการดูแลของผู้ดูแลมากที่สุด ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ด้านอาการ (ร้อยละ 1.96) ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวมมีขนาดใหญ่ ($\bar{d} = 2.26$) โดยด้านพฤติกรรมให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ($\bar{d} = 2.79$) และด้านจิตใจให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ($\bar{d} = 1.71$) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ($\bar{d} = 2.53$) และการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมมีค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ($\bar{d} = 1.52$) สถานที่เก็บข้อมูลและการระบุกรอบแนวคิดมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล ได้ร้อยละ 30.00

Chavez & Faber (1987) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าว ที่ให้ข้อมูลต่างๆ เช่น สภาพแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์และเสียงเตือนจากเครื่องมือต่างๆ โรคและการรักษา สภาพอากาศ ของผู้ป่วยที่จะเห็น เวลาเยี่ยม บริการต่างๆ ที่โรงพยาบาลมีให้ ผลการทดลองพบว่า โปรแกรม ดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญ

Halm (1990) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของการพยาบาลแบบกลุ่ม สันับสนุนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 55 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน ที่จัดให้มีการเข้ากลุ่มพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา การหาและใช้แหล่ง สันับสนุนอื่นๆ มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจกันภายในกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนลดลงกว่าก่อนการได้รับการ พยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ

Marefelli & Garcia (1995) ทำการทดลองใช้นโยบายการเยี่ยมตามความต้องการของ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่สามารถระบุจำนวน บุคคลที่ต้องการให้เยี่ยม ตลอดจนเวลาที่จะเข้าเยี่ยมโดยไม่มีข้อบังคับอื่นใด เป็นเวลา 3 เดือน แล้วประเมินความพึงพอใจ พบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่านโยบายมีประโยชน์และมีความพึงพอใจเป็นอันมาก

กัว โอมิน (1999) ศึกษาเกี่ยวกับผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลปักกิ่งยูเนียนเมดิคอล คอลเลจ ในกรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดกลุ่ม ตัวอย่าง 15 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลจากพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 15 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความ วิตกกังวล (STAI-Form Y-1) ของสปีดเบอร์เกอร์ (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาจีน โดย ชู เหลี (1988) ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ ค่าที (T-test) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุน ข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความ

วิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พิกุล ตันติธรรม (2533) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองเรื่องผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 52 ราย เลือกโดยการจับคู่ให้มีความเท่าเทียมกันของผู้ป่วยในเรื่องระดับความรู้สึกตัว การใส่เครื่องช่วยหายใจ และความสัมพันธ์ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับสลาก ดำเนินการทดลองโดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยม 1 ครั้ง ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทั้ง 2 กลุ่มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเรื่องผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 30 คน เลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่ตามเพศ อายุ และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดำเนินการทดลองโดยพบผู้ป่วย 2 ครั้งใน 2 วันและให้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การได้รับข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลที่ปรับมาจาก Spielberg (1983) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็น

คู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 10 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยพบคู่สมรสของผู้ป่วย 2 ครั้ง และให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัตนา อยู่เปล้า (2543) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่าง คือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเยี่ยมผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยการจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนกันในด้านเพศกับอายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ แนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal & Johnson (1983), แนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999), และแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและ

สนับสนุนการเยี่ยมชมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) ศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีจับคู่ เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลมี 5 ชุดคือ โครงการการจัดรูปแบบ การให้ข้อมูล แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล คู่มือการปฏิบัติงาน และวีดิทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูลมี 3 ชุด คือ แบบกำกับการทดลอง แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยอันดับที่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U-test ผลการวิจัยพบว่าได้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงาน วีดิทัศน์ เรื่อง “คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วย” และแบบกำกับการปฏิบัติงาน ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรัญญา ศรีคำขาว (2548) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอย่างละเท่ากัน กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลตามแผนที่กำหนดเป็นระยะเวลา โดยแบ่งช่วงเวลาในการให้ข้อมูลเป็น 3 ระยะ ระยะที่หนึ่งเป็นระยะเวลาหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายใน 24 - 48 ชั่วโมง ระยะที่สองเป็นระยะเวลาหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 48 - 72 ชั่วโมง และระยะที่สาม เป็นระยะเวลาหลัง 72 ชั่วโมงขึ้นไป จนถึง 5 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก เครื่องมือที่ใช้การศึกษาประกอบด้วย 1) แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form X ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1972) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติที (T-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความวิตกกังวล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อรุณรัตน์ โยธินวิวัฒน์บำรุง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศึกษาในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ด้วยการจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนกันในด้านเพศของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย พัฒนามาจากแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal & Johnson (1963) การพยาบาลแบบสนับสนุนตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และการสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยมตามแนวคิดการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของ Daly (1999) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ

ช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต มีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยดัดแปลงจากแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ได้ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .81 ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รวมพร หลาวเพชร (2006) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อความผาสุกของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อความผาสุก และประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพลด์แมนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยหนักที่รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย

วิกฤตอายุศาสตร์ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ การพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์เป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทั้งโดยรวมและรายด้านในด้าน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป การควบคุมตนเอง และควมมีชีวิตชีวาหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมฯ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยด้านความผาสุกด้านบวหลังได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับหลังได้รับโปรแกรมฯ แสดงถึงความพึงพอใจค่อนข้างสูงต่อการพยาบาลที่ได้รับของญาติผู้ป่วย

สรุญญา หวลบุลตา (2543) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแรก จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาสาเหตุและระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นกลุ่มศึกษารายกรณี 10 คน โดยเป็นญาติของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ 5 คน และเป็นญาติของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก 5 คน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุขศึกษา ในการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนปัจจัยทางชีวสังคม สาเหตุ และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและแบบประเมินความเครียด โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบบรรยายการศึกษารายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมและการศึกษารายกรณี ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความเครียดระดับมากที่สุด ในส่วนของสาเหตุหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ผลจากการเจ็บป่วยในภาพรวมและการศึกษารายกรณี อาการที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตอยู่ในระดับมาก เมื่อลดความเครียดคือ อาการทางร่างกายและอาการทางจิตใจ การศึกษา

รายการนี้ รูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษา สามารถลดความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ เมื่อได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผล

วาสนา ไชยวงศ์ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยสายตรงที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คนและกลุ่มทดลอง 10 คนเท่าๆ กัน ทำแบบสอบถาม General Health Questionnaire (GHQ-30) ฉบับภาษาไทยจำนวน 30 ข้อ แล้วให้การปรึกษาแบบผสมผสานแก่กลุ่มทดลอง 5 ครั้ง ครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมงแรก ครั้งที่สองในวันถัดมา ครั้งที่ 3 – 5 ห่างกันวันเว้นวัน ซึ่งจะสิ้นสุดภายในหนึ่งสัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย t-test ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากได้รับการปรึกษาแบบผสมผสานไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่มญาติที่ไม่ได้รับการปรึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากได้รับการปรึกษาแบบผสมผสานลดลงจากก่อนได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($p < .01$)

วิไลรักษ์ ประยูรพงศ์ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการในการปฏิบัติรวม 5 ขั้นตอน นำมาจัดทำเป็นโครงการในหน่วยงาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำรูปแบบการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นมาใช้ และทำการประเมินคุณภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยประเมินจากความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างญาติผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 31 คน และพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 22 คน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่สร้างขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยที่ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับมาก และญาติผู้ป่วยที่เป็นเพศชายมีความพึงพอใจสูงกว่าเพศหญิงแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แต่ไม่พบความสัมพันธ์แบบเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิญา สัตย์ธรรม (2550) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว ต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 ครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตามความต้องการพื้นฐานและตามสิทธิที่พึงได้รับ และตามความต้องการที่เจาะจงของครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามรูปแบบปกติของหอผู้ป่วยหนัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 ทั้งความพึงพอใจโดยรวม และความพึงพอใจรายด้านเรียงจากความพึงพอใจมากไปหาน้อยคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านกายภาพ ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวของกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 ทั้งความพึงพอใจโดยรวมและความพึงพอใจรายด้านเรียงจากความพึงพอใจมากไปหาน้อยคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านกายภาพหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว อยู่ในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน เรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านกายภาพ ตามลำดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

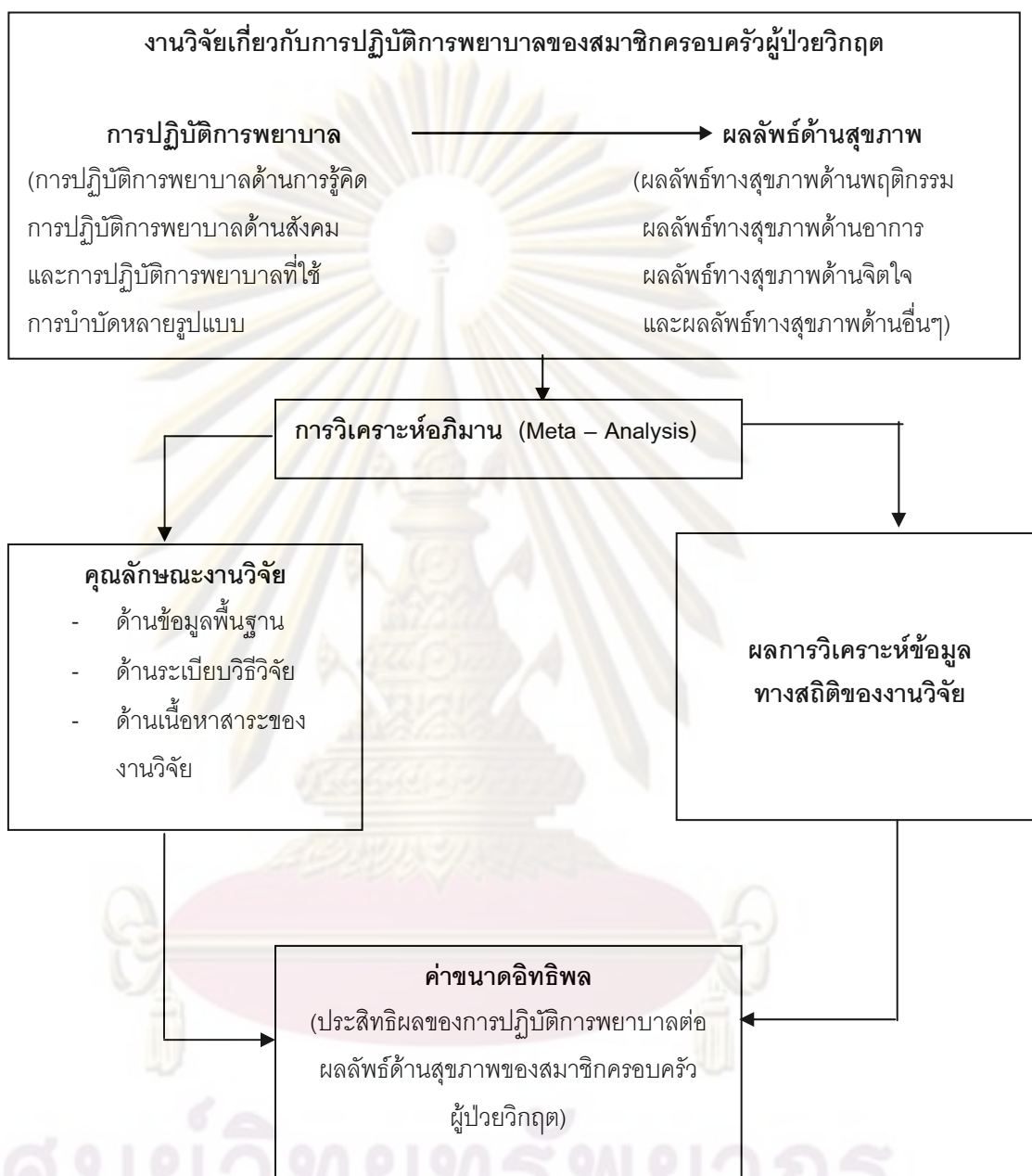
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์อภิมานตามวิธีการของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้สถิติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการสรุปผล โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยสังเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาสังเคราะห์ และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกอย่าง แต่เป็นงานวิจัยที่มีความเหมือนกันในบางด้าน คือเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีตัวแปรต้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาล และตัวแปรตามเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยแต่ละเรื่องถูกนำมาปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นค่าที่บอกระดับอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำ คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อตัวแปรตามคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ อาจไม่ได้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจเป็นผลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยอื่น จึงมีการวิเคราะห์หาความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้วยคุณลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์อภิมานบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างแท้จริง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการวิจัยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ที่ทำเสร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2552 จำนวน 16 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องศึกษาเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ทำเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2530 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2552
2. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
3. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t - test , F - test, Z - test, U - test และค่า P - Value

เมื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีวิทยานิพนธ์จำนวน 1 เรื่อง ที่มีสถิติไม่เพียงพอที่จะใช้ในการแปลงค่าสถิติให้เป็นค่าขนาดอิทธิพลจึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา จึงคงเหลือรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทั้งหมด 15 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. **แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนาธรรมสอน (2550) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, แหล่งที่มาของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาวิชาของผู้วิจัย, ปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, การระบุกรอบแนวคิด, ตัวแปรต้น, ตัวแปรตาม (ทฤษฎี/แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย), สมมติฐานการวิจัย, สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, แผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, รูปแบบการวิจัย, จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง, วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ชนิดของสมาชิกครอบครัว, ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง, ผู้ดำเนินการทดลอง, ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ห่อหุ้มเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมและเหมาะสมในด้านข้อมูลพื้นฐานด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนา ธรรมสอน (2550) ซึ่งได้ดัดแปลง ข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของ Likitratcharoen (2000) โดยดัดแปลงมาจาก แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยของ Hanucharumkul et al. (2001) ได้รับความรู้ข้อคำถามให้เหมาะสมกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ จำนวน 29 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไปปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถาม ความครอบคลุม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

1.2 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตฉบับที่ปรับปรุงแล้ว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์หัตถิมาณ จำนวน 1 ท่าน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย เท่ากับ 0.93

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป หรือผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันและต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

1.3 ทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง จำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย นำมาปรับปรุงแก้ไข และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ประเมินร่วมกัน (Interpreter Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัย จำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษามาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Polit & Hungler, 1999; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2552) ตามสูตร

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทของเครื่องมือ เครื่องมือที่เป็นแบบสังเกตควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) ผลความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้หาข้อสรุปร่วมกัน และปรับปรุงแก้ไข แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.96

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนา ธรรมสอน (2550) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1990 cited in Brown, 1991), ภิริดี วัชรสินธุ์ (2544), ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุญ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

2.1 การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของวาสนา ธรรมสอน (2550) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991), ภิริดี วัชรสินธุ์ (2544), ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุญ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. กำหนดหัวข้อและข้อคำถามการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

โดยมีความหมายการให้คะแนน ดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีการระบุข้อมูล
1	หมายถึง	ต้องปรับปรุง
2	หมายถึง	พอใช้
3	หมายถึง	ดี
4	หมายถึง	ดีมาก

การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุด และสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0 - 80 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุตุมพร ทองอุไทย (2527) มาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้ จึงมีการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ โดยมีการเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

61 – 80 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
41 – 60 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
21 – 40 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
0 – 20 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยควรปรับปรุง

3. นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 1 ท่าน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน

กำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่ครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.86 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป หรือผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกัน ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษามาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Polit & Hungler, 1999; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2552) ตามสูตร

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทของเครื่องมือ เครื่องมือที่เป็นแบบสังเกตควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง หลังจากนั้นผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้หาข้อสรุปร่วมกันและปรับแก้ไข แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. สืบค้นรายชื่อรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้วระหว่างปี พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2552 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ “ครอบครัวผู้ป่วยหนัก, ญาติผู้ป่วยหนัก, ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ” เป็นต้น โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ต เช่น <http://www.car.chula.ac.th>, <http://www.psu.ac.th>, <http://www.li.mahidol.ac.th>, <http://www.lib.cmu.ac.th>, <http://www.lib.buu.ac.th>, <http://www.kku.ac.th> เป็นต้น

2. สืบค้นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดด้วยมือ ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทยโรงพยาบาลรามธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์สารสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

3. สืบค้นหารายชื่อวารสารทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่จากห้องสมุด

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หอสมุดวิทยาเขตราชวิถี หอสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หอสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และ หอสมุดศูนย์ข้อสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ผลการสำรวจ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – พ.ศ.2552 จำนวนทั้งสิ้น 16 เรื่อง

4. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัยแต่ละมหาวิทยาลัยหรือสถาบันตามรายชื่อที่มิงงานวิจัยในการ นำมาวิเคราะห์หรือปริมาณตามที่สำรวจไว้แล้ว เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. นำงานวิจัยที่สำรวจได้ทั้งหมดมาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อพิจารณาคัดเลือก งานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีวิทยานิพนธ์จำนวน 1 เรื่อง ที่มีสถิติ ไม่เพียงพอที่จะใช้ในการแปลงค่าสถิติให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล จึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา จึงคงเหลือรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์หรือปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 15 เรื่อง

6. ศึกษาและบันทึกข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างละเอียดในแบบ สรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นมา โดยจะอ่าน งานวิจัยอย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกจะอ่านเพื่อให้ทราบเนื้อหา สาระของงานวิจัยโดยละเอียดและ ทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยรอบที่ 2 อ่านเพื่อเก็บสาระลงบันทึกลักษณะของงานวิจัย

7. การลงบันทึกข้อมูลในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการ พยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แล้วนำข้อมูลมาร่วมกัน วิเคราะห์ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ เพื่อให้ได้ความถูกต้องและแม่นยำในการบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมิน คุณภาพงานวิจัยด้วยตนเอง เมื่อลงบันทึกข้อมูลในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพ งานวิจัยเสร็จแล้ว ได้นำข้อมูลทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

8. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบ แนวคิดหลัก ได้แก่ ขนาดอิทธิพลผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ รวมทั้งจำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลทั้งการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย

9. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล ด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การที่จะให้ได้มาซึ่งงานวิจัยที่ดีมีคุณภาพ นอกจากจะดำเนินตามระเบียบวิธีการวิจัยอย่างมีคุณภาพแล้ว คุณธรรมหรือจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้วิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ให้เกียรติและอ้างถึงบุคคลหรือแหล่งที่มาข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิจัย มีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ และมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัยเพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพและป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาดอันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย ผู้วิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดแก่ตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาและสังคม ผู้วิจัยจะต้องเสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตนหรือต้องการสร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น มีความรับผิดชอบและรอบคอบในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ไม่เผยแพร่ผลงานวิจัยเกินความเป็นจริง เสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ยอมรับฟังความคิดเห็นและเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่นและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ถูกต้อง (คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี, 2550)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) เป็นงานวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรม แต่ผู้วิจัยได้ยึดถือจริยธรรม จรรยาบรรณของการเป็นนักวิจัยที่ดี โดยในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ ไม่มีความลำเอียง (Bias) และไม่นำข้อมูลต่างๆ จากงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ไปตัดแปลงเพื่อผลประโยชน์ของตนเองโดยเด็ดขาด ในขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย จะต้องบรรยายสรุปด้วยความเที่ยงธรรมและไม่ผนวกความคิดเห็นของตนเองลงไปในกาวิเคราะห์ (สมเกียรติ โภชสิทธิ์และคณะ, 2545)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทำการวิเคราะห์ห้ปริมาณมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทั้งรายด้านและโดยรวม ซึ่งใช้สูตรคำนวณของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

3. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของค่าขนาดอิทธิพล แปลผล และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Glass, McGaw และ Smith (1987) แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบหาตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง ได้แก่

3.1 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพล น้อยกว่า Percentiles 33.33 หรือค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.61

3.2 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระหว่าง Percentiles ที่ 33.34 – 66.67 หรือค่าขนาดอิทธิพลระหว่าง 0.62 – 1.47

3.3 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพล มากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป หรือค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าหรือเท่ากับ 1.48

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน และโดยรวม ซึ่งใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

5. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน และโดยรวม ซึ่งใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

6. วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่มีต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และเพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 – พ.ศ. 2552 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์แยกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
Mean	คะแนนเฉลี่ย
N	จำนวนค่าขนาดอิทธิพล
n	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(เล่มของงานวิจัย)
Sample size	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนสมาชิกครอบครัว)
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
d	ค่าขนาดอิทธิพล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ประเภทของงานวิจัย		
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	15	100
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	5	33.3
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	5	33.3
มหาวิทยาลัยมหิดล	2	13.3
มหาวิทยาลัยบูรพา	1	6.7
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1	6.7
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	1	6.7
คณะที่ผลิตงานวิจัย		
พยาบาลศาสตร์	13	86.6
มนุษยศาสตร์	1	6.7
ศึกษาศาสตร์	1	6.7
สาขาวิชาของผู้วิจัย		
พยาบาลศาสตร์	6	40.0
การบริหารการพยาบาล	3	20.0
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์	3	20.0
การพยาบาลครอบครัว	1	6.7
สุขศึกษา	1	6.7
จิตวิทยาการปรึกษา	1	6.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ปีที่พิมพ์		
พ.ศ. 2533-2537	2	13.3
พ.ศ. 2538-2542	2	13.3
พ.ศ.2543-2547	5	33.3
พ.ศ.2548-2552	6	40.0
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล		
1-4 เดือน	10	66.7
5-8 เดือน	3	20.0
ไม่ระบุ	2	13.3

จากตารางที่ 1 คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 สถาบันที่ผลิตงานวิจัย พบว่า เป็นงานวิจัยที่ผลิตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 สาขาของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนด้านการตีพิมพ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการตีพิมพ์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 – 2552 มากที่สุด จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2543 – 2547 จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1-4 เดือน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5-8 เดือน จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
รูปแบบการวิจัย		
การวิจัยกึ่งทดลอง	13	86.7
การวิจัยเชิงทดลอง	2	13.3
สมมติฐานงานวิจัย		
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	15	100.0
สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล		
ต่างจังหวัด	10	66.7
กรุงเทพมหานคร	4	26.6
ต่างประเทศ	1	6.7
แผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล		
หอผู้ป่วยวิกฤตรวม	10	66.7
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	2	13.3
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท	2	13.3
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท	1	6.7
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ		
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
2 กลุ่ม	15	100.0
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง		
1-20 คน	3	20.0
21-40 คน	11	73.3
41-60 คน	1	6.7
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง	14	93.3
การเลือกแบบอย่างง่าย	1	6.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง		
มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	12	80.0
ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	3	20.0
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ		
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	10	66.7
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	5	33.3

จากตารางที่ 2 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บที่ต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 66.7 แผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่เก็บที่หอผู้ป่วยวิกฤตรวม คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100.0 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 21 - 40 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 93.3 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80.0 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 66.7

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของการระบุกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	จำนวน (n = 24)	ร้อยละ
แนวคิดความวิตกกังวล		
ความวิตกกังวลของ Spielberger	5	20.7
แนวคิดความต้องการ		
แนวคิดความต้องการของครอบครัว ของ Daley	3	12.4
แนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske and Hickey	2	8.3
แนวคิดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต Molter	1	4.2
แนวคิดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Gaglione	1	4.2
แนวคิดการให้ข้อมูล		
การให้ข้อมูล ของ Leventhal and Johnson	2	8.3
การปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยม ของ Chavez and Faber	1	4.2
การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของ Thelan, Urden, Lough and Stacy	1	4.2
การให้ข้อมูลของ Gew-Ens	1	4.2
รูปแบบการให้ข้อมูลของ Johnson	1	4.2
แนวคิดการเผชิญความเครียด		
ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus	2	8.3
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคมของ House	1	4.2
ทฤษฎีการให้คำปรึกษา		
การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสาน ทฤษฎีมนุษยนิยม ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และทฤษฎีเกสตัลท์	1	4.2
ทฤษฎีการให้คำปรึกษาของเกสตัลท์	1	4.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	จำนวน (n = 24)	ร้อยละ
ทฤษฎีการสื่อสาร		
ทฤษฎีการสื่อสารของ Lasewell	1	4.2

จากตารางที่ 3 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ใช้ความวิตกกังวลของสปีดเบอร์เกอร์ และแนวคิดความต้องการของครอบครัว ของ Daly ร้อยละ 20.7 และร้อยละ 12.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 26)	ร้อยละ
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล*		
1. ทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย t-test	16	61.5
- Independent t-test	6	23.1
- Dependent t-test	5	19.2
- ไม่ระบุ	5	19.2
2. ทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย Nonparametric	5	19.2
- Wilcoxon	2	7.7
- Mann Whitney U-Test	2	7.7
- Chi-square test	1	3.8
3. อื่นๆ	5	19.2
- ร้อยละและค่าเฉลี่ย	2	7.7
- ANCOVA	1	3.8
- Pearson Product Moment Correlation	1	3.8
- Tukey's honestly significance difference	1	3.8

*งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 4 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 26 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุด คือ การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย t-test คิดเป็นร้อยละ 61.5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 26)	ร้อยละ
ที่มาของเครื่องมือวิจัย*		
ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง	17	54.8
ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาปรับใช้	8	25.8
มีเครื่องมืออยู่แล้ว	6	19.4
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย		
ตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง	10	66.7
ตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง	5	33.3
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย*		
0.71 – 0.80	1	6.7
0.81 – 0.90	7	46.7
0.91 – 1.00	6	40.0
ไม่ได้ระบุ	1	6.6
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI)*		
0.80 – 0.90	3	20.0
0.91 – 1.00	1	6.7
ไม่ได้ระบุ	11	73.3

*งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 5 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 15 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 31 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 54.8

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 31 ชนิด เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 15 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 46.7 และงานวิจัยที่ไม่ระบุการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยสูงถึงร้อยละ 6 เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 15 ค่า งานวิจัยที่ทำการศึกษาลงส่วนใหญ่ไม่มีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สูงถึงร้อยละ 73.3 สำหรับงานวิจัยที่มีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) ส่วนมากอยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 ร้อยละ 6.7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ชนิดของสมาชิกครอบครัว		
บุตร	8	53.3
บิดา มารดา	4	26.7
คู่สมรส	1	6.7
ไม่ระบุ	2	13.3

จากตารางที่ 6 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 53.3

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง		
21 - 30	1	6.7
31 - 40	3	20.0
41 - 50	5	33.2
51 - 60	1	6.7
60 ปีขึ้นไป	1	6.7
ไม่ได้ระบุ	4	26.7

จากตารางที่ 7 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41 – 50 ปี รองลงมาเป็นงานวิจัยไม่ได้ระบุช่วงอายุ และช่วงอายุ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.2, 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง (นาที)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	3	20.0
31 - 60 นาที	4	26.7
61 - 90 นาที	3	20.0
ไม่ระบุ	5	33.3
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	11	73.2
4 - 6 ครั้ง	4	26.8

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล	11	73.2
1 วัน	1	6.7
ทุก 1-2 วัน	1	6.7
ทุก 1-3 วัน	1	6.7
ทุก 5 วัน	1	6.7
ไม่ระบุ		
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (วัน)		
1 วัน	1	6.7
2 วัน	1	6.7
3 วัน	10	66.5
5 วัน	1	6.7
10 วัน	1	6.7
ไม่ระบุ	1	6.7
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)		
1	15	100.0
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล	12	80.0
ผู้วิจัย	3	20.0
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย		
จำนวนของผู้ช่วยวิจัย (คน)		
ไม่มีผู้ช่วยวิจัย	12	80.0
1	1	6.7
2	1	6.7
3	1	6.7

จากตารางที่ 8 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาใช้ระยะเวลาที่บำบัดการพยาบาลแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ไม่ระบุ ร้อยละ 33.3 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และใช้เวลา 61 - 90 นาที จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.7 การบำบัดทางการพยาบาล ส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการบำบัดทางการพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.2 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการบำบัดทางการพยาบาลทุก 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 73.2 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน ร้อยละ 66.5 ในส่วนของการเก็บข้อมูล หลังบำบัดการพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.0 และงานวิจัยที่ศึกษาผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีการทดลองและเก็บข้อมูลมี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกัน ร้อยละ 20.0 สำหรับงานวิจัยที่ใช้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1, 2, 3 คน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.7

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ดีมาก	11	73.2
ดี	4	26.8

จากตารางที่ 9 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 73.2 รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 26.8

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด	9	60.0
การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	3	20.0
การสนับสนุนด้านข้อมูล	2	13.2
การพยาบาลระบบสนับสนุน	1	6.7
การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล	1	6.7
การให้สุขศึกษา	1	6.7
การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว	1	6.7
การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม	1	6.7
การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน	1	6.7
การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ	5	33.3
การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน	2	13.2
การส่งเสริมการเผชิญความเครียด	1	6.7
การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว	1	6.7
การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	1	6.7

จากตารางที่ 10 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 6.7

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ*	จำนวน (n = 27)	ร้อยละ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	16	59.3
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ	6	22.2
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม	5	18.5

*งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากกว่า 1 ด้าน

จากตารางที่ 11 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 59.3 ส่วนผลลัพธ์ ด้านสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.5

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม*	จำนวน (n = 5)	ร้อยละ
การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว	1	20.0
การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	1	20.0
การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว	1	20.0
การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว	1	20.0
ผละกำลังของสมาชิกครอบครัว	1	20.0

*งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 12 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านพฤติกรรมคือ การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ของสมาชิกครอบครัว การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิก ครอบครัว และผละกำลังของสมาชิกในครอบครัว มีจำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ*	จำนวน (n = 16)	ร้อยละ
ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	9	56.2
ความเครียดของสมาชิกครอบครัว	2	12.6
ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว	2	12.6
การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ	1	6.2
การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1	6.2
ความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว	1	6.2

*งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 13 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56.2 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่นำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว จำนวนเท่ากันอย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.2

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้านอื่นๆ*	จำนวน (n = 6)	ร้อยละ
ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว	1	16.7
การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	1	16.7
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	1	16.7
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	1	16.7
การปรับตัวด้านสัมพันธ์กับญาติที่อยู่ไกลกัน	1	16.7
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	1	16.7

จากตารางที่ 14 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ คือ ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัว

ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม มีจำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.7

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 1

1. **คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน** พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 86.6 ผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 40.0 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 - 2552 คิดเป็นร้อยละ 40.0

2. **คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย** พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 100.0 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ใช้ความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daly ร้อยละ 20.7 และร้อยละ 12.4 ตามลำดับ ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บที่ต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 66.7 แผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่เก็บที่หอผู้ป่วยวิกฤตรวม คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100.0 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 21 - 40 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 93.3 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80.0 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 26 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุดคือ การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย t-test คิดเป็นร้อยละ 61.5 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 15 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 31 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 66.7 เครื่องมือวิจัยทั้งหมด

มีการระบุค่าความเที่ยง 15 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 46.7 และงานวิจัยที่ไม่ระบุการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยสูงถึงร้อยละ 6.7 เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 15 ค่า งานวิจัยที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่ไม่มีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สูงถึงร้อยละ 73.3 สำหรับงานวิจัยที่มีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) ส่วนมากอยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 ร้อยละ 6.7 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 53.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41 – 50 ปี รองลงมาเป็นงานวิจัยไม่ได้ระบุช่วงอายุ และช่วงอายุ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ

3. คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาใช้ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ไม่ระบุร้อยละ 33.3 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และใช้เวลา 61 - 90 นาที จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.7 การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.2 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 73.2 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน ร้อยละ 66.5 ในส่วนของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.0 และงานวิจัยที่ศึกษาผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีการทดลองและเก็บข้อมูลมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกัน ร้อยละ 20.0 สำหรับงานวิจัยที่ใช้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1, 2 และ 3 คน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.7 งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 73.2 รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 26.8

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 6.7 พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมคือ การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว และผละกำลังของสมาชิกในครอบครัว มีจำนวนเท่ากันอย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ

20.0 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56.2 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่นำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว จำนวนเท่ากันอย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ คือ ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม มีจำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.7

ส่วนที่ 2 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 38 ค่า

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (จำนวนขนาดอิทธิพล 38 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	
ด้านการรู้คิด	การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว	4	30	1.46	2.98	0.65	2.28	ใหญ่
	การให้สุขศึกษา	3	30	1.14	3.13	1.01	2.24	ใหญ่
	การสนับสนุนด้านข้อมูล	2	56	0.41	2.12	1.21	1.27	ปานกลาง
	การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	6	103	0.17	1.43	0.51	1.03	ปานกลาง
	การพยาบาลระบบสนับสนุน	1	30				0.74	ปานกลาง
	การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล	1	31				0.22	เล็ก
	รวม		17	280	0.14	3.13	0.93	1.50
ด้านสังคม	การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน	1	20				0.52	เล็ก
	รวม	1	20				0.52	เล็ก
การบำบัดหลายรูปแบบ	การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว	6	40	0.03	4.83	1.69	2.06	ใหญ่
	การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	4	20	0.94	2.76	0.87	1.68	ใหญ่
	การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน	4	80	0.32	1.71	0.66	0.75	ปานกลาง
	การส่งเสริมการเผชิญ	6	31	0.02	0.62	0.19	0.29	เล็ก
	รวม	20	171	0.02	4.83	1.24	1.19	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด จากกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 17 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว และการให้สุขศึกษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.28 และ 2.24 ตามลำดับ ส่วนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.22

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมจากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบจากกลุ่มตัวอย่าง 171 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.19 โดยการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.06 และ 1.68 ตามลำดับ ส่วนการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กเท่ากับ 0.29



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (จำนวนขนาดอิทธิพล 38 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านพฤติกรรม	การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	1	40				2.62	ใหญ่
	การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว	1	40				0.65	ปานกลาง
	การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว	1	31				0.31	เล็ก
	พลังกำลังของสมาชิกในครอบครัว	1	31				0.23	เล็ก
	การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว	1	31				0.02	เล็ก
	รวม		5	173				0.77
ด้านจิตใจ	การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1	40				4.83	ใหญ่
	ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว	5	61	0.22	2.98	1.08	1.86	ใหญ่
	ความเครียดของสมาชิกครอบครัว	4	50	0.53	3.13	1.19	1.81	ใหญ่
	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	15	249	0.17	2.76	0.70	1.21	ปานกลาง
	การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ	1	40				0.33	เล็ก
	ความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว	1	31				0.33	เล็ก
	รวม		27	471	0.17	4.83	1.12	1.49

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประเภทของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านอื่นๆ	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	1	40				2.57	ใหญ่
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	1	40				1.47	ใหญ่
	การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง	1	40				0.81	ปานกลาง
	ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว	1	31				0.62	ปานกลาง
	การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	1	40				0.32	เล็ก
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	1	40				0.03	เล็ก
	รวม	6	231	0.03	2.57	0.92	0.97	ปานกลาง

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 173 คน ค่าขนาดอิทธิพล 5 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดปานกลางเท่ากับ 0.77 โดยการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.62 ส่วนการดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว พละกำลังของสมาชิกในครอบครัว และการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.31, 0.23 และ 0.02 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 471 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 27 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดใหญ่เท่ากับ 1.49 โดยมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว และความเครียดของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 4.83, 1.86 และ 1.81 ตามลำดับ ส่วนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัวมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากันเท่ากับ 0.33 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 231 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลางเท่ากับ 0.97 โดยการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.57 มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.32 และ 0.03 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านการรู้คิด								
การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว	ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว	4	30	1.46	2.98	0.65	2.28	ใหญ่
การให้สุขศึกษา	ความเครียดของสมาชิกครอบครัว	3	30	1.14	3.13	1.01	2.24	ใหญ่
การสนับสนุนด้านข้อมูล	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	2	56	0.41	2.12	1.21	1.27	ปานกลาง
การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว	3	31	0.67	1.43	1.39	1.10	ปานกลาง
	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	3	72	0.17	1.42	0.69	0.97	ปานกลาง
การพยาบาลระบบสนับสนุน	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.74	ปานกลาง
การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	1	31				0.22	เล็ก
รวม		17	207	0.17	3.13	0.93	1.50	ใหญ่
ด้านสังคม								
การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน	ความเครียดของสมาชิกครอบครัว	1	20				0.52	เล็ก
รวม		1	20				0.52	เล็ก

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การบำบัดหลายรูปแบบ								
การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว	การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1	40				4.83	ใหญ่
	การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ	1	40				2.62	ใหญ่
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	1	40				2.57	ใหญ่
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	1	40				1.47	ใหญ่
	การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน	1	40				0.81	ปานกลาง
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	1	40				0.03	เล็ก
การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว							
	วันที่ 1	1	20				2.02	ใหญ่
	วันที่ 2	1	20				0.94	ปานกลาง

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน	ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์							
	วันที่ 1	1	20				1.01	ปานกลาง
	วันที่ 2	1	20				2.67	ใหญ่
	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	1	41				1.71	ใหญ่
	การปรับตัวด้านร่างกาย	1	20				0.65	ปานกลาง
	การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	1	21				0.34	เล็ก
การส่งเสริมการเผชิญ	การปรับตัวด้านขวัญกำลังใจ	1	20				0.33	เล็ก
	ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.62	ปานกลาง
	ความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.33	เล็ก
	การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.31	เล็ก
	ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.25	เล็ก
	พลังกำลังใจของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.23	เล็ก
การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว	1	30				0.03	เล็ก	
รวม		20	666	0.02	4.83	1.24	1.19	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติ การพยาบาลด้านการรู้คิด จากกลุ่มตัวอย่าง 207 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 17 ค่า ส่วนใหญ่ให้ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว ด้านการศึกษาผลลัพธ์ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.28 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลด้านการศึกษา ผลลัพธ์ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.22

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมจาก กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการให้การศึกษาแบบผสมผสานด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านความเครียดของสมาชิก ครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัด หลายรูปแบบ จากกลุ่มตัวอย่าง 666 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.19 โดยการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษา ผลลัพธ์การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษา ผลลัพธ์ด้านการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ และการส่งเสริมการเผชิญด้าน การศึกษาผลลัพธ์ด้านการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย ต่ำที่สุดเท่ากัน เท่ากับ 0.03 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก

ตารางที่ 18 สรุปการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ด้านกรรผู้คิด	ด้านสังคม	ใช้การบำบัดหลาย รูปแบบ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม	-	-	0.77(N=5)(ปานกลาง)
การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	-	-	2.62(N=1)(ใหญ่)
การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว	-	-	0.65(N=1)(ปานกลาง)
การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว	-	-	0.31(N=1)(เล็ก)
ผละกำลังของสมาชิกในครอบครัว	-	-	0.23(N=1)(เล็ก)
การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว	-	-	0.02(N=1)(เล็ก)
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	1.50(N=17)(ใหญ่)	0.52(N=1) (เล็ก)	1.73(N=9)(ใหญ่)
ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว	1.86(N=5)(ใหญ่)	-	-
การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	-	-	4.83(N=1)(ใหญ่)
ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	0.92 (N=9) (ปานกลาง)	-	1.45(N=6)(ปานกลาง)
ความเครียดของสมาชิกครอบครัว	2.24(N=3)(ใหญ่)	0.52(N=1) (เล็ก)	-
การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ	-	-	0.33(N=1)(เล็ก)
ความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว	-	-	0.33(N=1)(เล็ก)
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ	-	-	0.97(N=6)(ปานกลาง)
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	-	-	2.57(N=1)(ใหญ่)
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	-	-	1.47(N=1)(ใหญ่)
การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน	-	-	0.81(N=1)(ปานกลาง)
การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	-	-	0.62(N=1)(ปานกลาง)
ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว	-	-	0.32(N=1)(เล็ก)
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	-	-	0.03(N=1)(เล็ก)

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านใช้การบำบัดหลายรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.77 โดยที่การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาด

ใหญ่ (2.62) การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง (0.65) ส่วนการดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว พลังกำลังของสมาชิกในครอบครัว และการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (0.31) (0.23) และ (0.02) ตามลำดับ

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (1.86) และยังพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (1.73) ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (4.83)

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ด้านความเครียดของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก (0.52)

การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ พบว่ามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง (0.97) โดยที่การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (2.57) และ (1.47) ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความผาสุกของสมาชิกครอบครัว และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (0.32) และ (0.03) ตามลำดับ

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 2 ได้แก่ ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 15 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยได้ทั้งหมด 38 ค่า พบว่างานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด จากกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 17 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว และการให้สุศึกษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.28 และ 2.24 ตามลำดับ ส่วนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.22 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ จากกลุ่มตัวอย่าง 171 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.19 โดยการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.06 และ 1.68 ตามลำดับ ส่วนการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.29

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 173 คน ค่าขนาดอิทธิพล 5 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมด ขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.77 โดยการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.62 ส่วนการดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว พลังกำลังของสมาชิกในครอบครัว และการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.31, 0.23 และ 0.02 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 471 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 27 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมด ขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.49 โดยมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว และความเครียดของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 4.83, 1.86 และ 1.81 ตามลำดับ ส่วนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัวมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากัน เท่ากับ 0.33 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 231 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.97 โดยการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ สูงที่สุด เท่ากับ 2.57 ส่วนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.32 และ 0.03 ตามลำดับ

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดจากกลุ่มตัวอย่าง 207 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 17 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษาผลลัพธ์ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.28 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลด้านการศึกษาผลลัพธ์ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.22

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมจากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก โดยการให้การปรึกษาแบบผสมผสานด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านความเครียดของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ จากกลุ่มตัวอย่าง 666 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลางเท่ากับ 1.19 โดยการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.83 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้าน การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ และการส่งเสริมการเผชิญด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากัน เท่ากับ 0.03 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านใช้การบำบัดหลายรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 0.77 โดยที่การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (2.62) การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง (0.65) ส่วนการดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว พละกำลังของสมาชิกในครอบครัว และการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (0.31) (0.23) และ (0.02) ตามลำดับ

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ มีค่าเท่ากับ 1.50 โดยที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (1.86) และยังพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (1.73) ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (4.83)

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ด้านความเครียดของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก (0.52)

การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ พบว่ามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง (0.97) โดยที่ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (2.57) และ (1.47) ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความผาสุกของสมาชิกครอบครัว และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (0.32) และ (0.03) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงอันดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000													
รูปแบบการวิจัย	-0.112	1.000												
กรอบแนวคิด	0.000	0.000	0.000											
สมมติฐานการวิจัย	-0.197	0.619*	0.000	1.000										
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	-0.302	0.144	0.000	0.060	1.000									
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	0.197	0.296	0.000	0.072	0.375	1.000								
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	0.008	-0.619*	0.000	0.071	0.078	-0.382	1.000							
วิธีการคัดเลือก	0.047	0.376	0.000	0.071	0.494	0.406	-0.710	1.000						
วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง	-0.086	-0.210	0.000	0.464	0.060	-0.084	0.607*	-0.464	1.000					
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ	-0.091	-0.244	0.000	-0.157	-0.079	-0.507	0.175	-0.262	0.011	1.000				
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	0.397	-0.372	0.000	-0.327	0.169	0.231	0.327	0.327	-0.055	-0.134	1.000			
ที่มาของเครื่องมือวิจัย	0.524*	-0.057	0.000	-0.439	-0.012	0.425	-0.254	0.092	-0.266	-0.226	0.635*	1.000		
การระบุค่าความเที่ยง	0.292	0.032	0.000	0.063	-0.181	0.397	-0.098	-0.110	0.069	-0.304	0.253	0.387	1.000	
ประเภทของความตรง	-0.359	-0.083	0.000	-0.134	0.199	-0.313	0.134	0.134	-0.134	0.218	-0.272	-0.137	-0.575*	1.000
ค่าความตรง	0.189	-0.312	0.000	-0.217	0.102	0.177	0.217	0.217	-0.217	-0.311	0.084	-0.149	0.248	-0.068

* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed)

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย การระบุกรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความตรง และการระบุค่าความเชื่อมั่น กับค่าขนาดอิทธิพล ปรากฏว่า ที่มาของเครื่องมือวิจัย มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.524$) ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล สัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลน้อย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.302, 0.397$)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ภายในของคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า สมมติฐานการวิจัยมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการวิจัย วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่มาของเครื่องมือวิจัยมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และค่าความตรงมีความสัมพันธ์กับประเภทของความตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.619, -0.619, 0.607, 0.635$ และ -0.068) ตามลำดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับ
 ค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000								
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง	0.279	1.000							
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล	0.044	0.528*	1.000						
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล	0.008	0.281	0.642**	1.000					
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง	-0.194	-0.467	-0.366	-0.319	1.000				
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล	-0.26	0.253	0.169	0.099	-0.139	1.000			
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล	0.051	0.126	-0.057	0.134	-0.267	-0.185	1.000		
จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย	0.053	0.147	-0.182	0.122	-0.314	-0.168	0.910**	1.000	
ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	0.161	0.116	0.377	0.182	-0.221	0.308	-0.341	-0.31	1.000

* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed)

จากตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ เพียงแต่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล ($r = 0.279$)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ภายในของคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.528, 0.642$) ตามลำดับ จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กับผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.910$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล
กับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000												
การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	-0.046	1.000											
การสนับสนุนด้านข้อมูล	-0.021	-0.237	1.000										
การพยาบาลระบบสนับสนุน	-0.076	-0.161	-0.105	1.000									
การจัดกรรรูปแบบการให้ข้อมูล	-0.008	-0.161	-0.105	-0.071	1.000								
การให้สุขศึกษา	-0.197	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	1.000							
การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว	0.390	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	1.000						
การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	-0.047	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	1.000					
การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	-0.337	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	1.000				
การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว	0.781**	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	1.000			
การส่งเสริมการเผชิญความเครียด	0.064	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	1.000		
การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน	-0.201	-0.161	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	1.000	
การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล	0.111	0.443	-0.105	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	-0.071	1.000

* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed)

จากตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การสนับสนุนด้านข้อมูล การพยาบาลระบบสนับสนุน การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล การให้สุขศึกษา การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว การส่งเสริมการเผชิญความเครียด การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และการสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล พบว่า การสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.781$) และการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลน้อยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.390$)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาด
อิทธิพล

Model summary

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Std. Error of the Estimate
1	.850 ^a	.723	.677	1.21626

a. Predictors : (Constant), การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว, ที่มาของเครื่องมือวิจัย

Coefficients^a

Model	Understandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	-1.721	0.606		-2.842	0.015
ที่มาของเครื่องมือวิจัย	0.934	0.421	0.349	2.219	0.047
การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว	5.724	1.302	0.692	4.405	0.001

a. Dependent Variable : ค่าขนาดอิทธิพล

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	46.318	2	23.159	15.626	.000 ^a
	Residual	17.751	12	1.479		
	Total	64.070	14			

a. Predictors : (Constant), การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว, ที่มาของเครื่องมือวิจัย

b. Dependent Variable : ค่าขนาดอิทธิพล

จากตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการทำนายขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 15.626$ $p < 0.05$) ที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.723 ($R^2 = 0.723$) โดยที่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 72.30

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 3 ได้แก่ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Stepwise regression) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงอันดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย การระบุกรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้า กลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความตรง และการระบุค่าความเชื่อมั่นกับค่าขนาดอิทธิพล ปรากฏว่า ที่มาของเครื่องมือวิจัย มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.524$) ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล สัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลน้อย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.302, 0.397$) จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ภายในของคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า สมมติฐานการวิจัยมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการวิจัย วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่มาของเครื่องมือวิจัยมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และค่าความตรงมีความสัมพันธ์กับประเภทของความตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.619, -0.619, 0.607, 0.635$ และ -0.068) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย และ ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ เพียงแต่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล ($r = 0.279$) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ภายในของคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.528, 0.642$) ตามลำดับ จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กับผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.910$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การสนับสนุนด้านข้อมูล การพยาบาลระบบสนับสนุน การจัดการรูปแบบ การให้ข้อมูล การให้สุขศึกษา การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว การส่งเสริมการเผชิญความเครียด การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และการสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล พบว่า การสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.781$) และการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลน้อย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.390$)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับที่มาของเครื่องมือวิจัยและการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการทำนายขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 15.626$ $p < 0.05$) ที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.723 ($R^2 = 0.723$) โดยที่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 72.30

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห้ปริมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ในการศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อศึกษาขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และเพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2552 จำนวน 16 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องศึกษาเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ทำเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2530 – วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2552
3. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t - test , F - test, Z - test, U - test และค่า

P – Value พบว่า มีรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทั้งหมด 15 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะงานวิจัยแต่ละเรื่องมีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน 1) ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย 2) ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนา ธรรมสอน (2550) ซึ่งได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของ Likitratcharoen (2000) และแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยของ Hanucharumkul et al. (2001) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย เท่ากับ 0.93 และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.90 และจากการประเมินซ้ำได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.96

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยเป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนา ธรรมสอน (2550) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1990 cited in Brown, 1991) ภิริดี วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุญ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (Rubric) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเท่ากับ 0.86 และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

เท่ากับ 0.89 และจากการประเมินซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.93

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผู้วิจัยนำเสนอการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ตามวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2) เพื่อศึกษาขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และ 3) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

1.1 **คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน** จากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 15 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 86.6 ผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 40.0 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 - 2552 คิดเป็นร้อยละ 40.0

1.2 **คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย** งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 100.0 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ใช้ความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และแนวคิดความต้องการของครอบครัว ของ Daly ร้อยละ 20.7 และร้อยละ 12.4 ตามลำดับ ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทางคิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บที่ต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 66.7 แผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่เก็บที่หอผู้ป่วยวิกฤตรวม คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100.0 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน

ระหว่าง 21 - 40 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 93.3 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80.0 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 26 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุดคือ การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย t-test คิดเป็นร้อยละ 61.5 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 15 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 31 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 66.7 เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 15 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 46.7 และงานวิจัยที่ไม่ระบุการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยสูงถึงร้อยละ 6.7 เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 15 ค่า งานวิจัยที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สูงถึงร้อยละ 73.3 สำหรับงานวิจัยที่มีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) ส่วนมากอยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 ร้อยละ 6.7 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ บุตร คิดเป็น ร้อยละ 53.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41 – 50 ปี รองลงมาเป็นงานวิจัยไม่ได้ระบุช่วงอายุ และช่วงอายุ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ

1.3 คุณลักษณะด้านเนื้อหาของงานวิจัย งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ระบุระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ในส่วนงานวิจัยที่ระบุระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง พบว่า มีการใช้ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และใช้เวลา 61 - 90 นาที จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.7 จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.2 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 73.2 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน ร้อยละ 66.5 ส่วนใหญ่การเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.0 และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 80.0

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 73.2 รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 26.8

การปฏิบัติการพยาบาล พบว่า

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมที่ถุ่กนำมาศึกษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.7

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้านจิตใจนำมาศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.3 ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ถุ่กนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.5 โดยแยกเป็นรายด้านดังนี้

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่ถุ่กนำมาศึกษา คือ การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว การควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว และพลังกำลังของสมาชิกในครอบครัว มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถุ่กนำมาศึกษามากที่สุด คือ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 56.2 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่นำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัว จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.2

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ที่นำมาศึกษา คือ ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 16.7

2. ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 15 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยได้ทั้งหมด 38 ค่า พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด จากกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 17 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว และการให้สุขศึกษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.28 และ 2.24 ตามลำดับ ส่วนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กเท่ากับ 0.22 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมจากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบจากกลุ่มตัวอย่าง 171 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลางเท่ากับ 1.19 โดยการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.06 และ 1.68 ตามลำดับ ส่วนการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กเท่ากับ 0.29

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่าง 173 คน ค่าขนาดอิทธิพล 5 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดปานกลางเท่ากับ 0.77 โดยการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่เท่ากับ 2.62 ส่วนการดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกครอบครัว พละกำลังของสมาชิกในครอบครัว และการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัวมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กเท่ากับ 0.31, 0.23 และ 0.02 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากกลุ่มตัวอย่าง 471 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 27 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดใหญ่เท่ากับ 1.49 โดยมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว และความเครียดของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 4.83, 1.86 และ 1.81 ตามลำดับ ส่วนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ และความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัวมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากัน เท่ากับ 0.33 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตจากกลุ่มตัวอย่าง 231 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.97 โดยการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.57 ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ส่วนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับตัว ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.32 และ 0.03 ตามลำดับ

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด จากกลุ่มตัวอย่าง 207 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 17 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.50 โดยการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษาผลลัพธ์ความพึงพอใจ ของสมาชิกครอบครัวให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.28 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลด้านการศึกษาผลลัพธ์ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก เท่ากับ 0.22

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก โดย การให้การปรึกษาแบบผสมผสานด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านความเครียดของสมาชิกครอบครัวให้ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กเท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัด หลายรูปแบบจากกลุ่มตัวอย่าง 666 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ยขนาดปานกลางเท่ากับ 1.19 โดยการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษา ผลลัพธ์การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.83 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ส่วนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวด้านการศึกษา ผลลัพธ์ด้าน การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ และการส่งเสริมการเผชิญด้าน การศึกษาผลลัพธ์ด้านการควบคุมตนเองของสมาชิกครอบครัว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย ต่ำที่สุดเท่ากันเท่ากับ 0.03 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก

3. คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของ การปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย และคุณลักษณะ ของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงอันดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับที่มาของเครื่องมือวิจัยและการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการทำนายขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 15.626$ $p < 0.05$) ที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.723 ($R^2 = 0.723$) โดยที่รวมกันอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 72.30

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

1.1 คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทปริญญาโทหรือระดับบัณฑิตศึกษา (ร้อยละ 100.0) เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยระดับบัณฑิตศึกษานั้นเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ทำให้มีการทำวิจัยมากกว่าในคลินิกหรือในหน่วยงาน ผู้ทำการวิจัยต้องมีองค์ความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและหลักการวิเคราะห์ทางสถิติสอดคล้องกับงานวิจัยที่สังเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ เช่น งานวิจัยของวาสนา ธรรมสอน (2550) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของนัฐิยา

เพียรสูงเนิน (2550) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของ สินีนาฏ ลิขิตเจริญรัตน์ (Likitracharoen, 2000) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ และงานวิจัยของ จรีรัตน์ นวมะชิตี (2547) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง โดยวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณในต่างประเทศ เนื่องจากงานวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัย เช่น งานวิจัยของ Padgett (1988) วิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการศึกษาและจิตสังคม งานวิจัยของ Brown (1992) วิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพราะในต่างประเทศเชื่อว่างานวิจัยที่ดีและมีคุณภาพคืองานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ โดย Slavin (1986) อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) เน้นความสำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูง เป็นการสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ แต่ประเด็นนี้ถูกโต้แย้งโดยนักสถิติหลายคนว่าอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกงานวิจัย (File-drawer problem) และ Glass, McGaw, & Smith (1981) เสนอว่าควรใช้งานวิจัยทั้งที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่และไม่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว และ Rosenthal (1991) ได้เสนอหลักการตรวจสอบปัญหาโดยการจำลองสถานการณ์ว่าถ้ารวมงานวิจัยที่ไม่มีนัยสำคัญเข้ามา จะต้องนำมาเป็นจำนวนเท่าไรจึงจะทำให้ผลการสังเคราะห์มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่าปัญหาความลำเอียงนี้มีไม่มากนัก

ปี พ.ศ. ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ได้ทำการศึกษา งานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2552 พบว่า งานส่วนใหญ่ได้รับการตีพิมพ์มากที่สุด ในระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2552 (ร้อยละ 40.0) อาจเนื่องมาจากในการรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต นับว่าเป็นภาวะวิกฤติทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกครอบครัว ความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะของโรค แผนการรักษา การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทความสำคัญในการเลือกใช้ปฏิบัติการพยาบาล ให้เกิดความเหมาะสมตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งด้าน

สุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ ทักษะในหลายด้าน การเลือกใช้ปฏิบัติการพยาบาลควรคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือกที่เหมาะสม ผลที่จะตามมา เหตุผลรองรับทางด้านวิทยาศาสตร์ ความเป็นไปได้ของปฏิบัติการพยาบาลให้สำเร็จ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 86.7) คือมีการจัดกระทำแต่อาจมีการควบคุมหรือสุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้ ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและทำได้ในสถานการณ์จริง แม้ว่าความตรงและความเชื่อถือได้ของงานวิจัยจะน้อยกว่าการวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มากนัก (Polit & Beck, 2004) ในการวิจัยเชิงทดลองจะสามารถเชื่อถือได้มากที่สุดและสามารถทดสอบได้ แต่ต้องมีการออกแบบเพื่อควบคุมทุกๆ ปัจจัยที่จะมามีผลต่อการทดลอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแปรนอกซึ่งเป็นตัวแปรที่ไม่ได้อยู่ในสมมติฐานของการวิจัยและเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของบุคคล สถานที่และสิ่งแวดล้อม แต่เมื่อนำผลการทดลองไปใช้จริง จะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์จริงได้ อาจทำให้การนำผลการนำไปใช้แตกต่างจากผลการวิจัยในห้องทดลอง การวิจัยทางการพยาบาลจึงใช้การวิจัยกึ่งทดลองมาก เนื่องจากการควบคุมทำได้ไม่เต็มที่เหมือนห้องทดลอง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

กรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งหมดมีการระบุกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 100.0 เนื่องจากการกำหนดกรอบแนวคิดเป็นความคิดรวบยอดที่แสดงความสัมพันธ์ของมนทัศน์ หรือตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาและอธิบายได้ด้วยเหตุผลทางวิชาการ (บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร, 2547) ซึ่งทำให้ผู้วิจัย ผู้อ่าน และผู้ใช้งานวิจัยได้เข้าใจตรงกัน เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในกระบวนการวิจัย เพราะจะเป็นโครงสร้างของมนทัศน์ และข้อความเชื่อมโยงอย่างมีเหตุผล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) สัมพันธ์กับการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) และการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยของ สินีนาฏ ลิขิตเจริญรัตน์ (Likitracharoen, 2000)

สมมติฐานของการวิจัย ทั้งหมดเป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง ซึ่งเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะระบุทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือระบุทิศทางความแตกต่างของตัวแปร แสดงให้เห็นว่างานวิจัยมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างมากเพียงพอ มีเหตุผลเชิงวิชาการที่เชื่อถือได้มาสนับสนุนการคาดคะเนคำตอบของงานวิจัยได้ ซึ่งในระดับนัยสำคัญที่เท่ากัน การระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางจะมีโอกาส

ยอมรับ ผลการทดสอบสมมติฐานมากกว่าการตั้งสมมติฐานอย่างไม่มีทิศทาง และมีอำนาจจำแนกทางสถิติมากกว่าสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์หือภิมานในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ที่ต่างจังหวัด (ร้อยละ 66.7) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ แต่พบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในต่างจังหวัด อาจเนื่องมาจากเมื่อเทียบสัดส่วนของประชากรทั่วทุกภาคของประเทศแล้วเห็นว่า ในต่างจังหวัดจะมีโรงพยาบาลจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาตัวและมีสมาชิกครอบครัวที่จะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยอย่างเพียงพอ สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ก็จะมีเวลา มาเยี่ยม มาดูแลผู้ป่วยและสามารถเข้าร่วมทำการวิจัยร่วมกับผู้วิจัยได้ รวมถึงผู้วิจัยส่วนใหญ่จะมีที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในต่างจังหวัด จึงมีความคุ้นเคยในสถานที่และมีความสะดวกมากกว่า จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในต่างจังหวัด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์หือภิมานในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 21 – 40 คน (ร้อยละ 73.3) เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นแบบแผนเชิงกึ่งทดลอง ส่วนใหญ่จะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน ซึ่งถือว่าเป็นขนาดที่สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เพิ่มขึ้น

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มที่ไม่ได้อาศัยความน่าจะเป็นในการใช้โอกาสทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรและมีผลต่อความตรงภายนอกได้ (Polit & Beck, 2004) การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (ร้อยละ 80) ซึ่งหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมีโอกาสถูกสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเท่าเทียมกัน กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจึงเป็นการสุ่มมาโดยปราศจากอคติ เหมาะสำหรับกรณีที่คุณลักษณะของหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมีความคล้ายคลึงกันมาก (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) โอกาสที่ตัวแปรแทรกซ้อนจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามน้อยลง ทำให้งานวิจัยมีความตรงภายในเพิ่มขึ้น

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่รายงานค่าที่ระดับ .05 (ร้อยละ 66.7) การระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบหรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา โดยส่วนใหญ่สาขาพยาบาลศาสตร์ จะระบุที่ 0.5 และ 0.1 (Polit & Hungler, 1987 อ้างถึงใน

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) เพื่อลดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเหมาะสม ทำการวิจัยซ้ำและศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างใหม่ เพื่อป้องกันผลการวิจัยที่ผิดพลาดและเป็นอันตรายต่อมนุษย์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547)

และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยบางงานวิจัยใช้สถิติทดสอบมากกว่า 1 สถิติ โดยมีการใช้สถิติ การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย t-test คิดเป็น ร้อยละ 61.5 โดยมีเงื่อนไขการใช้สถิติทดสอบค่าที่ ดังนี้ ข้อมูลแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็น ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เล็กมาก และขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดไม่ต่างกันมาก (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) ซึ่งเหมาะสมกับการวิเคราะห์ในแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง

ที่มาของเครื่องมือวิจัย ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง (ร้อยละ 54.8) เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึก ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง และความเที่ยง (ร้อยละ 66.7) ซึ่งการที่เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลและวัดค่าตัวแปรนั้นจะต้องมีทั้งการหาค่าความตรง (Validity) และวิธีการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่มีความเหมาะสม เนื่องจากเครื่องมือที่มีคุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือความตรงและความเที่ยง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) จึงจะทำให้ค่าตัวแปรที่วัดได้มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริง แต่ก็พบว่าเครื่องมือวิจัยบางส่วนที่มีการตรวจสอบเฉพาะความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียวหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 33.3) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่ามักจะเป็นเครื่องมือวิจัยที่มีผู้อื่นสร้างไว้ก่อนแล้ว มีการตรวจสอบและนำเสนอค่าคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้ว ในทางปฏิบัติ เมื่อนำเครื่องมือนั้นมาใช้ซ้ำ ผู้วิจัยบางท่านจะไม่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความตรง ซึ่งในการนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยใหม่ทุกครั้งทั้งค่าความตรงและค่าความเที่ยง เนื่องจากความแตกต่างของเวลา สถานที่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำวิจัย ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบ เพื่อพิจารณาถึงภาพรวมของเครื่องมือวิจัยในด้านของความครอบคลุม ครบถ้วน และความถูกต้องของเนื้อหา ซึ่งการตรวจสอบความตรงด้วยวิธีการอื่นๆ จะ

ค่อนข้างยุ่งยาก โดยเฉพาะเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลที่ยังมีการสร้างมาตรฐานไว้น้อย ดังนั้น รายงานการวิจัยทางการพยาบาลจึงมักใช้วิธีการหาความตรงเชิงเนื้อหาเป็นส่วนใหญ่ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540) มีหลายงานวิจัยที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยแต่ไม่ได้ระบุถึงการ ตรวจสอบทั้งวิธีการหาค่าความตรงและวิธีการหาค่าความเที่ยง เพียงแต่รายงานเฉพาะค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยเท่านั้น ซึ่งแท้ที่จริงแล้วควรจะต้องรายงานทั้งการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยด้วยจึงจะสรุปได้ว่าเครื่องมือวิจัยนั้นมีคุณภาพเพียงพอต่อการแปลผลการวิจัยหรือไม่ จากการวิเคราะห์พบว่า มีการรายงานค่าความเที่ยงของเครื่องมือไว้ทั้งหมด 15 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 - 0.90 (ร้อยละ 46.7) ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาใช้ในการวัดตัวแปรแล้ว ผลการวิจัยจะได้รับความเชื่อถือได้มาก ซึ่งเครื่องมือต่างๆ ไป ควรมีค่าความเที่ยงในระดับ 0.8 ขึ้นไป แต่ถ้าเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) และมีการรายงานค่าความตรงของเครื่องมือไว้ 15 ค่า ส่วนใหญ่ไม่มีการหาค่าความตรงตามเนื้อหา (ร้อยละ 73.3) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป

การเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 100.0) ซึ่งทำให้การวัดผลของการทดลองขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพบางประเภทจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง เช่น การปรับตัว เป็นต้น ส่งผลให้การวิจัยขาดความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ต่อไป

คุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 73.3) อาจเนื่องมาจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมระดับคุณภาพของงานวิจัยในทุกขั้นตอน รวมถึงยังมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ไม่ว่าจะเป็นการสอบหัวข้อวิทยานิพนธ์ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ซึ่งกระบวนการสอบต่างๆ นี้ ผู้วิจัยจะต้องมีความพร้อมในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ความรู้เชิงวิชาการที่เกี่ยวกับงานวิจัยนั้นๆ

1.3 คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิดเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 60.0) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้ คำแนะนำข้อมูลต่างๆ Snyder (1992) สำหรับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิด ที่มีผู้ศึกษาส่วนใหญ่ ในเรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

(ร้อยละ 20.0) อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เป็นการให้ข้อมูลที่ได้มีการเตรียมแผนไว้ล่วงหน้า (ฉวี มากพุ่ม, 2530) การให้ข้อมูล คำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่างๆ (พิกุล ตันติธรรม, 2533) ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่มากเพียงพอ และข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จึงเป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคมในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) ซึ่งจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถรับรู้และแปลความหมายต่อสภาวะการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาหาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเองเป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือความวิตกกังวลจะลดลง (Miller et. al, 1990) สอดคล้องกับ ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ (2541) กล่าวว่า การให้ความรู้ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับข้อมูลนั้น จะต้องมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการให้ข้อมูลให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ และมะเดื่อ เสมอ (2527) ซึ่งกล่าวว่าข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อเมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลนั้นใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผน เพื่อให้สามารถรับเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้

ในส่วนของกรปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบมีผู้ศึกษา (ร้อยละ 33.3) ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีการผสมผสานมากกว่า 1 แบบ ซึ่งจะผสมผสานทั้งด้านการรู้คิด ด้านสังคม และจิตใจ เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่ต่อเนื่อง โดยเปลี่ยนแปลงรูปแบบกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลให้มีหลากหลายกิจกรรม ซึ่งจากการศึกษารายงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาในหลายเรื่อง ได้แก่ การสอนและปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม การพยาบาลแบบสนับสนุน การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน สามารถอภิปรายได้ว่าการสนับสนุนกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม เป็นกิจกรรมที่จัดกระทำให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ด้านการรับรู้ของครอบครัวก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดการให้ข้อมูล Leventhal & Johnson (1983) ร่วมกับการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez & Faber (1987) ประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ ในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต และการพยาบาลแบบสนับสนุน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการรับรู้ของ

ครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤต และด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต Leske (1992, 2002) และ Hickey (1996)

จากงานวิจัยที่นำมาศึกษา ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (ร้อยละ 59.3) อาจเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวเกิดอาการ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535; Gilliss et al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) สำหรับงานวิจัยที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.3) การที่ความวิตกกังวลถูกนำมาใช้ในการศึกษามากที่สุดอาจเป็นเพราะความวิตกกังวลเป็นผลลัพธ์ที่พบมากในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ สอดคล้องกับ ยูพิน เพ็ชรมงคล (2543) ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เหตุการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่บุคคลนั้นได้รับ อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่จะศึกษาในเรื่องของความวิตกกังวล เนื่องมาจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะความวิตกกังวล และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยจะลดต่ำลง เนื่องมาจากได้รับการบำบัดทางพยาบาล ระบบสนับสนุนครอบครัว โดยที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยการได้รับข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540)

2. ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากผลการวิจัยพบว่า งานวิจัยมีทั้งหมดจำนวน 15 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 38 ค่า

จากการสังเคราะห์เปรียบเทียบผลค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองของความถี่มากขึ้น (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550) การใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของความพึงพอใจ ในปฏิบัติการพยาบาลว่า ความพึงพอใจในปฏิบัติการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดจาก

ความสอดคล้องกัน ระหว่างความคาดหวัง ความต้องการกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้นรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถตอบสนองของความคาดหวัง และความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (วิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์, 2543)

จากการสังเคราะห์เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดเล็ก โดยการให้การปรึกษาแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 0.52 เนื่องจากการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ต่อความคิด อารมณ์และการรับรู้ของตนเอง ช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งผู้อื่นมาสู่การพึ่งตนเอง เพื่อช่วยให้ญาติหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าเขาสามารถช่วยตนเองได้มากกว่าที่เขาคิด โดยที่สมาชิกครอบครัวจะต้องมีสติ มีการตระหนักรู้ และใคร่ครวญสิ่งต่างๆ ในสถานการณ์ปัจจุบันอย่างรอบครอบ ตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อการกระทำ และการตัดสินใจของตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเขาสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เกิดยอมรับในสภาพอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น เริ่มทำใจยอมรับความจริงมากขึ้น

จากการสังเคราะห์เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.83 เนื่องมาจากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้มาก่อน ร่วมกับความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนไม่สามารถที่จะคาดเดาผลของความเจ็บป่วยได้ สมาชิกครอบครัวต้องถูกแยกจากบุคคลที่ตนรัก ถูกจำกัดเวลาเยี่ยม สภาพแวดล้อม เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย สถานที่ขาดความเป็นส่วนตัว (Hopkins, 1994) สอดคล้องกับ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวหลักการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวหลัง

การทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.77 โดยการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.62 เนื่องจากผู้ป่วยในระยะวิกฤตจะมีความบกพร่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือแทบไม่มีเลย ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องรับบทบาทที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยที่ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวจะต้องมีศักยภาพและทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงการช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพและรวมถึงการดูแลด้านจิตใจด้วย ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจึงควรได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับการสอนเพื่อให้มีข้อมูล ความรู้ และความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอธิบายให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตสังคม

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.49 โดยมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้มาก่อน ร่วมกับความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนไม่สามารถที่จะคาดเดาผลของความเจ็บป่วยได้ สมาชิกครอบครัวต้องถูกแยกจากบุคคลที่ตนรัก ถูกจำกัดเวลาเยี่ยม สภาพแวดล้อม เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย สถานที่ ขาดความเป็นส่วนตัว (Hopkins, 1994) ไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไม่สุขสบายทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่พบเจอกระทันหันได้ ถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ คำแนะนำต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ได้รับ การให้กำลังใจจากผู้ให้บริการและจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงการได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีที่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่พบเจอได้ สอดคล้องกับ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อ การปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.97 โดยการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.57 เนื่องมาจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรู้จักการแสวงหาแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวอย่างเหมาะสม ร่วมกันวางแผนการจัดการการปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ปรับความรับผิดชอบภายในบ้าน รวมทั้งการที่ได้รับอนุญาตให้สามารถสอบถามอาการได้ตลอดเวลา สมาชิกครอบครัวเกิดความสบายใจ มั่นใจ ที่จะสามารถรับรู้อาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ครอบครัวจึงสามารถปรับบทบาท และจัดการกับความรับผิดชอบภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม (อิติมา วทานิยเวช, 2542; เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548)

3. คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย และคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับที่มาของเครื่องมือวิจัยและการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวเข้าสู่สมการ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.723 ($R^2 = 0.723$) และสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 72.30

การที่มีคุณลักษณะงานวิจัย คือ ที่มาของเครื่องมือวิจัย และการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กล่าวได้ว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิเคราะห์ออกมาในครั้งนี้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับการวิเคราะห์

อภิมานของ วาสนา ธรรมสอน (2550) ซึ่งทำการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์อภิมาน ซึ่งผลการวิจัย พบว่า การระบุกรอบแนวคิดและแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีชู เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งทำการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์อภิมาน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ และสอดคล้องกับ จีร์รัตน์ นวมะชิตี (2547) ทำการศึกษาวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์อภิมาน พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

ดังนั้นกล่าวได้ว่า เป้าหมายสำคัญของการทำงานวิจัยเกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย องค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้สามารถสรุปและยืนยันได้ถึงคุณประโยชน์และปริมาณของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ จากปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้การบำบัดหลายรูปแบบ ซึ่งข้อมูลที่ได้เหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และเพิ่มความมั่นใจแก่พยาบาลที่จะเลือกใช้ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาความสามารถของบุคลากรด้านปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆ และนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการลดอาการของผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. ควรมีการนำวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากผลการวิจัยครั้งนี้ ไปพัฒนาเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ มีค่าความตรงภายในมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์หรือให้มากขึ้นด้วย

2. การปฏิบัติการพยาบาลบางชนิดยังมีการนำมาศึกษาเฉพาะกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลดังกล่าวในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ในขณะที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพบางด้านยังไม่มีการศึกษาสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ จึงควรมีการวิจัยในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการให้มากขึ้น ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้มากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรองไธ อุณหสูต. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมตา. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 14(2): 12 - 17.

แก้ว ไอมิน. 2542. **ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษณี อำนางวรรณพันธ์. 2543. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยทำการผ่าตัดหูโดยใช้ยาชาเฉพาะที่.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์ และคณะ. 2539. ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. *วารสารกรมการแพทย์* 21(2): 35 - 41.

แก้วสามสี สาเจริญ. 2536. **ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณินิต บุรีเทศน์. 2540. **ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี. **จริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย** [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: http://www.ncrct.net/downloads/020905append_07.pdf [2550, ธันวาคม]

จารุวรรณ มานะสุรการ. 2544. **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล.** สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จวีรัตน์ นวมะขิดิ. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬามาศ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ. 2536. การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต.

ขอนแก่นเวชสาร 17(2): 33 - 43.

ฉวี มากพุ่ม. 2530. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนี้่วในถุงน้ำดี.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ซ้อลดดา พันธุเสนา. 2536. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.**

กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.

ชวลีกร ต่านยุทธศิลป์. 2541. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและ**

การปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด

โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. 2544. **การวิเคราะห์อภิमानคุณภาพของแบบสอบถามหลายตัวเลือกที่มี**

รูปแบบของแบบสอบถาม บริบทของแบบสอบถาม และวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐพร ชันทวรลักษณ์. 2546. **ผลของการจัดระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกคลอดก่อน**

กำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดา. รามาธิบดีสาร 9(2): 167 – 178.

ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า. 2547. **ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด**

สมอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธิติมา วทานีย์เวช. 2542. **ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้**

ของตนเองและของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. **การวิเคราะห์อภิमान (Meta – Analysis). กรุงเทพมหานคร:**

นิชินแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.

นฤมล ปทุมรักษ์. 2538. **เอกสารประกอบการสอนหัวข้อเลือกสรรเกี่ยวกับการพยาบาล**

อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต). ชลบุรี: ภาควิชา

การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นัฐยา เพียรสูงเนิน. 2550. **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฏยา เอื้องไพโรจน์. 2535. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาพร ภารัตนวงศ์. 2547. **การเผชิญความเครียดกับปัจจัยทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. 2548. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- ปทานุกรมฉบับหลวง. 2524. กรุงเทพมหานคร: ประจักษ์การพิมพ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2522. **การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยเกษม.
- พรชัย จุลเมตต์. 2545. **เอกสารประกอบการสอน การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เล่ม 1.** ชลบุรี: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิกุล ตันติธรรม. 2533. **ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พูลศรี เหมือนคิด. 2532. **ผลของการเตรียมโดยการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภิริดี วัชรสินธุ์. 2544. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก: การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑิพย์ ปฎิทัศน์. 2543. **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติในผู้ป่วย
วิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุรี สุขปัญญารักษ์และคณะ. 2541. การศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. **พุทธชินราชเวชสาร** 15(2): 115 - 119.

มะเดื่อ เสมา. 2527. เทคนิคการให้บริการสนทนา. **วารสารแนะแนว**. 18: 231.

มารยาท วัชราเกียรติ. 2535. **ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวล
และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุวดี เกตสัมพันธ์. 2543. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม. ใน **จงจิต คณากุล, ปรีดาภรณ์
สีปากดี, และประชิด ศราธพันธ์ (บรรณาธิการ), ภาวะวิกฤตในหออภิบาล:
การบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 2, 1 - 8.** กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.

ยุวดี ภาษา และคณะ. 2540. **วิจัยทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:
สยามศิลป์การพิมพ์.

รวมพร หลาวเพชร. 2549. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อ
ความผาสุกของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา อยู่เปล่า. 2543. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.** พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: อักษรจนิทัศน์.

รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรีนติ้ง.

- รุ่งรัตน์ วณิชชาติ. 2540. **ความเครียด แหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลลอบ หุตางกูร. 2535. **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต-สังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา.
- วรรณีย์ อริยะสินสมบูรณ์. 2544. **การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ธรรมสอน. 2550. **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ไชยวงศ์. 2549. **ผลของการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัฒนาน้ำเพชร. 2538. **คุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต**. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย** 8(2): 1 - 2.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2535. **การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลานครินทร์**. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 10(4): 313 - 317.
- วิภาวรรณ ชุ่ม. 2537. **ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. **การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุสุมภ์. 2546. **บทนำการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ**. ใน วิจิตรา กุสุมภ์(บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ**, (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1 – 10). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.

- วิภูธ พูลเจริญ. 2544. **สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีไลลักษณ์ ประยูรพงศ์. 2543. **รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีณา จีระแพทย์. 2544. **สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ชัมภลขิต. 2539. **แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. 2541. บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. **วารสารพยาบาล** 47(1): 25 – 34.
- สมเกียรติ โภธิสัจย์ และคณะ. 2545. **คู่มือการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- สรวิญญา หวลบุตตา. 2543. **ประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิमान**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุคนธ์ มีเนตรทิพย์. 2540. **การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธินี วัฒนกุล. 2547 . **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวพีร์ จันทระเฉษฐา. 2547. **ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา ทองวัฒน์. 2540. **ความต้องการการดูแลและการได้รับความช่วยเหลือที่บ้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและผู้ให้การดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และวิมลวัลย์ วโรฬาร. 2542. **ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลรามาริบัติ.** วารสารพยาบาลรามาริบัติ 5(3): 186 – 199.
- สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์. 2522. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญา สัตย์ธรรม. 2550. **ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- อรัญญา ศรีคำขาว. 2548. **ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. 2548. **ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา คงกิตติมากุล. 2545. **ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความเป็นเลิศในพฤติกรรมบริการด้านการให้ข้อมูลทางการแพทย์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ บุญบรรทัดกุล. 2538. **ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2552. **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์.** เอกสารคำสอน วิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- อุบล นีวัตรชัย. 2527. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทุมพร ทองอุไทย. 2527. **การสังเคราะห์งานวิจัย: เชิงปริมาณ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรพร พงศ์พัฒนานุฉิ. 2532. **ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. 2541. **การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- American Association of Critical-Care Nurses. 1996. **Scope of practice for nursing care of the critically ill patient and family (working draft)**. Aliso Viejo, CA: Author.
- Aquilera, D. C., & Messick, J. M. 1982. **Crisis intervention**. 4th ed. St Louis: Mosby.
- Arkley, C. 1990. The needs of visitors in intensive care unit. **Nursing** 90 4(3): 9 – 12.
- Artinian, N. T. 1991. Stress experience of spouse of patients having coronary artery bypass during hospitalization and 6 weeks after discharge. **Heart & Lung** 20(1): 52 – 59.
- Auerbach, S. M., Martelli, M. F., & Mercuri, L. G. 1983. Anxiety, information, interpersonal impact and adjustment to a stressful health care situation. **Journal of Personality and Social Psychology** 44: 1284 – 1296.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C., et al. 2000. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. **Critical Care Medicine** 28(8): 3044 - 3049.
- Azoulay, E. 2002. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. **American journal of respiratory and Critical care medicine** 165(4): 438 – 442.
- Backer, C., & Nieswiadomy, R. M. 1988. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. **Heart & Lung** 17(July): 441 - 116.
- Bailey, R. 1989. **Stress and coping in nursing**. London: Chapman and Hall.
- Baker, J. E. 1990. Family adaptation when one member has a head injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 22(4): 232 – 237.
- Bemstein, L. P. 1990. Family-center care of the critical ill neurological patient. **Critical care nursing clinics of North America** 2(1): 41 - 49.
- Breu, C. S., & Dracup, K. A. 1978. Using nursing research finding to meet the needs of grieving spouses. **Nursing Research** 27(July-August): 212 – 216.

- Bridgman, H., & Carr, E. 1998. Providing family care in hospital. **Nursing Times** 94(1): 44 – 47.
- Brown, A. S. 1991. Measurement of quality of primary studies for meta – analysis. **Nursing Research** 40(6): 352 – 355.
- Carpenito, L. J. 1995. **Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice**. 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Chavez, C. W., & Faber, L. 1987. Effect of education-orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit. **Heart & Lung** 16(1): 92 - 99.
- Clarke, S. P. 1994. Increasing the quality of family visits to the ICU. **Dimensions of Critical Care Nursing** 14(4): 200 – 211.
- Cohen, J. 1969. **Statistic power analysis for behavioral sciences**. New York: Academic.
- Cohen, J. 1977. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York: Academic Press.
- Craven, R. F., & Sharp, B. H. 1972. The effects of illness on family functions. **Nursing Forum** 11(2): 186 – 193.
- Daly, B. J., Rudy, E. B., Thompson, K. S., & Happ, M. B. 1991. Development of a special care unit for chronically critically ill. **Heart and Lung** 20(1): 45 - 51.
- Daly, J. M. 1999. Visitation Facilitation. In G. M. Bulechek, & J. C., McCloskey (eds.), **Nursing intervention: effective nursing treatments**, pp. 650 – 657.
- Daley, L. 1984. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. **Heart & Lung** 13(5): 231 – 237.
- De Jong, M. J. & Beatty, D. S. 2000. Family perception of support intervention in the Intensive care unit. **Dimensions of critical care nurse** 19(5): 40 -47.
- Derogatis, L. R. 1986. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). **Journal of Psychosomatic Research** 30: 77 – 91.

- Donabedian, A. 1982. **The criteria and standard of quality**. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. 1985. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis**. 3rded. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donherty, M. H., Plowfield, L., Ware, C., & West, C. M. 2001. Impact of critical illness on the patient and family. In **Natritional Care**, pp. 51-90 Missouri: Mosby.
- Dubos, R. 1965. **Man adapting**. New Haven: Yale University.
- Dunbar, S. B., & Mclain, R. M. 1993. Family care. In M. R. Kinney, D. R., Packa, & S. B., Dunbar (eds.). **AACN's clinical reference of critical care nursing**, pp. 411 – 476. St. Louis: Mosby.
- Eberly, T. W., et.al. 1985. Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. **Critical Care Quarterly** 8(1): 57 - 65.
- Elliott, J., & Smith, D. R. 1985. Meeting family needs following sense head injury: A multidisceplinaly approach. **Journal of Neurosurgical nursing** 17(4): 111 – 113.
- Engli, M., & Famer, K. K. 1993. Need of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 25(4): 78 – 85.
- Epperson, M. M. 1977. Family in sudden Crisis: Process and Intervention in a Critical Care Center. **Social Work and Health Care** 2(Spring): 265 - 273.
- Fawcett, J. 1975. The family as a living open system: An emerging conceptual Framework for nursing. **International Nursing Reviews** 32(7-8): 113 – 116.
- Ferrans, C. E., & Medland, J. J. 1998. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. **America Journal of Critical care nursing** 7(1): 24 – 29.
- Friedman, M. M. 1986. **Family Nursing: Theory and Assessment**. 2nded. Connecticut: Apleton-Century-Crofts.

- Gardner, D. 1986. Acute management of the head-injured adult. **Nursing Clinics of North America** 21(4): 555 – 561.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. 2002. Families of critically ill patients and effect of nursing interventions. **Dimensions of Critical care nursing** 20(2): 64 – 71.
- Gettrust, K. V., and Brabec, P. D. 1992. **Nursing diagnosis in clinical practice: Guide for care planning**. New York: Delmar.
- Gew-Ens, B. 1994. Informational support for families immediately after CABG surgery. **Critical care nurse** 41 – 50.
- Gilliss, C. L., et al. 1988. **Toward a science of family nursing**. California: Addison-Wesley.
- Giuliano, A. J., Giuliano, K. K. 1992. Cardiovascular response to family visitation and nurse-physician collaboration rounds. **Heart & Lung** 21(3): 290.
- Giuliano, A. J., Giuliano, K. K., Bloniasz, Quirk, P. A., & Wood, J. 2000. A quality improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families. **Dimensions of Critical care nursing** 19(1): 30 – 35.
- Glass, G. V. 1976. Primary, secondary and meta – analysis of research. **Education Research** 5: 3 – 8.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. 1981. **Meta – analysis in social research**. Beverly Hills: Sage.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. 1987. **Meta – analysis in social research**. 4th ed. California: Sage.
- Gordon, M. 1994. **Nursing diagnosis: Process and application**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Graydon, J. E., & Jickiking, J. L. 1997. The information needs at Time of hospital discharge of male and female patients who have undergone artery bypass grafting: A pilot study. **Heart & Lung** 26: 350 – 357.

- Griogo, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factors related to depression in patients after myocardial infarction: A pilot study. *Heart & Lung* 22(5): 392 -400.
- Halm, M. A. 1990. Effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung* 19(1): 62 - 71.
- Halm, M. A., et al. 1993. Behavirol responses of family members during critical illness. *Clinical Nursing Research* 2(4): 414 - 437.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. 1985. **Statistical methods for meta – analysis**. Orlando Florida: Academic Press.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. 2002. Family – Centered Critical care: A practical approach to marking it happen. *Critical care nurses* 22(6): 12 – 19.
- Hickey, M. 1990. Family needs in critical care. *Heart & Lung* 19(4): 401 – 415.
- Hickey, M. 1993. Psychosocial needs of families. In E. B., Rudy, J. M. Cloches, C., Breu, S., Cardin, E. B., Rudy, and A. A., Whittaker (Eds.), *Critical care nursing*, pp. 91 - 101. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hickey, M. 1996. Phychosocial needs of families. In J. M., Chochoesy, C. Breu, S., Cardin, E. B., Rudy, and A. A., Whittaker (eds.). *Critical Care Nursing*. 2nd ed. pp. 91 - 101. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hodovanic, B. H., Reardom, D., Reese, W., & Hedges, B. 1984. Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. *Heart & Lung* 13(3): 243 – 249.
- Hopkins, A. G. 1994. The trauma nurse's role with families in crisis. *Critical care nurses* April: 35 – 43.
- Horn, E. V., and Tesh, A. 2000. The effect of critical care hospitalization on family members : Stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 19(4) : 40 - 50.
- House, J. S. 1981. **Work stress and social support**. Reading, M. A: Addison-Wesley.
- Hunt, M. 1997. **How science takes stock: The study of meta – analysis**. New York: Russel Sage.

- Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. 1991. **Methods of meta – analysis**. Newbury Park: Sage.
- Hunter, J. E., Schmidt, F. L., & Jackson, J. B. 1982. **Meta-analysis: Cumulating research finding across studies**. Beverly Hills: Sage.
- Jamerson, P. A., et al. 1996. The experiences of families with the relative in the intensive care unit. **Heart & Lung** 25(6): 467 - 474.
- Johnson, M. J., & Frank, D. L. 1995. Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients in an intensive care unit. **Applied Nursing Research** 8(1): 42 – 43.
- Johnson, M., & Maas, M. 1997. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. St.Louis: Mosby.
- Johnson, L. H., & Roberts, S. L. 1996. Hope facilitating strategies for the family of the head injury patient. **Journal of Neuroscience Nursing** 28: 259 – 266.
- King, I. M. 1990. Health as the goal of nursing. **Nursing Science Quarterly** 3(3): 123 -128.
- Kozier, B., & Erb, G. 1983. **Fundamental of nursing: Conceptual and procedure**. 3rd ed. California: Addison-Wesley Publishing.
- Krapohl, G. L. 1995. Visiting hours in the adult Intensive care unit: Using research to develop a system that works. **Dimensions of Critical care nursing** 14(5): 245 -258.
- Kulik, J. A., & Kulik, C. C. 1989. Meta – analysis in education. **International Journal of Education Research** 13: 223 – 240.
- Lang, N. M., & Clinton, J. F. 1984. Assessment of quality of nursing care. **Annual Review of Nursing Research** 2: 135 – 163.
- Lang, N. M., & Marek, K.D. 1991. Outcome that reflect clinical practice. **Nursing Clinic of North American** 32(3): 579 – 587.

- Laubach, E. W. 2000. How to communicate with seriously ill patients. **Nursing management** 31(4): 112 – 115.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- Leith, B. A. 1998. Transfer anxiety in critical care patients and their family members. **Critical Care Nurse** 18(4): 24 - 32.
- Leske, J. S. 1992. Comparison rating of need importance after critical illness from far members with varied demographic characteristic. **Critical Care Nursing Clinic of North America** 4(4): 607 - 613.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. **AORN Journal** 64(3): 424 – 436.
- Leske, J. S. 2002. Intervention to decrease family anxiety: protocols for practice. **Critical Care Nurse** 22(6): 61 – 65.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P. J., Wooldridge, M. H., Schmitt, J. K., Skipper, & R. C., Leonard (eds.), **Behavioral science and nursing theory**, pp. 189 – 262. St.Louis: Mosby.
- Likitratcharoen, S. 2000. **Meta – analysis of educative – supportive intervention research for diabetic patients in Thailand**. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Lindsay, P. 1997. Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. **Heart & Lung** 26(6): 438 – 465.
- Lohr, K. 1988. Outcome measurement: Concepts and questions. **Inquiry** 25(1): 37 - 50.
- Lopez-Fagin, L. 1995. Critical care family needs inventory: A cognitive research utilization approach. **Critical Care Nurse** 15(21): 23 - 26.
- Mangini, L., Confessore, M. T., Girard, P., & Spadola, T. 1995. Pediatric trauma support program. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 7(3): 557 – 567.
- Marefelli, J. A., & Garcia, J. S. 1995. Contracted visiting hours in the coronary care unit. **Nursing Clinic of North America** 30(1): 87 - 96.

- Marshall, M. A. 1978. Behaviour Modification: Three Techniques for Decreasing the Stress of Hospitalization and Surgery. **Canadian Medical Association Journal** 119(1): 45 – 46.
- Martin, B. **What can we do to help?** [Online]. 1999. Available: <http://www.waiting.com/whatcanwedo.html> [2000, Oct, 10].
- Maslow, A. 1970. **Motivation and personality**. 2nd ed. New York: Harpers and Row.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. 1996. **Nursing interventions Classification (NIC)**. 2nd ed. St.Louis: C.V. Mosby.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. 1999. **Nursing interventions: Effective nursing treatment**. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- McGaughey, J., & Harrison, S. 1994. Developing an information booklet to meet the needs of intensive care patients and relatives. **Intensive critical care nurse** 10(4): 271 - 277.
- McQuay, J. E. 1995. Support of families who had a loved one suffer a sudden injury, illness, or death. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 7(3): 541 – 547.
- Meisel, M. 1991. Psychosocial implications in care of the critically ill patient and family. in J. T., Dolan (ed.). **Critical Care Nursing: Clinical management through the nursing process**, pp. 14 - 30. Philadelphia: F. A. Davis.
- Miller, K. M., et.al. 1990. Relaxation technique and postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. **Heart & Lung** 19(2): 136 – 146.
- Mullen, B. 1989. **Advance BASIC Meta – Analysis**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Murray, M. E., & Atkinson, L. D. 1994. **Understanding the nursing process: The next generation**. 5th ed. New York: McGraw Hill.
- Orem, D. E. 2001. **Nursing: Concepts of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby.

- Padgett, D. 1988. Meta-analysis of the effect of educational and psychosocial intercessions on management of diabetes mellitus. *Journal clinical epidemiol* 40(10): 1017 - 1030.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. 2004. *Nursing research: Principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. 1999. *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Pratt, J. R. 1999. *Long-term care: managing across the continuum*. Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- Pryzby, B. J. 2005. Effect of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Nursing* 21: 16 – 23.
- Quinn, S., Redmond, K., & Begley, C. 1996. The needs of relatives visiting adult critical care unit as perceived by relatives and nurses Part 1 and Part 2 *Intensive and Critical Care Nursing* 15: 168 – 172, 239 – 245.
- Reider, J. A. 1994. Anxiety during critical illness of family member. *Dimensions of Care Nursing* 13(5): 272 – 279.
- Richmond, T. S., & Craig, M. 1986. Family-centered care for the neurotrauma patient. *Nursing Clinics of North America* 21(4): 641 – 651.
- Riedel, S. E., Fredman, L., & Langenberg, P. 1998. Associations among caregiving difficulties, burden, and rewards in caregivers to older post-rehabilitation patient. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 53(3): 165 – 174.
- Roberts, S. L. 1976. The role of the family in critical care. In S. L. Roberts (ed.), *Behavioral Concepts and the Critical Ill Patient*, pp. 352 - 371. Chicago: Prentice Hall.
- Rodgers, C. D. 1983. Needs of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. *Focus on Critical Care* 10(October): 50 - 53.

- Rosenthal, R. 1991. **Meta-analysis procedures for social research**. Newbury Park: Sage.
- Sabo, K. A., et.al. 1989. ICU family support group sessions: family members' perceived benefits. **Applied Nursing Research** 2(2): 82 – 89.
- Simpson, T. 1991. Critical care patients' perceptions of visits. **Heart & Lung** 20(November): 681 – 688.
- Skipper, J. K., & Leonard, R. C. 1975. **Social interaction and patient care**. Philadelphia: Lippincott.
- Slavin, R. E. 1987. Best – evidence synthesis: why less is more. **Education research** 16: 15 - 16.
- Snyder, M. 1992. **Independent nursing intervention**. 2nd ed. New York: Delmar.
- Sole, M. L., & Hertshorn, J. C. 1997. Overview of critical care nursing. In J. C., Hertshorn, M. L., Sole, & M. L. Lamborn(Eds), **Introduction to critical care nursing**, 2nd ed., pp. 3 - 6. Philadelphia : Saunders.
- Spielberger, C. D. 1983. **Manual for the state-trait anxiety inventory**. California: Consulting psychologist press.
- Stewart, M. J. 1993. **Intergrating social support in nursing**. Newburg Park: Sage.
- Stewart, M. J., & Tilden, V. P. 1995. The contributions of nursing science to social support. **Internal Journal of Nursing study** 32(6): 535 – 544.
- Thelma, I. 1960. Do patient feel lost in a general hospital. **American Journal of Nursing** 60(6): 648 – 665.
- Tilter, M. G., Cohen, M. Z., & Craft, M. J. 1991. Impact of adult critical care hospitalization : Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. **Heart & Lung** 20(2): 174 - 182.
- Titler, M. G., & Walsh, S. M. 1992. Visiting critically ill adults: Strategies for practice. **Critical care nurse clinic of North America** 4: 623 – 632.
- Topp, R., Walsh, E., & Sanford, C. 1998. Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? **AORN Journal** 67(4): 852, 854, 857 – 861.

Twibell, R. S. 1998. Family coping during critical illness. *Dimensions of critical care nursing* 17(2): 100 – 112.

Vassar, E. K., & Grogan, J. M. 1995. The beginnings. *Critical care nurse clinic of North America* 7(3): 511 – 518.

Wolf, F. M. 1986. *Meta – analysis: Quantitative methods for research synthesis*. Beverly Hills : Sage Publications.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
4. นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2177



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนวรรณ บันตะแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

นางสาวธนวรรณ บันตะแก้ว โทร. 08-3600-5418



ที่ ศธ 0512.11/2177

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนวรรณ บันตะแก้ว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

นางสาวธนวรรณ บันตะแก้ว โทร. 08-3600-5418

ที่ ศธ 0512.11/2177



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยพายัพ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนวรรณ บันตะแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ที่อนิสิต

นางสาวนวรรณ บันตะแก้ว โทร. 08-3600-5418



ที่ ศธ 0512.11/2177

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนวรรณ บันตะแก้ว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสินีนุช เสนิงค์ ณ อยุธา อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่นิสิต

นางสาวสินีนุช เสนิงค์ ณ อยุธา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

นางสาวนวรรณ บันตะแก้ว โทร. 08-3600-5418



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่.....

วัน เดือน ปี.....

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ
ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

1.ชื่องานวิจัย

.....
.....

2.ชื่อผู้วิจัย

.....

3.แหล่งที่มาของงานวิจัย

(1)วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต

(2)วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีนิพนธ์

(3)รายงานการวิจัย

(4).....

4.

5.ปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ พ.ศ. 25.....

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย

(1)เชิงทดลอง(Experimental design)

(2)กึ่งทดลอง(Quasi- Experimental design)

(3)เชิงปฏิบัติการ(Action research)

2.กรอบแนวคิด

(1) มี ระบุ

.....
.....

(2) ไม่ระบุกรอบแนวคิด

3. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

(1).....แนวคิดที่ใช้.....

(2).....แนวคิดที่ใช้.....

4.

5.

13. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

(1) Dependent t-test (Paired t-test)

(2) Independent t-test (Student t-test)

(3) ANOVA

(4) ANCOVA

(5) The Wilcoxon Test

(6) The Mann-Whitney U Test

(7) อื่นๆ.....

14. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี.....ชุด ดังนี้

ชื่อเครื่องมือและเจ้าของ	การสร้างเครื่องมือ			การรายงานคุณภาพของเครื่องมือ					ไม่มี	
	สร้างเอง	มีอยู่แล้ว	ปรับที่มีอยู่แล้ว	ลักษณะ	ค่า R	ความตรง (V)				
						เนื้อหา	โครงสร้าง	สถานการณ์		พยากรณ์
1.....										
2.....										
3.....										

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด

- (1) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล
(3)

1.2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม

- (1) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (2) การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน
(3).....

1.3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

- (1)การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
(2)

2.

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีเก็บหลังทดลองครั้งเดียว

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณค่า d ในกรณีไม่มี สถิติพื้นฐาน (ค่า t, F)	ค่าขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ตัวแปรที่ 1..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						
ตัวแปรที่ 2..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						

กรณีเก็บหลังทดลองมากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นไป

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณค่า d ในกรณีไม่มี สถิติพื้นฐาน (ค่า t, F)	ค่าขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ตัวแปรที่ 1..... ครั้งที่ 1 ระยะเวลา..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						
ครั้งที่ 2 ระยะเวลา..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						

ผลการวิจัย

.....
.....

ข้อจำกัดในการวิจัย

.....
.....

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

.....
.....

คุรุศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ชื่อผู้วิจัย.....รหัสงานวิจัย.....

ชื่อเรื่องงานวิจัย.....

ลักษณะที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
	0	1	2	3	4
1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหามีความชัดเจนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย					
2.วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย					
3.สมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย					
4.ข้อตกลงเบื้องต้นและข้อจำกัดในการวิจัยมีความสมเหตุสมผล					
5.					
6.					
7.					
8.					
19.การอภิปรายผลการวิจัยมีการเชื่อมโยงกับผลการวิจัยในอดีต					
20.นำผลการวิจัยมาใช้กำหนดข้อเสนอแนะในการวิจัย					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหามีความชัดเจนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

4 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน มีแนวคิด/ทฤษฎีและเหตุผลมาสนับสนุนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย โดยนำเสนออย่างเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน

3 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน มีแนวคิด/ทฤษฎีและเหตุผลมาสนับสนุนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย แต่รูปแบบการเขียนไม่กระชับ

2 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา มีแนวคิด/ทฤษฎีและเหตุผลสนับสนุนแต่ไม่ครอบคลุม

1 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา แต่ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย หรือไม่ระบุให้เห็นถึงประเด็นและความสำคัญในการทำวิจัย

0 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

2.วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

4 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

3 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย แต่ไม่ชัดเจน

2 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจน แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

1 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

0 หมายถึง ไม่มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

3.

4.

20.นำผลการวิจัยมาใช้กำหนดข้อเสนอแนะในการวิจัย

4 หมายถึง มีการสรุปผลของการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านนโยบาย การปฏิบัติการและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

3 หมายถึง มีการสรุปผลของการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านนโยบายและการปฏิบัติการ

2 หมายถึง มีการสรุปผลของการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะครอบคลุมด้านนโยบายและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1 หมายถึง มีการสรุปผลจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านการปฏิบัติและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

0 หมายถึง ไม่มีการสรุปผลจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะในการวิจัย/เขียนข้อเสนอแนะที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย



ภาคผนวก ง

รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ศูนย์วิจัยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์
ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

- แก้ว ไอมิน. 2542. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะ
วิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณิงนิต บุรีเทศน์. 2540. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วย
ภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณี
โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฏยา เอื้องไพโรจน์. 2535. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่
สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. 2548. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว
ต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล ตันติธรรม. 2533. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวมพร หลาวเพชร. 2549. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อ
ความผาสุกของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา อยู่เปล้า. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ไชยวงศ์. 2549. ผลของการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการ
ปรึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิไลลักษณ์ ประยูรพงศ์. 2543. **รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สรินญา หวลบุลตา. 2543. **ประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต

(สุศึกษา) สาขาวิชาสุศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุทธิณี วัฒนกุล. 2547 . **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวพีร์ จันทระเจษฎา. 2547. **ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิญา สัตย์ธรรม. 2550. **ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .

อรัญญา ศรีคำชาว. 2548. **ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง. 2548. **ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล**

ผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ภาคผนวก จ

สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล/แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
<p>อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. (2548). ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม การพยาบาลแบบสนับสนุน และการสนับสนุนกิจกรรมพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม)</p> <p>แนวคิดการสร้างเครื่องมือ</p> <p>โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตโดยมีลักษณะ</p>	<p>การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม การพยาบาลแบบสนับสนุน และการสนับสนุนกิจกรรมพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม</p> <p>การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม โดยการให้ข้อมูลด้านกระบวนการ เช่น สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป กิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก ได้แก่ การบอกและอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ กลัว สับสน หรือวิตกกังวล</p> <p>การพยาบาลแบบสนับสนุน ประกอบด้วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจ การได้รับความสุขสบาย การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก และการให้แหล่งประโยชน์</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ:</p> <p>การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม $\bar{d} = 0.32$ (เล็ก)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ :</p> <p>การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ $\bar{d} = 0.33$ (เล็ก)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม :</p> <p>การปรับตัวด้านร่างกาย $\bar{d} = 0.65$ (ปานกลาง)</p> <p>การปรับตัวโดยรวม $\bar{d} = 0.44$ (เล็ก)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการ ปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้าง เครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(d)
	<p>โปรแกรมดังนี้</p> <p>1) แนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) การประชุมพิเศษสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez and Faber (1987)</p> <p>2) แนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และ Hickey</p>	<p>กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและการให้กำลังใจ</p>	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
	(1996) 3) กิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยมตามแนวคิดของ Daly (1999)		
อภิญา สัตย์ธรรม. (2550). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว) ตามแนวคิดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ	การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวประกอบด้วย การให้ข้อมูลตามความต้องการพื้นฐานและสิทธิที่พึงได้รับ และตามความต้องการที่เจาะจงของแต่ละครอบครัว ที่ครอบคลุมความต้องการทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านกายภาพ ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว $\bar{d} = 2.28$ (ใหญ่) - ความพึงพอใจด้านข้อมูลข่าวสาร $\bar{d} = 2.11$ (ใหญ่)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
	Gaglione (1984) คือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านกายภาพ 3) ด้านจิตสังคม 4) ด้านจิตวิญญาณ	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพ - ประเมินผังครอบครัวและข้อมูลต่างๆ ของครอบครัว - แนะนำหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ สถานที่ ระเบียบการเยี่ยม การเข้าเยี่ยม การเฝ้าผู้ป่วย สิทธิบัตร สถานที่อำนวยความสะดวก บุคลากร เครื่องมือแพทย์ - ให้ข้อมูลผู้ป่วย และพาครอบครัวผู้ป่วยเยี่ยมข้างเตียงผู้ป่วย แนะนำการสื่อสาร การสัมผัส การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย - ให้การพยาบาลตามความต้องการที่เจาะจงของครอบครัว ประกอบด้วย การให้ข้อมูลตามความต้องการที่เจาะจงของครอบครัว การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้พูดคุยและระบายความรู้สึกรู้สึก ซักถามปัญหาและข้อสงสัย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการดูแลผู้ป่วย ปลอบใจและให้กำลังใจแก่ครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจด้านกายภาพ (\bar{d}) = 2.55 (ใหญ่) - ความพึงพอใจด้านจิตสังคม (\bar{d}) = 2.98 (ใหญ่) - ความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณ (\bar{d}) = 1.46 (ปานกลาง)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล/แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
<p>เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย) แนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984)</p>	<p>โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล - การสนับสนุนด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึก และการลดความวิตกกังวล - การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม</p> <p>: การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ $\bar{d} = 2.62$ (ใหญ่)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ</p> <p>: การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ $\bar{d} = 0.03$ (เล็ก)</p> <p>: การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน $\bar{d} = 2.57$ (ใหญ่)</p> <p>: การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้กัน $\bar{d} = 0.81$ (ปานกลาง)</p> <p>: การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม $\bar{d} = 1.47$ (ใหญ่)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล/แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
			ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (\bar{d})= 4.83 (ใหญ่)
อรัญญา ศรีคำชาว. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (การสนับสนุนด้านข้อมูล) แนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์กเกอร์ และแนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลของ Gew-Ens	การสนับสนุนด้านข้อมูล - ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก คือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวและค่าใช้จ่าย ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การพยากรณ์โรคที่เจ็บป่วย - การให้ข้อมูลในระยะ 48-72 ชั่วโมง ควรให้การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและความเจ็บป่วย รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุโรค ผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น อาการความเจ็บป่วยในปัจจุบันและรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องที่ผู้ป่วยจะได้รับ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย (\bar{d}) = 2.02 (ใหญ่)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
		<p>- การให้ข้อมูลในระยะช่วงหลัง 3 ถึง 5 วัน หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เป็นการให้ข้อมูลในการทบทวนพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำหรือสุขศึกษากการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</p>	
<p>รัตนา อยู่เปล่า. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์) แนวคิดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และแนวคิดการสนับสนุน</p>	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์</p> <p>การสนับสนุนด้านข้อมูล : โดยให้คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทางและให้ข้อมูลต่างๆ</p> <p>การสนับสนุนด้านอารมณ์ : โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี และการแสดงความไว้วางใจ</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ :</p> <p>ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 1.48$ (ใหญ่)</p> <p>ความวิตกกังวลแฝง วันที่ 1 $\bar{d} = 2.02$ (ใหญ่)</p> <p>ความวิตกกังวลแฝง วันที่ 3 $\bar{d} = 0.94$ (ปานกลาง)</p> <p>ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ ของ</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการ ปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้าง เครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
	ทางสังคมของ House		สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (\bar{d}) = 1.89 (ใหญ่) ความวิตกกังวลตาม สภาวะการณ์ วันที่ 1 : (\bar{d})= 1.01 (ปานกลาง) สภาวะการณ์ วันที่ 3 : (\bar{d})= 2.67 (ใหญ่)
นาฏยา เอื่องไพโรจน์. (2535). ผลของการให้ข้อมูล อย่างมีแบบแผนต่อ ความวิตกกังวลของ คู่สมรสของผู้ป่วยที่ อยู่ในหออภิบาล ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	การปฏิบัติการ พยาบาลด้านการรู้คิด (การให้ข้อมูลอย่างมี แบบแผน) แนวคิด ความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เกอร์ และ ทฤษฎีการสื่อสารของ Lasewell	การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน - สร้างสัมพันธภาพ โดยการทักทาย แนะนำตนเองและ บอกวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อเสนอต่างๆ - ให้ข้อมูลตามแบบแผนการให้ข้อมูล โดยการแนะนำ ลักษณะทั่วไปของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การวินิจฉัยโรค การ ผ่าตัด อากา ร อุปกรณ์ต่างๆและการรักษา การปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม กฎระเบียบต่างๆ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วย ครั้งที่ 2 \bar{d} = 1.31 (ปานกลาง) ครั้งที่ 3 \bar{d} = 1.42 (ปานกลาง)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
		-สร้างความมั่นใจและเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ	
สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน) ตามแนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson และการ	โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน - การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย ข้อมูลด้านกระบวนการ ได้แก่ สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยและพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ ข้อมูลด้านความรู้สึก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกตกใจ สับสนกลัว วิตกกังวล แหล่งประโยชน์ ได้แก่ คำแนะนำและข้อชี้แนะเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่หรือสามารถหาได้จากโรงพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 1.71$ (ใหญ่)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
	จัดรูปแบบของการเยี่ยมที่มีคุณภาพตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly และความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของ Leske	<ul style="list-style-type: none"> - การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยการอนุญาตให้ดู หรือเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ และนอกเวลาปกติ - การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด - การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ - การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก โดยการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ/ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจ/ยอมรับต่อการแสดงออก การให้กำลังใจ 	
สุวพีร์ จันทระเชษฐา. (2547). ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (การให้ข้อมูลและความรู้) แนวคิดการจัดการรูปแบบการให้	การให้ข้อมูล การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Thelan, Urden, Lough, and Stacy (1998) มีขั้นตอนดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. การรวบรวมข้อมูล 2. การวางแผน 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 1.10$ (ปานกลาง) - ด้านร่างกาย $\bar{d} = 1.20$ (ปานกลาง) - ด้านจิตใจ $\bar{d} = 0.67$ (ปานกลาง)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
หลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต	ข้อมูลของ (Thelan, Urden, Lough and Stacy, 1998)	3. การปฏิบัติการให้ข้อมูล 4 ด้าน คือ <ul style="list-style-type: none"> - ด้านร่างกาย - ด้านจิตใจ - ด้านสิ่งแวดล้อม - ด้านเศรษฐกิจ – สังคม – วัฒนธรรม 4. ประเมินผลการให้ข้อมูล	- ด้านสิ่งแวดล้อม $\bar{d} = 0.43$ (เล็ก)
กัว ไอมิน. (2541). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด(การสนับสนุนด้านข้อมูล) แนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลของ Gew-Ens	การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านข้อมูล : โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพ ผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา ภาพแวดล้อมทั่วไป กิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลด้านความรู้สึก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว วิตกกังวล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.41$ (เล็ก)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล/ แนวคิดการสร้ง เครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
พิบูล ตันติธรรม. (2533). ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วย) แนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์	แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วย แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เครื่องมือต่างๆ ที่จะพบเห็นในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก วัสดุอุปกรณ์วิธีการที่ใช้รักษาผู้ป่วย การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับตามกิจวัตร ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.17$ (เล็ก)
คณินันต์ บุรีเทศน์. (2540). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัว	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (การพยาบาลระบบสนับสนุน) แนวคิดความวิตกกังวลของ	การพยาบาลระบบสนับสนุน ระบบสนับสนุนครอบครัวการจัดการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูล ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และด้าน	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.74$ (ปานกลาง)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล/ แนวคิดการสร้ง เครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติกรพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
ในหอผู้ป่วยภาวะ วิกฤตต่อระดับความ วิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศูนย์ ชลบุรี	สปีดเบอร์เกอร์ และ แนวคิดความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต ของMolter (1979) และ Daley (1984)	กำลังใจ และระบายความรู้สึก ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับกรรักษาในหอผู้ป่วยภาวะ วิกฤต โดยใช้แนวคิดของ Breu&Dracup (1978) Molter (1979) และ Daley (1984)	
วาศนา ไชยวงศ์.(2549). ผลของการให้การกรศึกษา แบบผสมผสานต่อ ความเครียดของญาติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	การปฏิบัติกรพยาบาล ด้านสังคม (การให้ คำกรศึกษาแบบผสมผสาน) แนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และ ทฤษฎีเกสตัลท์	การให้คำกรศึกษาแบบผสมผสาน การให้การกรศึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสาน ซึ่งนำ แนวคิดมาจาก 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีมนุษยนิยม ทฤษฎี พฤติกรรมนิยมและทฤษฎีเกสตัลท์ ร่วมกับการให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรคของผู้ป่วย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ : ความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วย (\bar{d}) = 0.52 (เล็ก)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวความคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
รวมพร หลาวเพชร. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อความผาสุกของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การส่งเสริมการเผชิญความเครียด) ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน	การส่งเสริมการเผชิญความเครียด <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ญาติเกิดความไว้วางใจ - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ - ให้ญาติเข้าพบผู้ป่วยโดยเร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ญาติเข้าเยี่ยมในขณะนั้นไม่ได้ - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะการตอบสนองในส่วนที่ดีตามความเป็นจริง - เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ ให้การตอบคำถาม ให้คำอธิบายซ้ำ หรือคำอธิบายเพิ่มเติม และความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการของครอบครัว 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> : ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.25$ (เล็ก) : ความซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.33$ (เล็ก) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> : ความผาสุกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.62$ (ปานกลาง) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม <ul style="list-style-type: none"> : การควบคุมตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.03$ (เล็ก) : การดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.31$ (เล็ก)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล/ แนวความคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
			: พลังกำลังของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.23$ (เล็ก)
<p>สรินญา หวลบุตตา. (2543). ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลของรัฐ</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (การให้สุขศึกษา) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาของเกสตัลท์</p>	<p>การให้สุขศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา และสร้างสัมพันธภาพ - การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา - การวางแผนแก้ปัญหา - การปฏิบัติตามและติดตามผล 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ :</p> <p>ความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 1.68$ (ใหญ่)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านจิตใจ $\bar{d} = 3.13$ (ใหญ่) - ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง $\bar{d} = 1.14$ (ปานกลาง) - ความบกพร่องทางสังคม $\bar{d} = 2.46$ (ใหญ่)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล/ แนวความคิดการสร้างเครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
<p>วิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์. (2543). รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิด (การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล) แนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูลของ Johnson</p>	<p>การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล</p> <p>ขั้นที่ 1 การเตรียมบุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>ขั้นที่ 2 การต้อนรับญาติผู้ป่วย-การไปพบญาติผู้ป่วยที่ห้องพักรอเยี่ยม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพด้วยการทักทาย แนะนำตัวเอง แสดงท่าที่เป็นมิตร - เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยการเป็นผู้ฟังที่ดี <p>ขั้นที่ 3 การดำเนินการให้ข้อมูลตามเนื้อหาที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแนะนำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก - ระเบียบปฏิบัติต่างๆ - ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ให้ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ :</p> <p>ความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย $\bar{d} = 0.22$ (เล็ก)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการ ปฏิบัติการพยาบาล/ แนวคิดการสร้าง เครื่องมือ	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ ค่าขนาดอิทธิพล(\bar{d})
		<p>- การให้แผนพับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก</p> <p>ชั้นที่ 4 การนำผู้ป่วยไปเยี่ยมที่เตียง</p> <p>ชั้นที่ 5 การให้การสนับสนุนช่วยเหลือตอบข้อซักถาม และให้คำแนะนำเพิ่มเติม</p>	



ภาคผนวก ฉ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิธีคำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ กลาส แม็คกอร์ และสมิท (Glass, McGaw, and Smith, 1987)

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

$$d = (\bar{X}_E - \bar{X}_C) / S_C$$

โดยที่ \bar{X}_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

$$d = (\bar{X}_{\text{post}} - \bar{X}_{\text{pre}}) / S$$

โดยที่ \bar{X}_{post} = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง

\bar{X}_{pre} = ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง

S = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

$$d = (\bar{X}_1 - \bar{X}_2) / S_2$$

โดยที่ \bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

4. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

$$d = (\bar{X}_{E1} - \bar{X}_C) / S_C$$

$$d = (\bar{X}_{E2} - \bar{X}_C) / S_C$$

โดยที่ \bar{X}_{E1} = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1

$$\bar{X}_{E2} = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2}$$

$$S_C = \text{ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลัง และเสนอเฉพาะค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (Gain score)

$$d = (\bar{G}_E - \bar{G}_C) / S_G$$

$$S_G = \sqrt{S_E + S_C + r_{EC} S_E S_C}$$

โดยที่ \bar{G}_E = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง

\bar{G}_C = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

r_{EC} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

S_E = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

S_G = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

6. กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และเสนอค่าสถิติ t และ F

6.1 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเท่ากัน

$$d = \sqrt{2/N}$$

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

6.2 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่เท่ากัน

$$d = t \sqrt{1/n_E + 1/n_C}$$

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

SE = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

6.3 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

$$d = t \sqrt{2/[N(1-r_{EC})]}$$

โดยที่ r_{EC} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6.4 เสนอค่า F เมื่อมี 2 กลุ่ม

$$d = 2 \sqrt{F(1-r^2_{EC})(df_w-1)/(n_E+n_C)(df_w-2)}$$

6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

$$d = (Y_E - Y_C) / S_Y$$

โดยที่ $S_Y = MS_W = MS_B / F$

$MS_B =$ ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

$$r = r_{pb} \sqrt{n_1 n_2 / u n}$$

โดยที่ $r_{pb} =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ้อยไบซีเรียล

$U =$ Ordinate of unit normal distribution

$r_{pb} = 1 - \sqrt{2U / n_1 n_2}$

โดยที่ $U =$ ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

$$d = (\bar{Y}_E - \bar{Y}_C) / S_Y$$

$$S_Y = \sqrt{(SS_B + SS_{AB} + SS_W) / (df_B + df_{AB} + df_W)}$$

โดยที่ $\bar{Y}_E =$ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{Y}_C =$ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SS_Y =$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$SS_B =$ ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

$SS_{AB} =$ ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์

$SS_W =$ ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม

$df_B =$ ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม

$df_{AB} =$ ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์

$df_W =$ ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม

$$d = (\bar{Y}_E - \bar{Y}_C) / S_Y$$

$$SC = \sqrt{MS_w (df_w - 1) / [(1 - r^2_{xy}) (df_w - 2)]}$$

โดยที่	\bar{Y}_E	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	\bar{Y}_C	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	MS_w	=	ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่มที่ปรับแล้ว
	df_w	=	ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม
	r_{xy}	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธนวรรณ บั้นตะกั่ว เกิดวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2525 จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในปีการศึกษา 2546 ฝึกอบรบการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2550 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย