

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย
บาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อถัก



นางสาววาสนา ธรรมสอน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES IN
FAMILY CAREGIVERS OF HEAD INJURY AND STROKE PATIENTS
: A META - ANALYSIS



Miss Wasana Tamasorn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อถัก

โดย

นางสาววาสนา ธรรมสอน

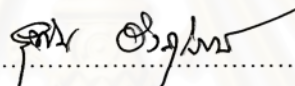
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

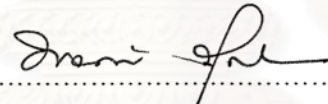
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

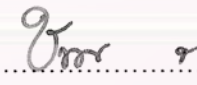
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

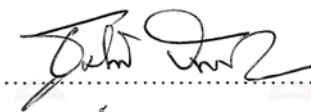
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจตรีหญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ)


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


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ จัมภลิจิต)

สถาบันที่ให้บริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วาศนา ธรรมสอน : ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
 ในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 (THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES
 IN FAMILY CAREGIVERS OF HEAD INJURY AND STROKE PATIENTS: A META -
 ANALYSIS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 216 หน้า.

การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการ
 พยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เปรียบเทียบผลของการ
 ปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง 3) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ
 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาจาก
 วิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2528 – 2550 จำนวน 31 เรื่อง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบ
 สรุปลักษณะของงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย
 ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 หากความเที่ยงโดยวิธีผู้ประเมินร่วมกันระหว่างผู้วิจัย
 และอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 นำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981)
 ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 77 ค่า

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (83.87 %) จาก
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนเท่ากัน (22.58 %) จากคณะพยาบาลศาสตร์ (70.97 %) คุณภาพ
 งานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (61.30 %) พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิดถูกนำมาศึกษามาก
 ที่สุด (48.39 %) และด้านสังคมถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด (16.13%) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ถูกนำมาศึกษา
 มากที่สุด (43.14 %) และด้านอาการถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด (1.96 %)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวมมีขนาดใหญ่ ($d = 2.26$) โดยด้าน
 พฤติกรรมให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ($d = 2.79$) และด้านจิตใจให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ($d = 1.71$) ส่วนการ
 ปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ($d = 2.53$) และการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมมีค่า
 ขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ($d = 1.52$)

3. สถานที่เก็บข้อมูลและการระบุนกรอบแนวคิดมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล สามารถ
 พยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล ได้ร้อยละ 30.00

สาขาวิชา ...การพยาบาลผู้ใหญ่ ... ลายมือชื่อนิติศ..... วาศนา ธรรมสอน

ปีการศึกษา 2550 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... 

4777648236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FEMININE HEALTH-RELATED HARDINESS / SOCIAL SUPPORT / COPING / HEALTH STATUS

SUWANNAPORN MITSUWAN: (RELATIONSHIPS BETWEEN FEMININE HEALTH- RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND HEALTH STATUS OF WOMEN WITH HIV/AIDS). THESIS ADVISOR: CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D., RN. 111 pp.

The purposes of this research were: 1) to study the relationships between feminine health related hardiness, social support, coping and health status of women with HIV/AIDS and to determine abilities of feminine in relation to health related hardiness, social support and coping in predicting health status of women with HIV/AIDS. The subjects were 90 women with HIV/AIDS who attended the Anonymous Clinics. by using random sampling technique, The Anonymous Clinics from nine community hospitals located in southern region were included in this study. Research instruments consisted of the Demographic Data Questionnaires, the Feminine Health-Related Hardiness Scale, the Social Support Questionnaires, the Way of Coping, and the Health Status Scale. All five instruments were content validated by a group of expert and tested for internal consistency. The Cronbach's alpha for the second to the fifth instruments were 0.88, 0.84, 0.91, and 0.89, respectively. Statistical techniques used for data analysis were descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and multiple regression.

The major findings were as follows:

1. Women with HIV/AIDS reported having good health status ($\bar{x} = 3.87$, $SD=0.53$).
2. Feminine health related hardiness, social support, and coping were significantly positively correlated with health status ($r = 0.43, 0.50, \text{ and } 0.52$ respectively, $p < 0.05$).
3. For the predictive abilities, all predictors together were accounted for 43 percent of variance in predicting health status of women with HIV/AIDS ($R^2 = .43$, $F = 21.65$, $p < 0.05$).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Science.....

Student's Signature.....*สุวณพ มิตสุวรรณ*.....

Academic year.....2007.....

Advisor's Signature.....*ชอมพูนุต สอปะจारी*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดีมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหพราน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยและกรุณาให้ความรู้คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณามอบ “ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์” สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	21
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล	23
แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	27
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ	38
38กรอบแนวคิดในการวิจัย	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล	57

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	99
อภิปรายผลการวิจัย	103
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	117
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	117
รายการอ้างอิง	119
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	133
ภาคผนวก ข รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์.....	140
ภาคผนวก ค ตารางแสดงการประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล ชนิดของการ ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางสุขภาพของแต่ละงานวิจัย.....	145
ภาคผนวก ง ตารางแสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้าน สุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง.....	171
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	203
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	205
ภาคผนวก ช สถิติที่ใช้ในการวิจัย	211
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	216

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2545 – 2549	2
2	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน....	60
3	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย...	62
4	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	65
6	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	65
7	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	66
8	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย	66
9	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง..	67
10	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง	68
11	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล.....	68
12	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	71
13	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล.....	71
14	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ.....	72
15	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม.....	73
16	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ	73
17	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ.....	74
18	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ	74

ตารางที่	ญ หน้า
19	ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... 75
20	ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... 76
21	ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและโรคหลอดเลือดสมอง.... 77
22	ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... 78
23	ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... 80
24	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล..... 83
25	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับค่าขนาดอิทธิพล..... 85
26	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล. 86
27	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล..... 87
28	สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์..... 146
29	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล..... 172
30	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดจำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 177
31	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 180

ตารางที่	ฉ หน้า
32	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 182
33	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 186
34	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านพฤติกรรม จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 191
35	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านอาการ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 194
36	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านจิตใจ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 196
37	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านอื่น ๆ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ..... 199

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่สมอง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมากมาย จากสถิติสาธารณสุขปี 2548 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทุกประเภทเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (จินตนาทองเพชร, 2550) ในแต่ละปีจะมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อชีวิต สังคม และประเทศชาติอย่างมากมาย

จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2548 - 2549 พบว่า แนวโน้มอัตราการตายจากการบาดเจ็บทุกสาเหตุเริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ส่วนอัตราการบาดเจ็บมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า อัตราการบาดเจ็บและอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 4,954.7 และ 64.5 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีอัตราการบาดเจ็บและอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 5,146.9 และ 70.9 ตามลำดับ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2550)

ส่วนโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อยในประเทศไทย โรคนี้จัดได้ว่าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ อันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมีความพิการ ซึ่งต้องอาศัยการดูแล ช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เป็นสาเหตุของความพิการและทุพพลภาพที่สำคัญอีกด้วย ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ประมาณ 500,000 คน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคมมาจาก ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ ความเครียด โรคอ้วน การดื่มสุราปริมาณมาก ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (กลุ่มงานประสาทวิทยา, 2548)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540 – 2549 พบว่า จำนวนและอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง และโรคหัวใจขาดเลือด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก พบว่ามีแนวโน้มชะลอลง

สำหรับจำนวนผู้ป่วยใน ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 – 2549 พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2545 – 2549

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตรา
2545	79,531	138.34
2546	84,807	151.50
2547	94,567	169.94
2548	98,895	174.88
2549	107,246	188.33

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2549

จะเห็นได้ว่า การบาดเจ็บที่สมองและโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดคิดมาก่อนได้ นอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย ซึ่งผลกระทบต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก (Gouick and Gentleman, 2004) มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ มีปัญหาภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ครอบครัวในฐานะที่ต้องให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องรับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เป็นภาวะที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิต ความผาสุก และการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลได้

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลในนี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ มีผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือมีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ ซึ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความต้องการการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง บทบาทของผู้ดูแลที่สำคัญ ได้แก่ บทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยและช่วยทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม (Leske, 2002) ต้องการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Bakas et al., 2002) ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจและให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (จินนะรัตน์ ศรีภักทธิญาโย, 2540) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Folden, 1993) การดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ดูแลที่ดีควรจะมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องดูแล ต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย มีความจริงใจ อุดม สามารถคิดและตัดสินใจได้ การเลือกผู้ดูแลที่เหมาะสมจะต้องพิจารณาจากความพร้อม เวลา ความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลร่วมด้วย (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาและพลังงานมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากงานประจำที่ต้องปฏิบัติอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อหารายได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและจุนเจือครอบครัว (Brown, 1991) บางรายต้องหยุดทำงานหรือลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ผู้ดูแลจึงต้องพบกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ อย่างมากมาย ดังนี้

ปัญหาด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ (William, 1994) รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติ เช่น เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง และปวดเอวจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2538; จินตนา สมนึก, 2540; สุคติริ หิรัญชุนหะ, 2541)

ปัญหาด้านจิตใจ พบว่า จากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ถูกปิดกั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องแยกจากบุคคลที่ตนรัก ถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ต้องพบกับสภาพแวดล้อม เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย สถานที่ขาดความเป็นส่วนตัว (Hopkins, 1994) ไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ (Teel, Duncan, and Lai, 2001)

ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องแยกตัวออกจากสังคมเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้มีกิจกรรมทางสังคมลดลง (Kreutzer et al., 1994)

และปัญหาด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนใหญ่ จะต้องได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องได้รับการผ่าตัด ต้องได้รับยาที่มีราคาค่อนข้างสูง รวมถึงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ครอบครัวจะต้องรับภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้น (Kosciulek, 1997) ร่วมกับผู้ดูแลจะต้องลาออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัวได้

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้นจะมีผลสะท้อนต่อคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ถึงแม้ผู้ดูแลจะรู้ดีกว่าการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเครียด หรือถูกคุกคามการดำเนินชีวิต แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เนื่องจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยนั่นเอง (วิภาวรรณ ชุ่ม, 2537)

การพยาบาลเป็นการบริการทางวิชาชีพที่มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในชีวิต การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรอดพ้นจากสภาพปัจจุบัน ไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย (Gordon, 1994) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวางแผนและปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ (Murray and Atkinson, 1994) การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลอาจแบ่งออกได้ในหลายลักษณะ โดย Gettrust และ 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) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (Cognitive intervention) การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) และการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส (Sensory intervention) แต่จากบททบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการสอน การให้ข้อมูลและความรู้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การลดความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลของ Snyder (1992) มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (Cognitive intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรู้คิดหรือการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ (สุพรีร์ จันทระเจษฎา, 2547; จันทพร ธีรทองดี, 2549; ชุติมา มีชำนาญ, 2549) การสอนแนะ (นฤมล เพ็ชรเจริญ, 2539; วิภาวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544; ปริมาภรณ์ นิรมล, 2548) โปรแกรมสุขศึกษา (อรวรรณ กล้วยไม้, 2549) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (รัมภ์รดา อินทร, 2539; Ya-orm, Y., 2001; Rattanasit, B., 2004; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548) และการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; อารมณ บุญเกิด, 2540; จารึก ธานีรัตน์, 2544; ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย, 2548)

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การให้คำปรึกษา

แบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ (ชลาชัย คงพะจิตร, 2547) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง (ประไพรัตน์ ประตา, 2548) การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน (วาสนา ไชยวงศ์, 2549) การจูงใจ (นภาพร แก้ววรรณ, 2533) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

3. การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (Combined intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จური แสนสุข, 2546) การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (ศรีรัตน์ กุ่มสิน, 2546; Petchtone, P., 2004; ถนอม อาทศรี และคณะ, 2550) การส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์ (สุวรรณา จงห้วงกลาง, 2549) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (พรชัย จุลเมตต์, 2540; รัตนา อยู่เปลา, 2543; กัญญา วิงเฮงยะฤทธิ , 2549) การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ (ศรีนยา ฉันทะปรีดา, 2550) และการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชี่กง (อุทุมพร รูปเล็ก, 2550)

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมากมาย พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions) ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างอิสระเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะในหลาย ๆ ด้าน อาจปฏิบัติได้โดยพยาบาลหนึ่งคนหรือหลายคน การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลควรคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือก ผลที่จะเกิดตามมา เหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ และความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเองและส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกาย เพื่อช่วยป้องกันการกำเริบของโรค (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544) โดยการค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมแก่ผู้ดูแลแต่ละคน เช่น การให้ข้อมูลและความรู้ การให้คำปรึกษา การสอนและการฝึกทักษะในการดูแล เป็นต้น เพราะถ้าผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมก็จะช่วยลดความวิตกกังวลความเครียด ความเหนื่อยล้า สามารถปรับตัวได้ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ช่วยให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น รวมถึงมีข้อมูลและความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้ เรียกว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) เมื่อผู้ดูแลมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นก็จะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีขึ้นด้วย

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) เป็นสภาวะขั้นสุดท้ายที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Lang and Marek, 1991) เป็นการประเมินโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพนอกจากจะเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลแล้วยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดประเภทหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามแนวคิดของ Donabedian (1982) เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้นย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาว การแบ่งประเภทของการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้ในหลายลักษณะ โดย Lohr (1988) ได้เสนอการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพว่าอาจจำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วน Donabedian (1982) ได้จำแนกประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน คือ ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ซึ่งตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เป็นการวัดผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดในการจำแนกผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ Donabedian (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้แบ่งประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior Health Outcomes) เป็นสภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสดงออกเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Ya-orm, Y., 2001; จุรี แสนสุข, 2546; ประมาภรณ์ นิรมล, 2548; ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย, 2548; บุศกร กลิ่นอวล, 2549) ความสามารถของผู้ดูแล (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; อารมณ์ บุญเกิด, 2540; จาริก ธานีรัตน์, 2544; วิภาวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548; อรวรรณ กล้วยไม้, 2549; Petchtone, P., 2004) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (นภาพรณี แก้วกรรณ์, 2533; นฤมล เพ็ชรเจริญ, 2539) และการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) เป็นสภาวะที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (อุทุมพร รูปเล็ก, 2549)

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) เป็นสภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ดูแล (รัตน อยู่ปลา, 2543; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547; ประไพรัตน์ ประตา, 2548; กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; ชุติมา มีชำนานู, 2549) ความเครียดของผู้ดูแล (ศิริรัตน์ คุ่มสิน, 2546; ชลาลัย ดงพะจิตร, 2547; Rattanasit, B., 2004; บุศกร กลิ่นอวล, 2549; วาสนา ไชยวงศ์, 2549; ศรีนยา ฉันทะปริดา, 2549) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล (Petchtone, P., 2004) และการปรับตัวด้านความไม่สบายทางจิตใจ (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548)

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ได้แก่ ภาระการดูแลของผู้ดูแล (พรชัย จุลเมตต์, 2540; จันทพร ชีรทองดี, 2549; สุวรรณนา จงห้วงกลาง, 2549) ความพึงพอใจของผู้ดูแล (นฤมล เพียรเจริญ, 2539; รัมภ์รดา อินทร, 2539; วิวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) ความรู้ของผู้ดูแล (นฤมล เพียรเจริญ, 2539; จุรี แสนสุข, 2546; Rattanasit, B., 2004; อรวรรณ กล้วยไม้, 2549) เจตคติของผู้ดูแล (จุรี แสนสุข, 2546; อรวรรณ กล้วยไม้, 2549) การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล (ศิริรัตน์ คุ่มสิน, 2546; ถนอม อาทศรี และคณะ, 2549) คุณภาพชีวิต (ถนอม อาทศรี และคณะ, 2550) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Rattanasit, B., 2004; Petchtone, P., 2004) การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายงานวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล (รัตน อยู่ปลา, 2543; กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ผลของการสอนต่อความรู้ความพึงพอใจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (นฤมล เพียรเจริญ, 2539) ต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล (วิวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544) ต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (ปรมาภรณ์ นิรมล, 2548) ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (ชุติมา มีชำนานู, 2549) ต่อความรู้ ความพึงพอใจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (นฤมล เพียรเจริญ, 2539) เป็นต้น แต่ไม่อาจสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เลือกใช้นั้นสามารถจัดการหรือส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านใดได้ดีที่สุด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองและโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความพิการทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลอย่างมากมาย ตลอดจนผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับมามีภาวะสุขภาพใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลต้องพบกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions) ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างอิสระเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพแก่ผู้ดูแลเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะถ้าผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมก็จะช่วยลดความวิตกกังวลความเครียด ความเหนื่อยล้า สามารถปรับตัวได้ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ รวมถึงมีข้อมูล ความรู้และทักษะที่จะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้ เรียกว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) เมื่อผู้ดูแลมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นก็จะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีการรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ วิธีการวิเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่ง คือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพลอันเป็นดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้ววิเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกันเพื่อหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ (กรองไค อุณหสูต, 2539) ค่าขนาดอิทธิพลจะเป็นตัวบอกระดับการประมาณค่าความสำคัญของตัวแปรจัดกระทำ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ซึ่งจะแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้การดูแลสุขภาพและเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดคุณภาพการให้บริการที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทุกด้าน ทำให้ทราบแนวโน้มที่ผ่านมาของงานวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นความรู้ว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพแต่ละด้านสามารถส่งเสริมได้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลด้านใด ให้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและพัฒนาองค์ความรู้ต่อไปได้

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร
2. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร
3. คุณลักษณะของงานวิจัยมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำเสร็จเรียบร้อยตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2528 – 2550
2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ
 - ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Caregivers of Head Injury Patients) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแล ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลงไปและมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือ ผู้ที่มีโชัญชาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่คิดค่าตอบแทนหรือหวังรางวัลใด ๆ ทั้งสิ้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Caregivers of Stroke Patients) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแล ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนของโลหิตที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลงไปและมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่มีโชัญชาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่คิดค่าตอบแทนหรือหวังรางวัลใด ๆ ทั้งสิ้น

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions) หมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถกระทำได้โดยอิสระในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจำแนกประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของ Snyder (1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (Cognitive intervention) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรู้คิดหรือการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด รวมถึงเรื่องการสอน การให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ การสอนแนะ โปรแกรมสุขศึกษา การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ดูแล

ในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการจูงใจ

3. การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ แก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมศักยภาพด้านการสอน การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ และการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยซี่กง

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) หมายถึง สถานะขั้นสุดท้ายของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันเกิดจากกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Donabedian (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior Health Outcomes) หมายถึง สถานะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสดงออกเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) หมายถึง สถานะที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) หมายถึง สถานะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแล ความรู้ของผู้ดูแล เจตคติของผู้ดูแล การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล คุณภาพชีวิต ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณในการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหน่วยการวิเคราะห์เป็นงานวิจัยแต่ละเรื่อง ด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติที่ปรากฏอยู่ในงานวิจัยตามกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามแนวคิดของ Glass, McGaw และ Smith (1981)

คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ได้แก่

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

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

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ประเภทของผู้ดูแล, ชนิดของผู้ดูแล, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง, จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล, ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ, ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย เป็นค่าที่แสดงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง ที่วัดได้ในงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ตามแนวคิดของ Glass, McGaw และ Smith (1981) และแปลผลค่าขนาดอิทธิพลด้วยวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1987) แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบกับตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง ได้แก่

- ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพล น้อยกว่า Percentiles 33.33
- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระหว่าง Percentiles ที่ 33.34 – 66.67
- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพล มากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่มสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้จริง เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและใช้อ้างอิงเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลต่อไป

2. ด้านการศึกษาวิจัย ทำให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจนหรือส่วนที่ขาดหายไปในแต่ละแง่มุมต่าง ๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปให้ชัดเจนขึ้น ช่วยสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านเศรษฐกิจ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ยาและใช้บำบัดในกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห้อภิมาณของ Glass, Mcgaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิด เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล
5. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
6. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห้อภิมาณ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้อภิมาณ
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การที่ศีรษะได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและสมอง ผลจากการได้รับบาดเจ็บที่สมองทำให้บุคคลมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ความบกพร่องทางด้านร่างกาย และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Namerow , 1987)

การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง เป็นผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือจากการที่ศีรษะถูกกระแทกโดยฉับพลัน ในขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหวก่อให้เกิดการทำลายของสมอง 2 แบบ คือ สมองซ้า ทำให้มีเลือดออกในสมอง และเกิดการบาดเจ็บทั่ว ๆ ไปต่อเนื้อสมองส่วนสีขาว มีการยึดอย่างรุนแรงหรือฉีกขาดของแอกซอน (Hickey, 1997)

การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การบาดเจ็บที่เป็นผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม (Barker, 2002)

การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ อาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์, 2541)

การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่บริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การที่สมองถูกกระทบกระเทือน โดยแรงจากภายนอก ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ สมองและส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะส่งผลให้ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมากได้ และมักส่งผลให้มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมได้

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมอง

สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่สมองที่พบมากในปัจจุบันคือ อุบัติเหตุจราจร โดยส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติเหตุจากการชนส่งทางบก รองลงมาคือ อุบัติเหตุตกน้ำ จมน้ำ ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีต่าง ๆ ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่าง ๆ และอุบัติเหตุพลัดตกหรือหกล้ม (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2550) และอาจพบได้จากการเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล ชกมวย เป็นต้น มักเกิดเป็นแบบ Acute or subacute subdural hematoma เนื่องจากศีรษะถูกกระทบกระเทือนมาก (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539)

1.3 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว

การบาดเจ็บที่สมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและไม่ได้คาดคิดมาก่อน ทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาในการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์เช่นนี้ ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก (Baker, 1990; Testani – Dafour et al., 1992; Acorn, 1995; Kosciulek, 1997) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหรือมีความบกพร่องเหลืออยู่ (Jennett and Teasdale, 1981 อ้างถึงใน พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) ต้องได้รับการพึ่งพา ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปผลกระทบที่มีต่อครอบครัวได้ 2 ระยะ ดังนี้

1. ผลกระทบระยะเฉียบพลัน การบาดเจ็บที่สมองเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ผลกระทบสำคัญที่ครอบครัวต้องเผชิญ ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ สมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น ซ็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวการเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เครียด และวิตกกังวล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวมักจะมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2541) ได้ศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเฉียบพลัน พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือ การลดภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของผู้ป่วยและอันดับสุดท้าย คือ การให้กำลังใจและการระบายความรู้สึก

2. ผลกระทบระยะยาว การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวได้เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่น ๆ สามารถสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วย ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างถาวร ครอบครัวจำเป็นต้องสร้างแบบแผนและเป้าหมายใหม่เมื่อมีสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสมอง

สามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว ได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ของครอบครัวและสังคม การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและความพิการของผู้ป่วย รวมถึงลักษณะโครงสร้างของครอบครัวก่อนได้รับบาดเจ็บด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมาก่อน (Acom and Roberts, 1992) หลายครอบครัวสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดกระทำบทบาท ความรับผิดชอบบางอย่าง เช่น การหยุดทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยหรือลาออกจากการทำงาน เป็นต้น จากการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยาของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างรุนแรง พบว่า ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ภรรยาต้องรับหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง นอกจากนั้นยังต้องทำบทบาทเดิมของตนในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้ภรรยาเกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป (Curtiss et al., 2000) รวมทั้งทำให้ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนแปลงไป บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในโครงสร้างของครอบครัว ยังส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมอีกด้วย (Griogo, 1993) เพราะต้องแยกตัวออกจากสังคม และทำกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย (Kreutzer et al., 1992.)

2. ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดา มารดาและบุตร ซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บมากเท่าใดก็จะส่งผลให้สมาชิกผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้สึกเป็นภาระของกลุ่มสมรสที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคู่สมรส หรือมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่น ๆ ใน

ครอบครัว กลุ่มสมรสจำนวนมากที่มีการหย่าร้างเกิดขึ้น (Frye, 1987) เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน กลุ่มสมรสเกิดความรู้สึกวิ้าวาเหว โดดเดี่ยว เบื่อหน่าย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537)

3. ผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ บางรายอาจไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) บางครั้งอาจต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ หรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาสำหรับตนเองน้อยลง มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า หงุดหงิด หากปรับตัวไม่ได้ อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Frye (1987) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความเครียดสูงในช่วง 1 ปีแรกหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและมีผลต่อร่างกาย ทำให้เกิดแผลในลำไส้และเกิดโรคหัวใจตามมา

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ชีวิตครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่รับบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว

5. ผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตใจ การบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพราะผลของการบาดเจ็บทำให้ร่างกายความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ครอบครัวจะรู้สึกหมดหวัง ขาดกำลังใจ (กรัญพิชญ์ โคตรประทุม, 2546) ทำให้บางคนมีความวิตกกังวลและความตึงเครียดมาก บางคนมีความรู้สึกเฉยชา ก้าว และไม่เชื่อ ร้องไห้ เอะอะ โวยวาย ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมหรือสื่อสารกับครอบครัวได้ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น (Martin, 1994) นอกจากนี้ Kreutzer et al. (1992) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่ออารมณ์ ใจ และสังคมของครอบครัว ได้สรุปไว้ว่าจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบาดเจ็บที่สมองทำให้ครอบครัวมีระดับความเครียดสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้า

ความวิตกกังวล การปรับตัวทางสังคมลดลง นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สมองยังทำให้ครอบครัวเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจซึ่งจะแสดงปฏิกิริยาที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น โกรธ เสียใจ ร้องไห้ รู้สึกผิด เอะอะ โวยวาย เป็นต้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2540)

2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำของสมองหรือความผิดปกติของการไหลเวียนภายในหลอดเลือดสมองก็ได้ เช่น มีก้อนลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดของสมองที่หลุดมาจากหัวใจ เป็นต้น (องค์การอนามัยโลก อ้างถึงใน วราภรณ์ จิธานนท์, 2547)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของคลินิกของโรคระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง (Nation Survey of stroke ของประเทศสหรัฐอเมริกา อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวิชย์, 2543)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ มีผลทำให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมองหยุดชะงัก ผลที่ตามมา คือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งสองซีก โดยที่ผู้ป่วยบางรายอาจจะหมดสติตามองไม่เห็น เดินไม่ได้ พูดไม่ได้หรืออาจจะสับสน บางคนอาจมีอาการชนิดถาวร เรียกว่า อัมพาตหรือเป็นเพียงชั่วคราว เรียกว่า อัมพฤกษ์ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ มีผลทำให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมองหยุดชะงัก อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง

2.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Occlusive stroke or Ischemic stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral thrombosis) การอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) เมื่อหลอดเลือดสมองตีบตันหรือถูกอุดตันจะมีผลทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง แต่ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยง

สมองลดลงมากจะเริ่มมีความผิดปกติของสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและ Electrolyte ในเซลล์สมอง ทำให้เกิดการบวมภายในเซลล์สมอง เซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวรหรือเกิดการตายของเนื้อสมอง

2. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) ก้อนเลือดจะไปกั้นที่ในสมอง เกิดการทำลายของเนื้อสมอง และก้อนเลือดยังไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง มีการคั่งของน้ำไขสันหลังหรือเกิดสมองบวมจากภาวะสมองขาดเลือดจากก้อนเลือดที่กดทับ เกิดภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงและเกิดสมองบวมตามมา (2) กลุ่มที่เกิดจากมีเลือดออกใต้ชั้นอะแรคโนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดบริเวณส่วนผิวนอกของสมองแตกและเลือดไหลเข้าสู่ช่องว่างระหว่างสมองและกะโหลกศีรษะ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการแตกของเส้นเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและดำในสมอง (Arteriovenous malformation: AVM)

2.3 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534)

1. ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ได้แก่ หลอดเลือดแดงแข็ง (Arteriosclerosis) จากไขมันเกาะภายในผนังของหลอดเลือด (Atherosclerosis) พบได้บ่อยและสำคัญที่สุดในโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงถูกทำลายจากโรคความดันโลหิตสูง (Hypertensive arteriosclerosis) ทำให้หลอดเลือดแข็ง และการอักเสบของหลอดเลือดแดง (Arteritis)
2. มีก้อนหลุดจากที่อื่นมาอุดเส้นเลือดสมอง เช่น ก้อนไขมันหรือก้อนเนื้อ (Emboli) ซึ่งมาจากหัวใจ และจากหลอดเลือดแดงใหญ่
3. เลือดไหลน้อยลง เช่น เลือดหนืดมากไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามที่พบบ่อย คือ มีเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติ (Polycythemia) หรือเหนียวจากความดันโลหิตลดลงมากทำให้ไม่มีแรงดันพอเพียง สมองบางส่วนจึงขาดเลือด
4. การแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดเลือดคั่งในสมองหรือในชั้นเยื่อหุ้มสมอง

2.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเพราะผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่จำเป็นต้องพึ่งพา

บุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อความผาสุกของครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว พบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นปัญหาที่ทำให้ครอบครัวไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (สุนันทา ทองวัฒน์, 2540) โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุและผู้ที่มิมีปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว เพราะการดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและกำลังสติปัญญา หากผู้ให้การดูแลในครอบครัวมีสุขภาพไม่แข็งแรงยิ่งจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม (ธัญญาภรณ์ คานวนพเก้า, 2547) จากการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่า การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลมีอาการปวดหลัง ปวดเอว จากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และไม่สุขสบายได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ภาระงานที่ครอบครัวต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับการทำงานและชีวิตส่วนตัวของครอบครัวที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลขึ้น ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พอใจ ชุ่นเคืองที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่าย รำคาญ โกรธ และฉุนเฉียวง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว ท้อแท้ และหมดกำลังใจ ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ (จินตนา สมนึก, 2540)

3. ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม เช่น ภรรยาจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว แทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการแสดงบทบาท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วยจะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแล ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้เกิดความสับสน ไม่สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟารีดา อิบราฮิม, 2539)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามสภาวะการดำเนินของโรค ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ยังพบว่าผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงินเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากการทำงานมาดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วย

ที่เรื้อรังทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล และค่าอาหาร เป็นต้น

ส่วนผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชมเชย ชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) จากการศึกษาของจอม สุวรรณโณ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่อง ชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพี่น้องที่เห็นความสำคัญช่วยเป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสมรรถนะ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องมีผู้อื่นเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล เป็นบทบาทที่ต้องใช้ความต่อเนื่อง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536)

3.1 ความหมายของผู้ดูแล

มีหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ ดังนี้

Horowitz (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและเวลาในการดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยตรงเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย และจัดเตรียมยาให้รับประทาน เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary care) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือด เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน (Davis, 1992)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ (Orem, 1995)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลในที่นี่อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อนหรือแม่แต่บุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้ที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ มีผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือมีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ ซึ่งให้การช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ (จอม สุวรรณโณ, 2540)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือญาติพี่น้อง โดยไม่นับรวมถึงผู้รับจ้างดูแล (เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545)

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่มีใช้ญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนหรือหวังรางวัลใด ๆ ทั้งสิ้น

3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก เนื่องจากความพิการของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล (Bakas et al., 2002) ผู้ดูแลควรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ กิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ จึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะ เช่น การให้อาหารทาง

สายยาง และการทำแผล เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความชำนาญในแต่ละด้านที่ผู้ป่วยของตนเองต้องการ

2. การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการรับรู้เสียไปและอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หวาดระแวง อารมณ์รุนแรง และหวาดกลัวการถูกทอดทิ้ง ต้องการผู้ดูแลที่เข้าใจทุกอย่าง ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนทั้งหมด ทั้งด้านจิตวิญญาณ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความหวัง และกำลังใจในการฟื้นฟู

3. ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและปลอดภัย จะต้องเตรียมว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล เช่น อาหาร เสื้อผ้า และสิ่งต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น เช่น การติดตั้งราวไม้ที่ผู้ป่วยใช้ฝึกเดิน พื้นบ้านควรสะอาดแต่ไม่ลื่น ไม่มีของแหลมคมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ รวมถึงการจัดสถานที่ที่เหมาะสม ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนปกติ ในกรณีที่มีอัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายแขนขา และการฝึกยืน ฝึกเดิน ผู้ดูแลจะต้องฝึกให้การช่วยเหลือจากนักกายภาพบำบัด และช่วยฝึกให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะต้องฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด

4. การติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลจะต้องเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ รวมถึงสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการขาดการติดต่อและการขัดแย้ง

5. ด้านการเงิน ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงินด้วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้ได้ด้วยตนเอง

6. การตัดสินใจ ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นผู้ค้นหา เช่น เลือกวิธีการรักษา และเลือกที่จะให้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions)

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจะมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคอง และการฟื้นฟู รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำต่อทั้งคนปกติ ผู้เจ็บป่วย คนพิการ และผู้ที่กำลังใกล้เสียชีวิต การ

พยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน เครื่องมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลดำรงซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้นั้น คือ การปฏิบัติการพยาบาล

4.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล

ได้มีผู้ศึกษา ค้นคว้า และนำเสนอแนวความคิดและความหมายของคำว่า การปฏิบัติการพยาบาลไว้หลายท่าน การให้ความหมายจะขึ้นอยู่กับการยึดถือหรือความเชื่อในแนวคิด เหตุผลของผู้ให้ความหมาย จึงพบว่ามี การให้ความหมายไว้อย่างมากมาย เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ค่านิยม ความเจริญทางด้านการศึกษาและการพัฒนาทางเทคโนโลยี มีรายละเอียด ดังนี้

Gettrust และ Brabec (1992) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นกิจกรรมหรือการเลือกการรักษาที่พยาบาลใช้ในการป้องกันโรคเพื่อแก้ไข หรือแก้ปัญหาการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระและการพยาบาลที่มีการพึ่งพากัน

Gordon (1994) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบัน ไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย

Murray และ Atkinson (1994) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวางแผนและปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วย

McCloskey และ Bulechek (1999) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2522) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแล การให้คำแนะนำ ปรีกษา การสอน และการนิเทศแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการหรือบุคคลปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวต้องการการตัดสินใจและทักษะเป็นพิเศษ โดยตั้งอยู่บนฐานของความรู้และหลักการในศาสตร์สาขาต่าง ๆ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) (2540 อ้างถึงใน สนิษุช เสนิงส์ ณ อุษยา, 2547) ได้กำหนดให้การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยกระทำได้ดังนี้ (1) การสอน การแนะนำ

การให้คำปรึกษา หรือ และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรคและการฟื้นฟูสภาพ (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล

สรุปได้ว่า การปฏิบัติกรพยาบาล หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนผ่านกระบวนการพยาบาล และกระทำด้วยความตั้งใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่ต้องการหรือที่คาดหวังไว้

4.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

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

Gettrust และ Brabec (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาล เป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลที่มีการพึ่งพกัน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยจากการใช้ระบบ The Diagnosis Related Groups (DRGs) ในการคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคร่วม จึงทำให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง จัดระบบการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป จึงได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ดังนี้

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

Snyder (1992) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดทำ เป็นต้น

2. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านความรู้และความคิด (Cognitive intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้ คำแนะนำข้อมูลต่าง ๆ ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การสร้างจินตภาพ การควบคุมการตัดสินใจ การทำข้อตกลงการทำสมาธิ การสอน และการให้ข้อมูล เป็นต้น

3. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ กลุ่มบำบัด การสนับสนุนครอบครัว การเป็นตัวแทน และการสวดมนต์ เป็นต้น

4. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรับรู้ (Sensory intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การสัมผัส คนตรี ความร้อนและความเย็น การนวด เป็นต้น

นอกจากนี้ Snyder ยังได้แบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระและการปฏิบัติการพยาบาลในปัญหาาร่วม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น บุคคลต้องมีความคิด ริเริ่มการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 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 การช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคลหลังจากเกิดปัญหาเจ็บป่วย

แล้ว เช่น การทำแผล การให้ยาเพื่อรักษาโรค การช่วยเหลือคนพิการเพื่อให้ใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่อย่างเต็มที่

4. การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายหรือผู้ป่วยสิ้นหวัง การปฏิบัติการพยาบาลในจุดนี้เป็นการให้ความสุขสบายและเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสียในชีวิต พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาล ที่บ้าน เป็นต้น

การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น สามารถทำได้ในหลายแบบ หลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นแง่มุมของลักษณะการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาล พฤติกรรมการพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วย รวมทั้งความอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Snyder (1992) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

5. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes)

5.1 ความหมายของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ หมายถึง สิ่งที่เกิดตามมาจากเหตุหรือเป็นสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

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

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง (Orem, 2001 อ้างถึงใน สนิษฐา เสนิงค์ ณ อยุธยา, 2547)

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

ภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับบุคคลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา (ศิริพร ขัมภลิจิต, 2539) เป็นหนึ่งในมโนทัศน์หลักทั้ง 4 ของศาสตร์ทางการพยาบาล อัน ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล นอกจากนั้นภาวะทางสุขภาพยังเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพอื่นทางด้านสุขภาพด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการให้การดูแลผู้ป่วย (Lang and Marek, 1991)

Donabedian (1985) ได้ให้ความหมายของ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพก่อนและหลังการให้การดูแลทางสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจะเป็นการมองภาวะสุขภาพในลักษณะของตัวบ่งชี้หรือผลที่ได้จากการพยาบาล ดังนั้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพนอกจากจะคล้ายคลึงกับภาวะสุขภาพในแง่ที่เป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลแล้ว ยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดประเภทหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามแนวคิดของ Donabedian (1982) ซึ่งจำแนกประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure Indicator) หมายถึง ทุกสิ่งที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ได้แก่ นโยบาย พันธกิจ ปรัชญา กฎระเบียบ ข้อกำหนดต่าง ๆ รวมทั้งกำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก ตัวชี้วัดนี้จะใช้วัดและประเมินว่า หน่วยงานมีศักยภาพเพียงใดที่จะมั่นใจหรือแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ เช่น ความเพียงพอของอัตรากำลัง คุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเครื่องมือเครื่องใช้ ความปลอดภัยของอาคารสถานที่ เป็นต้น

2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicator) เป็นตัวชี้วัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการใช้ในการประเมินว่ากิจกรรมบริการที่กระทำต่อผู้ใช้บริการนั้นมีความเหมาะสมเพียงใด มีประสิทธิภาพหรือไม่ สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ มีจุดเน้นที่การวัดผลการปฏิบัติการพยาบาล อันเป็นการดูแลโดยตรงที่จะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ทำให้เราสามารถทราบได้ว่าการพยาบาลอย่างไรจึงจะทำให้บรรลุผลลัพธ์สูงสุดตามที่คาดหวังว่าจะให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ

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

นอกจากนี้ Lohr (1988) เสนอการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพว่าอาจจำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (Patient Outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการตอบสนองความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ การไม่ได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลอาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ การที่สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกหรือสถานะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider Outcomes) ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาพยาบาล เช่น อาการ อาการแสดงต่าง ๆ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer Outcomes) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลการเกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้จะนำไปสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล โดยเฉพาะเพื่อการเพิ่มคุณภาพและการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล (รัตนา อยู่เปลา, 2543; กัญญา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ผลของการสอนแนะต่อความรู้ ความพึงพอใจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (นฤมล เพียรเจริญ, 2539) ต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล (วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544) ต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (ปรมาภรณ์ นิรมล, 2548) เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Donabedian (1982) มาใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากงานวิจัยของลินินุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ มาใช้เป็นแนวทางในการแบ่งประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ

5.2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมในด้านต่าง ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior Health Outcomes) ข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ดูแลเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (สุนันทา ทองวัฒน์, 2540) เพราะการดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยกำลังกาย กำลังใจ และสติปัญญาอย่างมาก (ชัยญากรณ์ คาวนพแก้ว, 2547) ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาล และการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมได้ เช่น ความสามารถของผู้ดูแล การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) การบาดเจ็บที่สมองและโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านอาการขึ้น เช่น ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เป็นต้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมาก ตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วย และจากการที่ผู้ป่วยยังมีรอยโรคหลงเหลืออยู่ ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนได้เพียงพอ (กัญญารัตน์ ผิงบรรพราญ, 2539) จึงเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพด้านอาการขึ้น

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ๆ อย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้พักผ่อน ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นอย่างมากได้ (Martin, 1994) ผลกระทบในระยะยาวที่มีต่อความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัวของผู้ป่วยอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพด้านจิตใจได้ เช่น ความวิตกกังวลของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ เป็นต้น

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ ทั้งลักษณะงาน เวลาในการทำงาน รายได้ และสมรรถภาพการทำงานของผู้ดูแล ผลกระทบด้านสังคม คือ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมในสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คือ การรับรู้

การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท หน้าที่ในครอบครัว คุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย และความสัมพันธ์อันดีที่มี ภรรยา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540) ทำให้ ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ได้ เช่น ภาระการดูแลของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแล ความรู้ ของผู้ดูแล เจตคติของผู้ดูแล การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความเชื่อใน ความสามารถของตนเอง การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้าน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง และการปรับตัวด้าน สภาพแวดล้อมทางสังคม เป็นต้น

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่สมอง และเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้อง พึ่งพาผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มี บทบาทสำคัญในการเลือกใช้หรือค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions) ซึ่งเป็น การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน สามารถปฏิบัติได้โดยพยาบาลหนึ่งคนหรือหลายคน การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ควรคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือก ผลที่จะเกิดตามมา เหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ ความเป็นไป ได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ และความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองและส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อให้ความพร้อมที่จะ ให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) โดยการค้นหา วิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และเหมาะสมแก่ผู้ดูแลแต่ละคน แต่ละกลุ่มซึ่ง แตกต่างกันไป เช่น การให้ข้อมูลและความรู้ การจัดการกับความเครียด การสอนและการฝึก ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การพยาบาลแบบผสมผสาน เป็นต้น เพราะถ้าผู้ดูแลได้รับ การส่งเสริมและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมก็จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า สามารถปรับตัวได้ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ สัมพันธภาพใน ครอบครัวดีขึ้นรวมทั้งมีข้อมูล มีความรู้ที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้หมายถึง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) เมื่อผู้ดูแลมีผลลัพธ์ด้าน สุขภาพที่ดีขึ้นก็จะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย

6. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน

การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systemic reviews) เป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัย ที่อาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนล่วงหน้า มีการกำหนดเป้าหมาย และขอบเขตไว้ อย่างชัดเจน สาเหตุที่ต้องมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเนื่องจากมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาใน ปัญหาเดียวกัน แต่ให้ผลการวิจัยที่แตกต่างหรือขัดแย้งกัน ทำให้ยากในการตัดสินใจในการสรุป

เป็นองค์ความรู้และการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ การทบทวนอย่างเป็นระบบแบ่งได้ 2 ประเภท (Glass, McGaw, and Smith, 1981) คือ

1. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพ (Qualitative systemic reviews) เป็นการทบทวน วิเคราะห์ความรู้เชิงคุณลักษณะหรือเชิงบรรยายเนื้อหาโดยไม่มีสถิติมาเกี่ยวข้อง จึงอาจเกิดอคติในการสรุปผลได้สูง เนื่องจากผู้ทบทวนสรุปผลตามความเข้าใจ ความคิด และประสบการณ์ของผู้ทบทวน

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ (Quantitative systemic reviews) เป็นการทบทวน โดยใช้วิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์ผลการทบทวน ซึ่งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ

6.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

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

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลการวิเคราะห์ห่อภิมาณประกอบด้วย ผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล (Glass, McGaw, and Smith, 1981)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง วิธีการวิเคราะห์ผลของการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อยุติกิจกรรมในการวิเคราะห์ห่อภิมาณมี 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากรายงานการวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ลักษณะที่สองเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีทางสถิติ (Hedges and Olkin, 1985)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อแยกงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยที่เป็นผลสุดโต่ง (Outlier) ออกจากกลุ่มและนำงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ หรือแนวโน้มที่เป็นข้อสรุปตอบปัญหาวิจัย (Wolf, 1986)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีวิธีการวิเคราะห์สองลักษณะ ลักษณะแรก คือ การประมาณค่าดัชนีความสัมพันธ์ทั้งแบบที่เป็นการประมาณค่าด้วยวิธีทางสถิติ และการประมาณค่าโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรในงานวิจัย

ลักษณะที่สอง คือ การรวมค่าดัชนีความสัมพันธ์และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีความสัมพันธ์ที่ประมาณค่าได้ (Kulik and Kulik, 1989)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใช้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวอย่งในการวิเคราะห์ จะเน้นการสร้างดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยแต่ละเรื่องแล้วจึงวิเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมด (กรองไค อุณหสูติ, 2539)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่ง ที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นข้อยุติของปัญหาวิจัย มีความกว้างขวางและลุ่มลึก (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาวิจัยเดียวกัน เพื่อให้ได้ค่าดัชนีมาตรฐานที่มีหน่วยมาตรฐานเท่าเทียมกัน และนำมาเป็นตัวแปรตามในการวิเคราะห์งานวิจัย ส่วนตัวแปรอิสระคือ คุณลักษณะงานวิจัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐานและตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ (Moderator variables) ซึ่งได้แก่ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่กว้างขวางและลึกซึ้งกว่าผลงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

6.2 ลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Glass, McGaw และ Smith (1981) กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่อาศัยตัวเลขและวิธีการทางสถิติที่ใช้กันทั่วไปสำหรับรวบรวมข้อมูลและการสกัดผลการวิจัยออกมจากงานวิจัยจำนวนมากเพื่อจัดเรียงข้อมูลจากงานวิจัยจำนวนมากจนได้ข้อสรุปอย่างเป็นระบบ ประชากรที่ศึกษา คือ งานวิจัย มีตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะการวิจัย ตัวแปรตาม คือ ผลการวิจัยที่ดัดแปลงให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่เรียกว่า ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)

2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย มุ่งแสวงหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องมีลักษณะเหมือนกันทุก ๆ ด้านเพราะเราจะไม่สามารถหางานวิจัยลักษณะดังกล่าวได้เพราะงานวิจัยที่เหมือนกันทุก ๆ ด้านย่อมจะต้องให้ผลการวิจัยอย่างเดียวกัน แต่การวิเคราะห์ห่อภิมาณทำการวิจัยงานวิจัยที่เหมือนกันในบางด้านเท่านั้น และดำเนินการวิจัยที่คล้ายคลึงกับการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มากกว่างานวิจัยแบบอื่น

3. ต้องมีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์งานวิจัย คือ แบบบันทึกและลงรหัสข้อมูล

6.3 หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

สาระสำคัญของหลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) มีดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ไม่แตกต่างกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยทั่วไป
2. ตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตามและมีคุณลักษณะงานวิจัยที่สนใจศึกษาเป็นตัวแปรต้น และนำมาใช้เป็นตัวแปรปรับในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ส่วนตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ดังนั้นลักษณะประเภทของตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงมีลักษณะเหมือนงานวิจัยทั่วไป
3. การวางแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณยังคงใช้หลักการ Max – Min – Con Principle เพื่อควบคุมคุณภาพของความแปรปรวน โดยเป็นการเพิ่มความแปรปรวนเชิงระบบให้มีค่าสูงสุด ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนให้เหลือน้อยที่สุดและควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อน แต่เนื่องจากตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณไม่สามารถนำมาจัดกระทำได้ การวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงไม่สามารถวางแผนการวิจัยในแบบการวิจัยเชิงทดลองได้ คงศึกษาได้ตามแบบการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์หรือการวิจัยเชิงสำรวจเพียงอย่างเดียว

6.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1. ขั้นกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณมุ่งหมายจะตอบคำถามวิจัยในประเด็นใด การดำเนินงานในขั้นตอนนี้เป็นแบบเดียวกันกับขั้นตอนการกำหนดปัญหาในการวิจัยทั่วไป ซึ่งต้องรวบรวมการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาวิจัยและแนวทางการเลือกงานวิจัยในขั้นตอนต่อไปให้ชัดเจนด้วย
2. ขั้นศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับระดับขององค์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษา อันจะนำมาซึ่งกรอบแนวคิดและสมมติฐานสำหรับการวิเคราะห์ ขั้นตอนนี้ต้องศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและศึกษาวิเคราะห์รายงานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สำหรับวิธีการสังเคราะห์รายงานอาจใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายแบบเดียวกับวิธีที่ใช้ในงานวิจัยทั่วไป หรือจะนำเสนอแต่เพียงรายงานว่ารายงานการวิจัยมีลักษณะทั่วไปอย่างไร
3. ขั้นการรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้แยกได้เป็น 4 งาน ดังนี้

การเสาะค้นงานวิจัย ต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยก่อนและเมื่อได้ขอบเขตกว้าง ๆ แล้วจึงลงมือเสาะค้นงานวิจัย Mullen (1989) ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทาง คือ (1) การสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (On-line computer search) (2) การสืบค้นจากดัชนี (Abstracting services) (3) การสืบค้นจากการอ่านคร่าว ๆ (Browsing) (4) การสืบค้นจากวิทยาลัยมองไม่เห็น (The invisible college) โดยอาศัยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน นักวิชาการ (5) การสืบค้นย้อนหลัง (Ancestry approach) (6) การสืบค้นต่อเนื่อง (Descendancy approach)

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะวิเคราะห์ โดยตัดสินใจว่าจะวิเคราะห์งานวิจัยทุกเรื่องหรือเลือกศึกษาเฉพาะบางส่วน Glass, McGaw และ Smith (1981) และ Light และ Pillemer (1984 อ้างถึงใน จีร์รัตน์ นวมะชิต, 2547) เสนอทางเลือกไว้ 4 ทางเลือก คือ (1) การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ จะทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ครอบคลุม แต่จะเสียเวลามาก (2) การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้น (Strata) ตามลักษณะงานวิจัย นักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัย แล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น (3) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการเผยแพร่ อาจเกิดความลำเอียงได้ และ (4) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการประเมินจากนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งวิธีนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Slavin (1987) แต่ Glass, McGaw และ Smith (1981) ไม่เห็นด้วยโดยแย้งว่า งานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในงานวิจัย

การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์อภิธานทุกประเภทมีเพียง 2 แบบ คือ แบบประเมินงานวิจัยและแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่องหรือปัญหาการวิจัย สมมุติฐานวิจัยมีหลักฐานสนับสนุน ใช้วิธีการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เป็นต้น สำหรับแบบบันทึกข้อมูลอาจทำเป็นตารางหรืออาจเป็นแบบสอบถามปลายปิดหรือปลายเปิดก็ได้ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5 – 10 เรื่อง

การบันทึกข้อมูล เป็นการบันทึกการลงรหัสและการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกผลการวิจัยจะต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานซึ่งค่อนข้างจะมีปัญหามาก เพราะมีรายงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยหลากหลาย และมีรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw และ Smith (1981) ได้เสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง 2 วิธี คือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

4. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ครอบคลุมงานสำคัญ

3 งาน คือ

การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ได้แก่ การสร้างไฟล์ข้อมูลและ การตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดมีค่าขาดหายไปบ้าง

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงตัวแปรและการตรวจสอบว่าข้อมูล เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์หรือไม่ ต้องทำตารางแจกแจงความถี่ คุณลักษณะการ แจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรที่ไม่ต่อเนื่อง หากค่าสถิติบรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นและการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะวัดในรูปของดัชนีมาตรฐาน ทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันนักวิจัยจะสามารถ วิเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต้องวิเคราะห์ต่อไปว่าความแตกต่าง คือ ความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องมาจาก คุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้น ๆ เพื่อวิเคราะห์สรุป ผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้ อาจทำได้ทั้งการวิเคราะห์ โดยวิธีการบรรยายและการวิเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ สถิติวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอย การวิเคราะห์หุ้ระดับ

5. ขั้นสรุปและนำเสนอรายงาน เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์หุ้กิมาน คือ การสรุปผลการวิเคราะห์และนำเสนอรายงาน โดยการสรุปต้องมีการสรุปผลการวิเคราะห์ซึ่ง ควรเป็นข้อค้นพบที่ลึกซึ้งและกว้างขวางมากกว่าสาระจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และต้องมีการ อภิปรายเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับองค์ความรู้ในอดีตและความรู้จากทฤษฎี สรุปให้เห็น ข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งทางวิชาการและการปฏิบัติจริง ตลอดจนข้อเสนอแนะ สำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคต บรรณานุกรมของงานวิจัยการวิเคราะห์หุ้กิมานจะแยกเป็นสอง ส่วน คือ ส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมา วิเคราะห์หุ้กิมาน

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล มีผู้เชี่ยวชาญเสนอไว้ 2 วิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 วิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1987) แนะนำให้แปลผลค่าขนาด อิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบกับตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง

วิธีที่ 2 วิธีของ Cohen (1969) ใช้การแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ ถ้า ขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในช่วง 0.2 – 0.4 แสดงว่า ขนาดอิทธิพลมีขนาดเล็ก ถ้าค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในช่วง 0.5 – 0.7 แสดงว่า ขนาดอิทธิพลมี ขนาดปานกลาง และถ้าค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าขนาดอิทธิพล ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป แสดงว่า

ขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยที่ขนาดของค่าขนาดอิทธิพลที่แปรผลนี้ หมายถึง ขนาดอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม

6.5 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์งานวิจัยด้วยการใช้สถิติวิเคราะห์ เป็นการพยายามที่จะพัฒนาวิธีการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณให้มีระบบและมีความเป็นปรนัยมากขึ้น โดยการสร้างดัชนีมาตรฐาน (Standard indices) จากค่าสถิติที่มีอยู่แล้วของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาบอกขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ต้องมีการแปลงข้อมูลทางสถิติหรือข้อค้นพบ ให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผล และสรุปด้วยวิธีการวิเคราะห์ต่าง ๆ ต่อไป ดัชนีมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบันมี 3 แบบ คือ

1. ขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นค่าดัชนีที่บอกขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้นหรือตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม (กรองไค อุณหสูต, 2539) มีการพัฒนาสูตรคำนวณขึ้นโดย Cohen (1977) โดยกำหนดว่า ขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร ทำให้ดัชนีมีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น ต่อมา Glass, McGaw และ Smith (1987) ได้พัฒนาสูตรดังกล่าว เกี่ยวกับตัวหาร คือ แนะนำให้ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเป็นตัวหารแทนการใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ดังสมการ

$$d = \frac{[\bar{X}_E - \bar{X}_C]}{S_y}$$

เมื่อ \bar{X}_E = ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง
 \bar{X}_C = ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม
 S_y = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

2. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1904 เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่บอกถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ โดยจะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3. การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีที่บอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติ โดยใช้การพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือที่เรียกว่าการแจกแจง (Voting method) กล่าวคือ แจกแจงว่ามีผลการวิจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก นัยสำคัญทางสถิติเชิงลบ หรือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเป็นจำนวนอย่างละเท่าใด โดยจำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป ซึ่งการใช้ดัชนีสำคัญทางสถิตินี้ไม่ได้คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัยและไม่สามารถอธิบายขนาดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้

6.6 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้หลายท่าน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545; Hunter and Schmidt, 1990; Hunt, 1997) พอสรุปได้ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูง และเชื่อถือได้มากขึ้น เนื่องจากใช้ขั้นตอนอย่างมีระบบ ต่างกับวิธีปริทัศน์แบบพรรณนา (Narrative review) ที่ใช้วิธีการที่ค่อนข้างเป็นอัตนัย ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้จะมีความแตกต่างระหว่างนักวิจัยแต่ละคน
2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นประโยชน์ต่อการทำรายงานการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพราะช่วยชี้ให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไป ในแง่มุมอื่นของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไข การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ กับผลการวิจัยจากงานวิจัยซึ่งนำมาวิเคราะห์จำนวนมาก
4. การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นกระบวนการตรวจสอบสาเหตุของการทำงานวิจัยมีผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นประโยชน์มากในการศึกษาในแง่มุมอื่นต่อไป
5. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีบทบาทมากในการพัฒนาทฤษฎี (Brown, 1991) เนื่องจากข้อค้นพบที่กว้างขวางทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตความรู้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
6. การวิเคราะห์ห่อภิมาณสามารถนำงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจของโปรแกรม ต่อผลลัพธ์ที่ต้องการวัดด้วยนัยสำคัญทางสถิติ

7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

งานวิจัยที่เริ่มใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณในงานวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทยและมีการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นเรื่องแรก ได้แก่ งานวิจัยของ กรองไฉ่ อุณหสูติ, เพ็ญศรี ระเบียบ, ศิริอร สินธุ และศิริพร จิรวัดน์กุล (2539) ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ. 2527 – พ.ศ. 2536 โดยใช้กรรมวิธีของ Hedges และ Rosenthal ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 เรื่อง จากงานวิจัยที่เป็นประชากรเชิงนิยามจำนวน 52 เรื่อง คัดเลือกด้วยเกณฑ์การพิจารณา คือ มีค่าสถิติเพียงพอในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เครื่องมือวัดตัวแปรจากงานวิจัยต้องมีค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.8 ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 7 เรื่อง และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร จำนวน 7 เรื่อง ผลการวิจัย พบว่า ขนาดอิทธิพลของการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีขนาดเล็กถึงปานกลาง (0.13 – 0.40) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1977) การพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีการเตรียมตัวอย่างมีแบบแผน มีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรตาม

การปรับตัวทางกายและทางจิตสังคม การพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ไม่มีการเตรียมตัวอย่างมีแบบแผน มีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรการปรับตัวทางกายและมีขนาดอิทธิพลเป็นบวกและลบต่อตัวแปรการปรับตัวทางจิตสังคม ส่วนความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลอธิบายได้ด้วยตัวแปร 4 ตัวแปร คือ ชนิดการผ่าตัด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

อรพินธ์ ใจสุนทร (2542) ได้ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย โดยการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยจำนวน 60 เรื่อง คำนวณค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล จำนวน 355 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำในทางบวก ผลของการฝึกอบรมทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์โดยการสอนแบบอภิปรายกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ดีกว่าใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยได้ร้อยละ 27.21

Likitratcharoen, S. (2000) ได้ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีข้อมูลเชิงปริมาณนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 193 ค่า จากจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 57 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 45 เรื่อง มีการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย และใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยเฉพาะใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของ Orem ผลลัพธ์ที่ศึกษามากที่สุด คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง (ร้อยละ 78.95) การควบคุมด้านเมตาบอลิก (ร้อยละ 68.42) ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติต่อโรคของผู้ป่วย โดยที่ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 และเมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการควบคุมด้านเมตาบอลิกมีขนาดปานกลาง (0.6) ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (1.65) ความรู้ของผู้ป่วย (1.52) ความเชื่อและเจตคติต่อโรคเบาหวาน (1.61) มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูง (1.52 - 1.65) ผลการวิจัยด้านลักษณะงานวิจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล การใช้สื่อการสอนหลายชนิด การให้คำแนะนำเป็นกลุ่มและระยะเวลาติดตามสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนค่าขนาดอิทธิพลด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยทั้งหมดได้ร้อยละ 41.90 การศึกษาครั้งนี้สรุปว่า การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย

Hanucharumkul et al. (2001) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยโดยทำทุก 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2542 โดยมีงานวิจัย

ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมา จำนวน 139 เรื่อง จากงานวิจัยทั้งหมด 180 เรื่อง ผลการวิเคราะห์จากงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ 73 เรื่อง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็มมีขนาดอิทธิพลแตกต่างกันดังนี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา (0.45 – 0.99) รายได้ (0.06 – 1.29) การสนับสนุนทางสังคม (0.16 – 1.62) ความรู้ในการดูแลตนเอง (0.42 – 1.27) ภาวะสุขภาพ (0.52 – 2.44) อายุ (-0.72 ถึง 0.77) จำนวนของบุตรที่ต้องการให้การดูแล (-0.56 ถึง -0.39) ส่วนผลการวิเคราะห์จากงานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จำนวน 66 เรื่อง พบว่า โปรแกรมการให้การพยาบาลที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งช่วยเพิ่มการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีประสิทธิผล คือ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการรักษา ลดความเจ็บปวด ลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนวันที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือ 1.90 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (0.60) โดยช่วงของค่าขนาดอิทธิพลแต่ละกลุ่ม ดังนี้ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (0.90 – 2.47) ผู้ป่วยมะเร็ง (0.05 – 1.75) ผู้ป่วยเบาหวาน (0.32 – 3.47) หญิงตั้งครรภ์ (0.14 – 2.31) เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (0.41 – 1.68) ผู้ป่วยมะเร็ง (0.27 – 1.15) สำหรับในผู้ป่วยศัลยกรรมขนาดอิทธิพลด้านการบรรเทาปวดมีค่า 0.10 – 2.14 การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่า 0.04 – 2.50 ความพึงพอใจ 0.43 – 1.92 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 0.25 – 0.83 และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนสามารถลดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ 1.14 วัน

นวลสกุล แก้วลาย (2545) ได้วิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2544 โดยวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 36 เรื่อง จากงานวิจัยทั้งหมด 38 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลด้วยการวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 172 ค่า คะแนนเฉลี่ยค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบ และมีค่าอยู่ระหว่าง - 0.52 ถึง - 5.05 วิธีการพยาบาลที่ให้ค่าคะแนนเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้สื่ออารมณ์ขัน การใช้เครื่องเทนส์ การเบี่ยงเบนความสนใจ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้การเล่นเกมส์ การนวด การให้ข้อมูลและการปฏิบัติตน การจัดทำผู้ป่วย การผ่อนคลาย และการใช้หลายวิธีร่วมกัน ตามลำดับ ความแตกต่างของขนาดอิทธิพลยังขึ้นอยู่กับลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยบางประการ คือ กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 48

สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์ (2545) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับวิธีพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2544 จำนวน 36 เรื่อง นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลตามวิธี

ของ Glass, McGaw และ Smith วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลด้วยการวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 70 ค่า คะแนนเฉลี่ยค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบ และมีค่าระหว่าง -0.52 ถึง -2.95 วิธีพยาบาลที่ให้ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การใช้แบบสังเกตมีอิทธิพลต่อการวัดผลการศึกษามากที่สุด เมื่อนำตัวแปรคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดมาพิจารณา ร่วมกันจะสามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 59

อาภรณ์ คำก้อน (2545) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2543 จำนวน 52 เรื่อง จากงานวิจัยทั้งหมด 68 เรื่อง ได้วิเคราะห์ผลการสอนโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพล 319 ค่า ผลการวิจัยพบว่า การสอนรายกลุ่มและการสอนรายบุคคลมีค่าเฉลี่ยระดับสูง วิธีการสอนโดยการอภิปรายและการสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลลัพธ์ด้านความรู้ การปฏิบัติและภาวะจิตใจ อยู่ในระดับสูง ผลจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ไม่มีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการสอน

อัจฉรา นุตตะโร (2546) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เป็นรายงานการวิจัยในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2523 – พ.ศ. 2544 จำนวน 51 เรื่อง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1987) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 139 ค่า ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่โดยมีประสิทธิผลด้านจิตใจสูงกว่าด้านสรีระ และไม่พบตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบำบัดการผ่อนคลาย เมื่อจำแนกเทคนิคการผ่อนคลายตามประเภท พบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการหายใจมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านสรีระมากที่สุด การฝึกสมาธิมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจมากที่สุด การผ่อนคลายร่วมกับการหายใจมีประสิทธิผลต่อความดันโลหิตและชีพจรมากที่สุด การใช้ดนตรีมีประสิทธิผลต่ออัตราการหายใจมากที่สุด และการฝึกสมาธิและการสร้างจินตภาพมีประสิทธิผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด

จรีรัตน์ นวมะชิตี (2547) วิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2527 - 2547 จำนวน 42 เรื่อง วิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1981) พบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ การใช้กระบวนการกลุ่ม (ร้อยละ 23.81) และผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่ศึกษาส่วนใหญ่คือ ความวิตกกังวล (ร้อยละ 25.49) การ

ปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้คำปรึกษาให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวม สูงที่สุด ส่วนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมต่ำที่สุด การให้ข้อมูลให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ สูงที่สุด การสอนให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความเข้มแข็งสูงสุด การให้คำปรึกษาให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความหวังสูงสุด การใช้กระบวนการกลุ่มให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความหวังสูงสุด การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความผาสุกทางใจสูงสุด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 15.2

สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) วิเคราะห์ห่อถักเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2526 – พ.ศ.2547 จำนวน 37 เรื่อง วิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 82 ค่า ผลการสังเคราะห์พบว่า ปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (ร้อยละ 45.90) โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการสอน การให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวนำมาศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.70) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ ด้านจิตใจ (ร้อยละ 38.33) โดยศึกษาในเรื่องของภาวะเครียดและความวิตกกังวลมากที่สุด ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ด้านอาการ (ร้อยละ 13.33) ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมมีขนาดใหญ่ ($d = 1.76$) โดยผลลัพธ์ด้านจิตใจให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d = 2.20$) ด้านร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ($d = 1.21$) ปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ($d = 2.83$) การรับสัมผัสมีขนาดอิทธิพลต่ำที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ($d = 0.54$) และสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทางมีผลเชิงลบต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ร้อยละ 10.4

8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

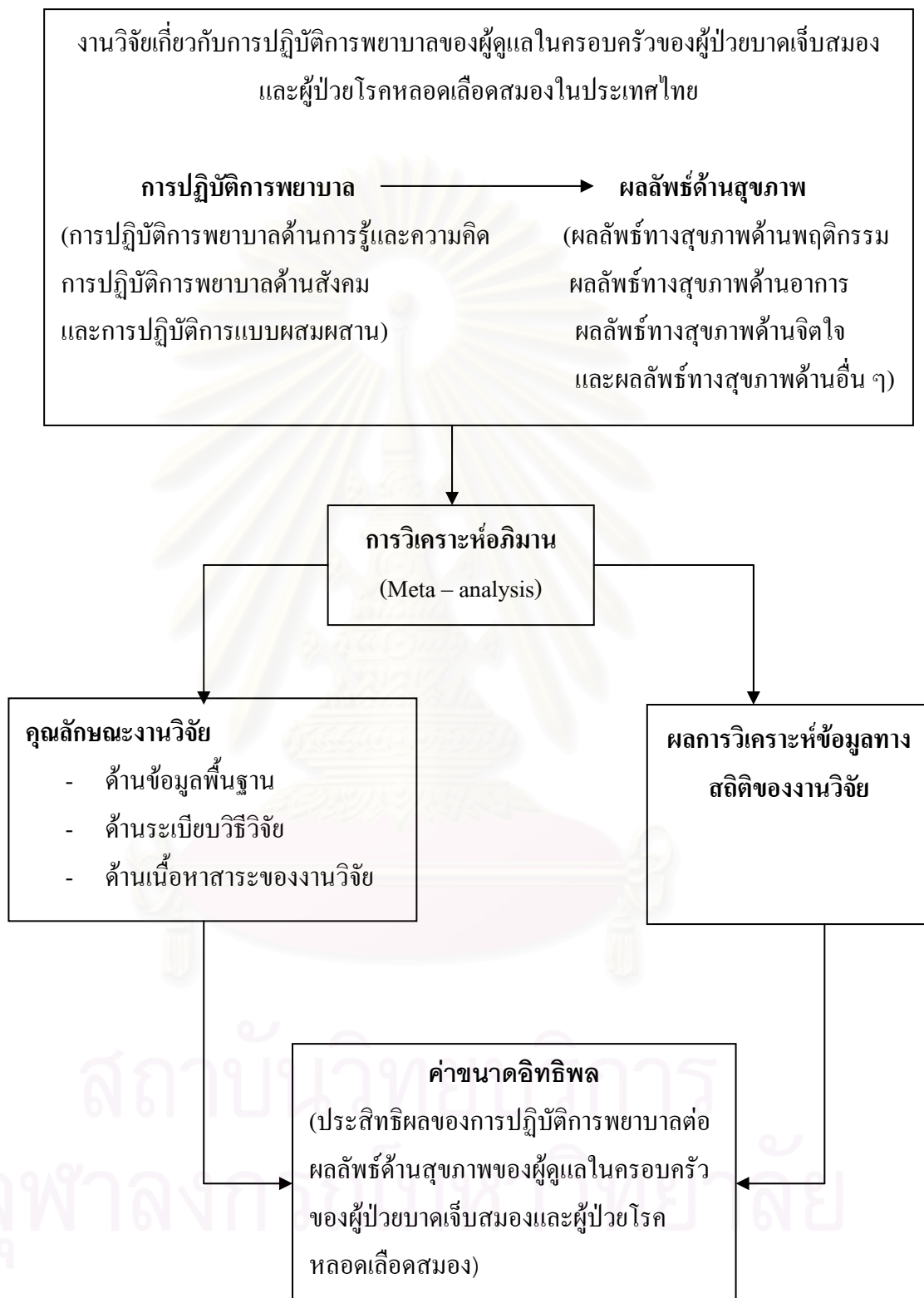
การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นการซึ่งเป็นการปฏิบัติการอย่างอิสระ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน การ

แบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลมีการแบ่งไว้หลายมุมมอง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการสอน การให้ข้อมูล คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลของ Snyder (1992) มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นสถานะขั้นสุดท้ายที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม เป็นการประเมินโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย แล้วยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามแนวคิดของ Donabedian (1982) การแบ่งประเภทของการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้ในหลายลักษณะ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดในการจำแนกผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ Donabedian (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้แบ่งประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavior Health Outcomes) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายงานวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่ไม่อาจสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เลือกใช้นั้นสามารถจัดการหรือส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านใดได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีการรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ วิธีการวิเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่ง คือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ที่ทำเสร็จตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 จำนวน 35 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ทำเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2528 – วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550
3. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t - test, F - test, Z - test, U test และค่า P - value

เมื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า มีรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 3 เรื่อง ที่เก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่วัดผลลัพธ์เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น และอีก 1 เล่ม ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา จึงคงเหลือรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 31 เรื่อง (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยคัดแปลงข้อความมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของสินีนุช เสนิงวงศ์ ณ อยุธยา (2547) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, ประเภทของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาที่ผู้วิจัยศึกษา, ปีพ.ศ.ที่เก็บรวบรวมข้อมูล และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

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

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ประเภทของผู้ดูแล, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง, จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล, ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ, ผลการทดสอบสมมุติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมและเหมาะสมในด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินีนาถ เสนิงส์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของ Likitratcharoen, S. (2000) โดยดัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยของ Hanucharurnkul et al. (2001) ได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ จำนวน 29 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถาม ความครอบคลุม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา และครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

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

ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับข้อคำถาม ดังนี้ ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ตัด ปีพ.ศ.ที่เก็บรวบรวมข้อมูลออก ให้คงเหลือเฉพาะปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่

ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ย้ายระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปไว้หลังจากสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ให้เพิ่มแผนกของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และที่บ้าน เป็นต้น และให้ปรับเปลี่ยนตัวเลือกของข้อคำถามเรื่องวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับเปลี่ยนในส่วนของประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพแต่ละข้อให้สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ ให้เพิ่มชนิดของผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ในงานวิจัยแต่ละเล่ม เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นต้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อแนะนำทั้งหมดที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, ประเภทของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาที่ผู้วิจัยศึกษา และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิด, ตัวแปรต้น, ตัวแปรตาม (ทฤษฎี / แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย), สมมติฐานการวิจัย, สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, แผนกของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง, รูปแบบการวิจัย, จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง, วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ประเภทของผู้ดูแล, ชนิดของผู้ดูแล, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง, จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล, ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ, ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ได้แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมด 30 ข้อ

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับปรับปรุง ไปทดลองใช้กับรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลลักษณะของงานวิจัย ทั้ง 3 ด้าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขนำไปเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินี นุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1990 cited in Brown, 1991) กิริติ วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการประเมินปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินี นุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991) กิริติ วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการประเมินปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย

8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย

2. กำหนดหัวข้อและข้อคำถามการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

โดยมีความหมายการให้คะแนน ดังนี้

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

การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวน 22 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0 – 88 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) มาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้ จึงมีการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

67 – 88 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
45 – 66 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
23 – 44 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
0 – 22 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยควรปรับปรุง

3. นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา

ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 2 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 ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน

ผลการตรวจสอบ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถาม ดังนี้
ข้อคำถามที่ 1 ชื่อเรื่องงานวิจัยมีความชัดเจน

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำให้ปรับเกณฑ์ของข้อคำถามอีกเล็กน้อย
เนื่องจากปัจจุบันการตั้งชื่องานวิจัยไม่จำเป็นต้องเขียนให้ครบตามกระบวนการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า ชื่อเรื่องไม่ใช่เกณฑ์ประเมินคุณภาพ
งานวิจัย

สรุป: ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก

ข้อคำถามที่ 3 วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจน สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 ได้เสนอให้ปรับข้อคำถามเป็น วัตถุประสงค์การวิจัย
มีความชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ คือ วัตถุประสงค์
การวิจัยมีความชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

ข้อคำถามที่ 4 สมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับปัญหา

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า ตัวเลือกไม่ครอบคลุม หากไม่ระบุ
สมมติฐานจำได้คะแนนคุณภาพอย่างไร

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตัวเลือกของข้อคำถามให้ครอบคลุมแล้ว

ข้อคำถามที่ 5 ขอบเขตการวิจัยมีความครบถ้วนและสมเหตุสมผล

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำว่า ถ้าผู้วิจัยระบุในบทที่ 3 ชัดเจน บางครั้ง
ไม่ต้องเขียนขอบเขตการวิจัยไว้ในบทที่ 1 อีก

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำว่า ข้อคำถามนี้ไม่ใช่ประเด็นหลักและไม่
ทราบว่าผู้วิจัยจะนำไปจัดไว้ในหัวข้อใดจาก 8 ข้อ

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า ไม่เห็นด้วยกับการใช้การเขียนขอบเขต
วิจัยในการบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามข้อนี้ออก และเปลี่ยนข้อคำถามเป็น
ข้อตกลงเบื้องต้นและข้อจำกัดในการวิจัยมีความสมเหตุสมผล แทน

ข้อคำถามที่ 6 คำนียามศัพท์เฉพาะมีความชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด / ทฤษฎีที่
ใช้ในการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า เกณฑ์ที่ใช้อาจไม่เหมาะสมกับงานวิจัยที่
วิเคราะห์ข้อมูลจากบทความ

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

ข้อคำถามที่ 7 รายงาน เอกสารและงานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำว่า ควรปรับเป็น รายงาน เอกสารและงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องมีความทันสมัยและสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า ไม่ควรแยกระหว่างเอกสาร งานวิจัยของ
ในประเทศกับต่างประเทศ เพราะบางงานวิจัยอาจมีเฉพาะเอกสาร งานวิจัยในประเทศหรือ
ต่างประเทศเท่านั้น

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามเป็น รายงาน เอกสารและงานวิจัยมีความ
ทันสมัยและเกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย

ข้อคำถามที่ 8 รายงาน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีปริมาณเพียงพอ

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำว่า ปริมาณของรายงาน เอกสารงานวิจัยไม่ได้
บอกอะไรได้มากนัก ควรปรับข้อคำถามเป็น รายงาน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพและ
ทันสมัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า จำนวนเป็นการบอกปริมาณไม่ใช่คุณภาพ
ของงานวิจัย

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก

ข้อคำถามที่ 11 มีข้อกำหนดในการคัดเลือกและเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ชัดเจนและเหมาะสม

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำว่า ควรปรับข้อคำถามเป็น การคัดเลือกและ
เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจนและเหมาะสม

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามเป็น การคัดเลือกและเกณฑ์การเลือก
กลุ่มตัวอย่าง ชัดเจนและเหมาะสม

ข้อคำถามที่ 20 การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้มีการเชื่อมโยงกับผลการวิจัยในอดีต
ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำให้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามเป็น การอภิปราย
ผลการวิจัย มีการเชื่อมโยงกับผลการวิจัยในอดีต

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามเป็น การอภิปรายผลการวิจัยมีการ
เชื่อมโยงกับผลการวิจัยในอดีต

ข้อคำถามที่ 21 ใช้ผลจากกระบวนการการดำเนินงานวิจัยมากำหนดข้อเสนอแนะ
ในการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 แนะนำว่า ข้อเสนอแนะในการวิจัยอาจจะทำให้เข้าใจ
ว่า หมายถึง การเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยอย่างเดียว ควรปรับเป็น นำผลการวิจัยมาใช้กำหนด
ข้อเสนอแนะ แทน

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามเป็น นำผลการวิจัยมาใช้กำหนด
ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อคำถามที่ 22 คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวม

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำว่า ควรตัดออกเนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้
คะแนนรวมจากแบบสอบถามมาบอกคุณภาพงานวิจัยได้

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 แนะนำว่า ควรตัดข้อคำถามนี้ออก ควรใช้คะแนน
รวมจากแบบสอบถามมาพิจารณาคุณภาพงานวิจัยแทน

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก

สรุป จากการนำคำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมา
ปรับปรุง แก้ไข ข้อคำถามและเกณฑ์ประเมินคุณภาพทั้งหมด พบว่า แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย
การปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่
ในช่วง 0 – 80 คะแนน และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน
คุณภาพงานวิจัยให้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

65 – 80 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
49 – 64 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
33 – 48 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
17 – 32 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยควรปรับปรุงเล็กน้อย
0 – 16 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยควรปรับปรุงมาก

นำผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (เพชรร้อย สิ่งห้ช่วงชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536) โดยคำนวณค่าตามสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง จากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (ทัศนีย์ นะแสง, 2542; Polit and Hungler, 1999) ตามสูตร

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

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่มีระดับสูง (Polit and Hungler, 1999; Burns and Grove, 2001) แสดงว่า สามารถนำเครื่องมือวิจัยชุดนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. สํารวจรายชื่อรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ.2528 – พ.ศ. 2550 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ “ผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง, ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การปฏิบัติการพยาบาล, ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ” เป็นต้น โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ต เช่น <http://www.car.chula.ac.th>, <http://www.psu.ac.th>, <http://www.lib.cmu.ac.th>, <http://www.riclib.nrct.go.th>, <http://www.kku.ac.th>, <http://www.moph.go.th>, <http://www.li.mahidol.ac.th>, <http://www.swu.ac.th>, <http://www.lib.buu.ac.th>, เป็นต้น

2. สืบค้นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดด้วยมือ ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์สารสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

3. สืบค้นหารายชื่อวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และสถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์สารสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ผลการสำรวจ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งสิ้น 35 เรื่อง

4. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัยแต่ละมหาวิทยาลัยหรือสถาบันตามรายชื่อที่มีงานวิจัยในการนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณตามที่สำรวจไว้แล้ว เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. นำงานวิจัยที่สำรวจได้ทั้งหมดมาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีรายงานวิจัยจำนวน 4 เรื่องที่เก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่วัดผลลัพธ์เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุ

จึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา จึงคงเหลืองานวิจัยที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ จำนวน 31 เรื่อง

6. ศึกษาและบันทึกข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างละเอียดในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นมา โดยจะอ่านงานวิจัยอย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกจะอ่านเพื่อให้ทราบเนื้อหา สาระของงานวิจัยโดยละเอียดและทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบที่ 2 อ่านเพื่อเก็บสาระลงบันทึกลักษณะของงานวิจัย

7. การลงบันทึกข้อมูลในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วนำข้อมูลมารวบรวมกันวิเคราะห์ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ เพื่อให้ได้ความ ถูกต้องและแม่นยำในการบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยตนเอง เมื่อลงบันทึกข้อมูลในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเสร็จแล้วได้นำข้อมูลทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

8. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ ขนาดอิทธิพลผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ รวมทั้งจำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมและการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรม Microsoft EXCEL 2003 และ SPSS for Windows Version 11.0 (Statistic Package for the Social Science / For Windows) ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณมา คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw และ Smith (1981)

3. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของค่าขนาดอิทธิพล แปลผล และเปรียบเทียบค่า ขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Glass, McGaw และ Smith (1987) แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณ ได้ โดยนำไปเปรียบเทียบกับตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยตรง ได้แก่

- ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพล น้อยกว่า Percentiles 33.33
- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระหว่าง Percentiles ที่ 33.34 – 66.67
- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพล มากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้าน สุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม การปฏิบัติการพยาบาลรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้าน สุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม ผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

6. วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรลักษณะของงานวิจัยที่มีต่อความแปรปรวน ของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การที่จะให้ได้มาซึ่งงานวิจัยที่ดีมีคุณภาพ นอกจากจะดำเนินตามระเบียบวิธีการ วิจัยอย่างมีคุณภาพแล้ว คุณธรรมหรือจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้วิจัยต้องมีความ ซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงาน ของผู้อื่น ให้เกียรติและอ้างถึงบุคคลหรือแหล่งที่มาข้อมูลที่นำมาใช้ในงานวิจัย มีความเป็นธรรม เกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ

และมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัยเพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพและป้องกัน ปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาดอันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย ผู้วิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดแก่ตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและสังคม ผู้วิจัย จะต้องเสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วน ตนหรือต้องการสร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น มีความรับผิดชอบและรอบคอบในการเผยแพร่ ผลงานวิจัย ไม่เผยแพร่ผลงานวิจัยเกินความเป็นจริง เสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ยอมรับฟัง ความคิดเห็นและเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่นและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ ถูกต้อง (คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของงบประมาณประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี)

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta – analysis) เป็นงานวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับการ ยกเว้นไม่ต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรม แต่ผู้วิจัยก็ต้องมีจริยธรรม จรรยาบรรณของการเป็น นักวิจัยที่ดี ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ ไม่มี ความลำเอียง (Bias) และไม่นำข้อมูลต่าง ๆ จากงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ไปดัดแปลงเพื่อ ผลประโยชน์ของตนเองโดยเด็ดขาด ในขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย จะต้องบรรยายสรุปด้วย ความเที่ยงธรรมและไม่ผนวกความคิดเห็นของตนเองลงไปใน การวิเคราะห์ (สมเกียรติ โภธิสัจย์ และคณะ, 2545)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) เพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) ของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์แยกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์

ความหมาย

Min

ค่าต่ำสุด

Max

ค่าสูงสุด

Mean

คะแนนเฉลี่ย

N

จำนวนค่าขนาดอิทธิพล

n

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (เล่มของงานวิจัย)

Sample size

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนผู้ดูแล)

SD

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

d

ค่าขนาดอิทธิพล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ
ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
ประเภทของงานวิจัย					
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	26	66	83.87	1.00	ปานกลาง
งานวิจัยอื่น ๆ เช่น สารนิพนธ์, การค้นคว้าอิสระ	3	6	9.68	0.48	ปานกลาง
คู่มือวิทยานิพนธ์	1	3	3.23	0.58	ปานกลาง
รายงานการวิจัย	1	2	3.23	1.15	ปานกลาง
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย					
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	7	10	22.58	1.32	ปานกลาง
มหาวิทยาลัยมหิดล	7	19	22.58	1.99	ปานกลาง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	6	18	19.35	0.76	ปานกลาง
มหาวิทยาลัยบูรพา	5	11	16.13	0.20	ปานกลาง
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2	9	6.45	2.52	ใหญ่
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	1	3	3.23	2.24	ใหญ่
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	1	4	3.23	1.90	ปานกลาง
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	1	3.23	2.62	ใหญ่
โรงพยาบาลนครนายก	1	2	3.23	1.15	ปานกลาง
คณะที่ผลิตงานวิจัย					
คณะพยาบาลศาสตร์	22	53	70.97	0.80	ปานกลาง
คณะสาธารณสุขศาสตร์	4	12	12.90	2.04	ปานกลาง
คณะวิทยาศาสตร์	3	5	9.68	0.37	ปานกลาง
คณะศึกษาศาสตร์	1	4	3.23	1.90	ปานกลาง
โรงพยาบาลนครนายก	1	2	3.23	1.15	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูล
พื้นฐาน

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
สาขาวิชาของผู้วิจัย					
พยาบาลศาสตร์	18	38	58.06	0.60	ปานกลาง
สาธารณสุขศาสตร์	3	9	9.68	1.70	ปานกลาง
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา	3	6	9.68	2.08	ใหญ่
บริหารการพยาบาล	2	8	6.45	1.20	ปานกลาง
การพยาบาลครอบครัว	2	8	6.45	1.69	ปานกลาง
สุขศึกษา	2	6	6.45	2.65	ใหญ่
โรงพยาบาลนครนายก	1	2	3.23	1.15	ปานกลาง
ปีพ.ศ.ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่					
2531 – 2535	1	4	3.23	0.96	ปานกลาง
2536 – 2540	5	10	16.13	1.27	ปานกลาง
2541 – 2545	6	14	19.35	1.84	ปานกลาง
2546 - 2550	19	49	61.29	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 83.87 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.58 ขณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 70.97 ผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 58.06 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2546 – 2550 คิดเป็นร้อยละ 61.29

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
การระบุนกรอบแนวคิดงานวิจัย					
มีการระบุนกรอบแนวคิด	30	76	96.77	0.94	ปานกลาง
ไม่มีการระบุนกรอบแนวคิด	1	1	3.23	0.38	ปานกลาง
สมมติฐานงานวิจัย					
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	30	75	96.77	0.86	ปานกลาง
ไม่ระบุสมมติฐาน	1	2	3.23	1.15	ปานกลาง
สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล					
ต่างจังหวัด	19	44	61.29	0.50	ปานกลาง
กรุงเทพมหานคร	12	33	38.71	1.37	ปานกลาง
แผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล					
ข้อมูล					
แผนกผู้ป่วยใน	23	59	74.19	1.14	ปานกลาง
แผนกผู้ป่วยนอก	6	16	19.35	0.50	ปานกลาง
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1	1	3.23	5.26	ใหญ่
ที่บ้าน	1	1	3.23	2.75	ใหญ่
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (เดือน)					
1 – 4 เดือน	23	61	74.19	0.62	ปานกลาง
5 – 8 เดือน	5	11	16.13	1.60	ปานกลาง
9 – 12 เดือน	2	4	6.45	2.84	ใหญ่
มากกว่า 12 เดือน	1	1	3.23	0.62	ปานกลาง
	Min = 1	Max = 23	Mean = 4.74	SD=4.08	
รูปแบบการวิจัย					
การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง	27	69	87.10	0.97	ปานกลาง
การวิจัยเชิงทดลอง	4	8	12.90	.01	เล็ก

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่ม)					
2 กลุ่ม	27	63	87.10	0.76	ปานกลาง
1 กลุ่ม	4	14	12.90	1.38	ปานกลาง
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง					
1 – 20 คน	8	18	25.81	0.54	ปานกลาง
21 – 40 คน	20	52	64.52	1.23	ปานกลาง
41 – 60 คน	3	7	9.67	1.87	ปานกลาง
	Min = 6	Max = 60	Mean = 30.77	SD = 11.60	
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง					
การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง	29	74	93.55	0.88	ปานกลาง
การเลือกแบบอย่างง่าย	2	3	6.45	0.72	ปานกลาง
วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง					
ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	17	47	54.84	1.64	ปานกลาง
มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	14	30	45.16	0.34	ปานกลาง
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ					
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	18	46	58.06	0.70	ปานกลาง
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	4	7	12.90	1.00	ปานกลาง
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	5	7	16.13	2.49	ใหญ่
ไม่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติ	4	12	12.90	0.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการระบุงกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 96.77 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 96.77 สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บที่ต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 61.29 และเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.19 ส่วนใหญ่ใช้

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 1 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.19 (ค่าเฉลี่ย = 4.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.08) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง คิดเป็นร้อยละ 87.10 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 87.10 งานวิจัยส่วนใหญ่ มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 21 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 64.52 (ค่าเฉลี่ย = 30.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.60) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 93.55 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีการสุ่ม ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 54.84 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบ สมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 58.06

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 48)	ร้อยละ
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล *		
Dependent t – test	19	39.58
Independent t – test	13	27.08
Wilcoxon Matched – Pairs Signed – Ranks Test	5	10.42
Fisher exact prob test	5	10.42
The Mann – Whitney U Test	3	6.25
ANCOVA	2	4.17
ANOVA	1	2.08

* งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 4 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 48 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุด คือ Dependent t – test คิดเป็นร้อยละ 39.58

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 104)	ร้อยละ
ที่มาของเครื่องมือวิจัย *		
ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเอง	60	57.69
ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาปรับใช้	36	34.62
ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาใช้	8	7.69

* งานวิจัย 1 เรื่องใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 5 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 31 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 104 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็น ร้อยละ 57.69

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย					
เครื่องมือวิจัยตรวจสอบคุณภาพทั้ง ความตรงและความเที่ยง	29	74	90.32	0.88	ปานกลาง
เครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรง หรือความเที่ยงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง	2	3	9.68	0.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็น ร้อยละ 90.32

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 58)	ร้อยละ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย *		
0.70 – 0.80	12	20.69
0.81 – 0.90	27	46.55
0.91 - 1.00	19	32.76
Min = 0.72 Max = 0.96	Mean = 0.86	S.D. = 0.07

* งานวิจัย 1 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 7 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 31 เรื่อง พบว่า มี เครื่องมือวิจัยทั้งหมด 104 ชนิด เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 58 ค่า ค่าความเที่ยง ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 46.55 (ค่าเฉลี่ย = 0.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) *		
0.80 – 0.90	7	58.33
0.91 – 1.00	5	41.67
Min = 0.80 Max = 1.00	Mean = 0.90	S.D. = 0.06

* งานวิจัย 1 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 8 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 31 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 104 ชนิด เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 12 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.80 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 58.33 (ค่าเฉลี่ย = 0.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.06)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
ประเภทของผู้ดูแล					
ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	20	51	64.52	1.01	ปานกลาง
ผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	11	26	35.48	0.59	ปานกลาง
ชนิดของผู้ดูแล					
คู่สมรส	13	28	41.94	1.47	ปานกลาง
บุตร	12	34	38.71	0.88	ปานกลาง
บิดา มารดา	5	14	16.13	0.29	ปานกลาง
ไม่ระบุ	1	1	3.23	0.38	ปานกลาง
ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ ของกลุ่มตัวอย่าง					
ระดับประถมศึกษา	23	54	74.19	0.95	ปานกลาง
ระดับมัธยมศึกษา	3	8	9.68	3.11	ใหญ่
ไม่ระบุ	5	15	16.13	0.60	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 64.52 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.94 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.19

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของงานวิจัย	Mean	SD
อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง		
อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง	Mean = 41.56	SD = 4.34
อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม	Mean = 41.28	SD = 3.89

จากตารางที่ 10 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.34 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.89

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการ พยาบาลแต่ละครั้ง (นาที)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	3	9	9.68	1.93	ปานกลาง
31 – 60 นาที	16	40	51.61	0.27	ใหญ่
61 – 90 นาที	4	10	12.90	0.88	ปานกลาง
91 – 120 นาที	3	6	9.68	2.43	ใหญ่
มากกว่า 120 นาที	1	4	3.23	0.96	ปานกลาง
ไม่ระบุ	4	8	12.90	1.45	ปานกลาง

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหา
สาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
จำนวนครั้งของการ ปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	12	31	38.71	0.70	ปานกลาง
4 – 6 ครั้ง	12	31	38.71	1.34	ปานกลาง
7 – 9 ครั้ง	5	12	16.13	0.48	ปานกลาง
10 – 12 ครั้ง	1	1	3.23	2.62	ใหญ่
ไม่ระบุ	1	2	3.23	2.13	ปานกลาง
ความถี่ในการปฏิบัติการ พยาบาล					
วันละ 2 ครั้ง	6	14	19.35	2.09	ปานกลาง
1 วัน	7	18	22.58	0.33	ปานกลาง
วันเว้นวัน	6	14	19.35	0.45	ปานกลาง
ทุก 3 วัน	2	3	6.45	0.28	ปานกลาง
ทุก 1 – 2 สัปดาห์	7	21	22.58	1.82	ปานกลาง
ไม่ระบุ	3	7	9.68	0.11	ปานกลาง
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาล (วัน)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน	12	30	38.71	1.18	ปานกลาง
15 – 28 วัน	4	9	12.90	0.12	ปานกลาง
29 – 42 วัน	5	15	16.13	0.31	ปานกลาง
43 – 56 วัน	3	5	9.68	0.40	ปานกลาง
71 – 84 วัน	2	6	6.45	2.34	ใหญ่
มากกว่า 85 วัน	1	1	3.23	2.13	ปานกลาง
ไม่ระบุ	4	11	12.90	1.30	ปานกลาง

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหา
สาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n = 31)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N = 77)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
จำนวนครั้งของการเก็บ					
ข้อมูลหลังปฏิบัติการ					
พยาบาล (ครั้ง)					
1	24	59	77.42	1.24	ปานกลาง
2	7	18	22.58	1.39	ปานกลาง
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บ					
ข้อมูล					
ผู้วิจัย	24	61	77.42	1.14	ปานกลาง
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	7	16	22.58	0.15	ปานกลาง
จำนวนของผู้ช่วยวิจัย (คน)					
ไม่มีผู้ช่วยวิจัย	24	61	77.42	1.14	ปานกลาง
1	3	4	9.68	0.94	ปานกลาง
2	3	10	9.68	0.10	ปานกลาง
3	1	2	3.23	1.15	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ประมาณ 31 – 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.61 การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ 4 – 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.71 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1 – 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 22.58 ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 38.71 งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.42 งานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 77.4

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	Mean	SD
ดี	12	38.70	52	64	61.50	3.40
ดีมาก	19	61.30	65	77	68.63	3.42
รวม	31	100.00				

จากตารางที่ 12 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 61.30 (ค่าเฉลี่ย = 68.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.42) รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.70 (ค่าเฉลี่ย = 61.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.40)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (n = 31)	ร้อยละ
การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด	15	48.39
การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	4	12.90
การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย	4	12.90
การสอนแนะ	3	9.68
การให้ข้อมูลและความรู้	3	9.68
โปรแกรมสุขศึกษา	1	3.23
การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม	5	16.13
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์	1	3.23
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีความจริง	1	3.23
การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	1	3.23
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	1	3.23
การจูงใจ	1	3.23

ตารางที่ 13 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (n = 31)	ร้อยละ
การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน	11	35.48
การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	3	9.68
การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน	3	9.68
การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	1	3.23
การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	1	3.23
การส่งเสริมศักยภาพด้านการสอน การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์	1	3.23
การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ	1	3.23
การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง	1	3.23

จากตารางที่ 13 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด คิดเป็นร้อยละ 48.39 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.90 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 16.13

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ *	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ	22	43.14
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม	15	29.41
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	13	25.49
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ	1	1.96

* งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ด้าน

จากตารางที่ 14 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 43.14 ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ คิดเป็นร้อยละ 1.96

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม *	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ความสามารถของผู้ดูแล	7	46.67
การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	5	33.33
พฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	2	13.33
การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ	1	6.67

* งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 15 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความสามารถของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 46.67 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 6.67

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ	จำนวน (n = 1)	ร้อยละ
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	1	100

จากตารางที่ 16 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่นำมาศึกษามีเพียง 1 ชนิด คือ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ *	จำนวน (n = 13)	ร้อยละ
ความเครียดของผู้ดูแล	6	46.15
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	5	38.46
ความรู้สึกล้มคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล	1	7.69
การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1	7.69

* งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 17 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ ความเครียดของผู้ดูแล จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกล้มคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลและการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.69

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ *	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ
ความรู้ของผู้ดูแล	4	18.18
ความพึงพอใจของผู้ดูแล	4	18.18
ภาระการดูแลของผู้ดูแล	3	13.63
เจตคติของผู้ดูแล	2	9.09
การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	2	9.09
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	2	9.09
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	1	4.55
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	1	4.55
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	1	4.55
การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง	1	4.55
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมด้านสังคม	1	4.55

* งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 18 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความรู้ของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแล จำนวนเท่ากัน อย่างละ 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมด้านสังคม จำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 4.55

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 1 ได้แก่ คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 83.87 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.58 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 70.97 ผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 58.06 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2546 – 2550 คิดเป็นร้อยละ 61.29

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 96.77 ส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 96.77 สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บที่ต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 61.29 และเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.19 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 1 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.19 (ค่าเฉลี่ย = 4.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.08) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง คิดเป็นร้อยละ 87.10 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 87.10 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 21 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 64.52 (ค่าเฉลี่ย = 30.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.60) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 93.55 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 54.84 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 58.06 ส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 48 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุด คือ Dependent t – test คิดเป็นร้อยละ 39.58 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 31 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 104 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 90.32 เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 58 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 46.55 (ค่าเฉลี่ย = 0.86 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน = 0.07) เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 12 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.80 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 58.33 (ค่าเฉลี่ย = 0.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.06) งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 64.52 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.94 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.19 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.34 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.89

คุณลักษณะด้านเนื้อหา สาระของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ประมาณ 31 – 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.61 การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ 4 – 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.71 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1 – 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 22.58 ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 38.71 งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.42 งานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 77.4 งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 61.30 (ค่าเฉลี่ย = 68.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.42) รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.70 (ค่าเฉลี่ย = 61.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.40)

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด คิดเป็นร้อยละ 48.39 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.90 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 16.13 ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 43.14 และผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ คิดเป็นร้อยละ 1.96 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความสามารถของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 46.67 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 6.67 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่นำมาศึกษามีเพียง 1 ชนิด คือ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 100 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ ความเครียดของผู้ดูแล จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลและการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.69

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความรู้ของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแล จำนวนเท่ากัน อย่างละ 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมด้านสังคม จำนวนเท่ากัน อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 4.55

ส่วนที่ 2 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 31 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 77 ค่า

ตารางที่ 19 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	7.84	ใหญ่
ความสามารถของผู้ดูแล	8	230	1.48	4.84	1.19	3.51	ใหญ่
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	11	81	0.31	5.26	1.29	2.90	ใหญ่
ความรู้ของผู้ดูแล	3	110	1.15	3.60	1.35	2.04	ปานกลาง
ภาระการดูแลของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	1.46	ปานกลาง
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	1	50	-	-	-	1.27	ปานกลาง
ความพึงพอใจของผู้ดูแล	4	105	0.16	1.92	0.75	0.95	ปานกลาง
เจตคติของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	0.83	ปานกลาง
ความเครียดของผู้ดูแล	1	50	-	-	-	0.69	ปานกลาง
วิตกกังวลของผู้ดูแล	6	60	-1.78	0.41	0.73	0.68	ปานกลาง
รวม	37	786	-1.78	7.84	2.14	1.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 19 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 786 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 37 ค่า พบว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 7.84 และความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.73

ตารางที่ 20 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	4	6	-2.20	-1.22	0.45	1.90	ปานกลาง
ความเครียดของผู้ดูแล	4	50	-4.38	1.13	2.31	1.30	ปานกลาง
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	2	18	1.13	1.29	0.11	1.21	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	4	30	0.51	1.38	0.46	0.96	ปานกลาง
รวม	14	104	-4.38	1.38	1.80	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 104 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 14 ค่า พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีขนาดปานกลาง โดยความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.46

ตารางที่ 21 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	
การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1	40	-	-	-	4.83	ใหญ่
ภาระการดูแลของผู้ดูแล	4	60	-10.00	-1.46	3.75	4.73	ใหญ่
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	3.41	ใหญ่
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	1	30	-	-	-	3.11	ใหญ่
การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	1	60	-	-	-	2.73	ใหญ่
ความสามารถของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	2.67	ใหญ่
การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ	2	40	1.36	4.11	1.95	2.62	ใหญ่
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.61	ใหญ่
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	1	40	-	-	-	2.58	ใหญ่
เจตคติของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	2.14	ใหญ่
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	3	40	-2.76	-0.94	0.92	1.94	ปานกลาง
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	1	32	-	-	-	1.51	ปานกลาง
ความเครียดของผู้ดูแล	2	50	1.42	1.51	0.06	1.47	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	1	32	-	-	-	1.47	ปานกลาง
ความรู้ของผู้ดูแล	1	60	-	-	-	1.21	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	0.94	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกล	1	32	-	-	-	0.81	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	1	40	-	-	-	0.03	เล็ก
รวม	26	736	-10.00	4.83	3.23	0.01	เล็ก

จากตารางที่ 21 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 736 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด เท่ากับ 4.83 ส่วนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่สุด เท่ากับ 0.03

ตารางที่ 22 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	
ด้านการรู้และความคิด	การสอนแนะ	6	160	1.12	7.84	2.44	4.10	ใหญ่
	การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย	11	180	1.48	4.64	1.00	3.07	ใหญ่
	โปรแกรมสุขศึกษา	3	90	0.83	4.52	1.99	2.24	ใหญ่
	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	9	226	-0.69	3.27	1.37	1.56	ปานกลาง
	การให้ข้อมูลและความรู้	8	130	-1.78	0.41	0.75	0.67	ปานกลาง
	รวม		37	736	-1.78	7.84	2.14	1.99
ด้านสังคม	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์	1	12	-	-	-	4.38	ใหญ่
	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง	4	6	-2.20	-1.22	0.45	1.90	ปานกลาง
	การจูงใจ	4	30	0.51	1.38	0.46	0.96	ปานกลาง
	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	4	36	-1.41	1.29	1.30	0.53	ปานกลาง
	การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	1	20	-	-	-	0.52	ปานกลาง
	รวม		14	104	-4.38	1.38	1.80	0.47
แบบผสมผสาน	การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	5	90	-10.00	-0.94	3.56	4.10	ใหญ่

ตารางที่ 22 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
แบบผสมผสาน	การจัดการกับอาการและร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยซี่ง	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.61	ใหญ่
	การส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะและการสนับสนุนด้านอารมณ์	2	20	-2.80	-1.46	0.95	2.13	ปานกลาง
	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล	6	240	0.03	4.83	1.69	2.06	ปานกลาง
	การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน	7	210	-1.42	4.11	1.89	2.03	ปานกลาง
	การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแล	3	96	1.21	2.14	0.47	1.62	ปานกลาง
	การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ	1	40	-	-	-	1.51	ปานกลาง
	รวม		26	736	-10.00	4.83	3.23	0.01

จากตารางที่ 22 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด จากกลุ่มตัวอย่าง 516 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 37 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการสอนแนะ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.44 และการให้ข้อมูลและความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 86 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 14 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาด

ปานกลาง โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.38 และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.52 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 352 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.56 และการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.51

ตารางที่ 23 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	
ด้านพฤติกรรม	ความสามารถของผู้ดูแล	9	260	1.48	4.84	1.15	3.42	ใหญ่
	การปรับตัวด้านการดูแล	1	40	-	-	-	2.62	ใหญ่
	สุขภาพ	14	131	0.31	5.26	1.32	2.57	ใหญ่
	การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของ ผู้ดูแล	5	60	0.51	7.84	3.10	2.33	ใหญ่
	พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของ ผู้ดูแล							
	รวม	29	491	0.31	7.84	1.66	2.79	ใหญ่
ด้านอาการ	ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.61	ใหญ่
	รวม	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.61	ใหญ่
ด้านจิตใจ	การปรับตัวด้านความไม่สุข สบายด้านจิตใจ	1	40	-	-	-	4.83	ใหญ่
	ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	3.41	ใหญ่
	ความเครียดของผู้ดูแล	7	160	-4.38	1.13	1.65	1.26	ปานกลาง
	ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	13	116	-2.76	0.41	0.91	1.35	ปานกลาง
	รวม	22	346	-4.38	4.83	1.97	0.82	ปานกลาง

ตารางที่ 23 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด	
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean		
ด้านอื่น ๆ	ภาระการดูแลของผู้ดูแล	5	100	-10.00	-1.46	3.56	4.07	ใหญ่	
	การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	2	60	1.36	4.11	1.95	2.73	ใหญ่	
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อม ภายในบ้าน	1	40	-	-	-	2.58	ใหญ่	
	ความเชื่อในความสามารถของ ตนเอง	2	80	1.27	3.11	1.30	2.19	ใหญ่	
	ความรู้ของผู้ดูแล	4	142	1.15	3.60	1.18	1.83	ปานกลาง	
	เจตคติของผู้ดูแล	2	62	0.83	2.14	0.93	1.49	ปานกลาง	
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อม ด้านสังคม	1	40	-	-	-	1.47	ปานกลาง	
	ความพึงพอใจของผู้ดูแล	4	105	0.16	1.92	0.75	0.95	ปานกลาง	
	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	0.94	ปานกลาง	
	การปรับตัวด้านสัมพันธภาพ กับญาติที่อยู่ใกล้เคียง	1	40	-	-	-	0.81	ปานกลาง	
	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	1	40	-	-	-	0.03	เล็ก	
		รวม	24	749	-10.00	4.11	2.94	0.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 23 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 491 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 29 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดใหญ่ โดยความสามารถของผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.15 และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.10

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 2 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยความเหนียวลามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.66

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 346 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 22 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายด้านจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 และความเครียดของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.65

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 749 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 24 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยภาระการดูแลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.56 และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.03

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 2 ได้แก่ ในการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 31 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 77 ค่า พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 786 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 37 ค่า พบว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดปานกลาง โดยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 7.84 และความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.73 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 104 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 14 ค่า พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีขนาดปานกลางโดยความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.46 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 736 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาด

ใหญ่ที่สุด เท่ากับ 4.83 ส่วนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่สุด เท่ากับ 0.03

การปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด จากกลุ่มตัวอย่าง 516 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 37 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการสอนแนะ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.44 และการให้ข้อมูลและความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 86 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 14 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.38 และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.52 และงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 352 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.56 และการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.51

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 491คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 29 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดใหญ่ โดยความสามารถของผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.15 และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.10 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 2 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยความเห็น้อยลามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.66 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 346 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 22 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปรับตัวด้านความไม่สบายด้านจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 และความเครียดของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.65 และค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 749 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 24 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยภาระการดูแลของผู้ดูแล มี

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.56 และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.03

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ขนาดอิทธิพล	1.000																
การระบุนกรอบแนวคิด	-.366*	1.000															
สมมติฐานการวิจัย	.060	-.033	1.000														
สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล	-.151	.145	.145	1.000													
แผนกที่ใช้เก็บข้อมูล	.396*	.030	-.281	-.018	1.000												
ระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูล	.188	-.191	-.032	.088	.084	1.000											
รูปแบบการวิจัย	.172	-.474*	.070	-.306	.264	.200	1.000										
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	.301	-.300	.148	-.358*	.069	.232	.448*	1.000									
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	-.111	.070	.070	.287	-.063	-.134	-.148	.136	1.000								
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	-.134	.048	.048	-.209	.180	.112	.682**	.248	-.101	1.000							
วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง	.030	.166	.166	-.199	.071	-.092	.037	-.012	-.156	.289	1.000						
ระดับนัยสำคัญ	.060	-.138	-.138	-.056	.273	-.158	.204	.025	.117	.080	.040	1.000					
สถิติทดสอบสมมติฐาน	-.184	.425*	-.116	.179	-.202	-.223	-.610**	-.579**	-.167	-.222	.020	-.261	1.000				
ที่มาของเครื่องมือวิจัย	.218	.292	.081	.103	.179	-.107	-.172	-.185	-.504**	-.117	.110	-.065	.101	1.000			
การระบุค่าความเที่ยง	-.344	-.060	.558**	.260	-.503**	-.085	.126	.073	.126	.086	-.141	.048	-.209	-.105	1.000		
ประเภทของความตรง	-.014	-.048	.695**	.209	-.180	-.047	-.291	-.018	.101	-.466**	-.026	-.080	-.167	.268	.358*	1.000	
การระบุค่าความเชื่อมั่น	.117	.108	.108	.137	-.348	.228	-.227	-.283	-.227	-.155	.057	-.219	.206	-.008	-.056	.155	1.000

* Correlation is significant at the .05 level (2 – tailed)

** Correlation is significant at the .01 level (2 – tailed)

จากตารางที่ 24 คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล แผนกที่ใช้เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความตรง และการระบุค่าความเชื่อมั่น พบว่า การระบุกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการวิจัยในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.474$) การระบุกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .425$) สมมติฐานการวิจัยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการระบุค่าความเที่ยงและประเภทของความตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .558, .695$) ตามลำดับ สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับขนาดกลุ่มตัวอย่างในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.358$) แผนกที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการระบุค่าความเที่ยงในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.503$) รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .448$) รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .682$) รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.610$) ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.579$) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับที่มาของเครื่องมือวิจัยในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.504$) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับประเภทของความตรงในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.466$) และการระบุค่าความเที่ยงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับประเภทของความตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .358$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและค่าขนาดอิทธิพล พบว่า การระบุกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์กับขนาดอิทธิพลในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.366$) และแผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .396$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000					
ประเภทของผู้ดูแล	-.187	1.000				
ชนิดของผู้ดูแล	-.059	-.229	1.000			
ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	-.314	-.411	.600*	1.000		
อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง	.105	.176	.048	.030	1.000	
อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม	-.191	.360*	.096	-.147	.469**	1.000

* Correlation is significant at the .05 level (2 – tailed)

** Correlation is significant at the .01 level (2 – tailed)

จากตารางที่ 25 คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแล ชนิดของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม พบว่า ประเภทของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .360$) ชนิดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .600$) และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .469$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่า
ขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000									
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง	.050	1.000								
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล	-.056	-.038	1.000							
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล	-.006	.305	.110	1.000						
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง	.000	.336	.137	.535**	1.000					
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล	.093	.287	-.223	.471**	.401*	1.000				
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล	-.268	-.013	-.279	-.210	-.131	-.139	1.000			
จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย	-.173	.023	-.261	-.121	.002	-.158	.907**	1.000		
คุณภาพงานวิจัย	.224	.036	.071	.150	.074	.125	-.259	-.370*	1.000	
ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	-.327	-.110	.140	-.020	-.028	-.089	-.132	-.162	.066	1.000

* Correlation is significant at the .05 level (2 – tailed)

** Correlation is significant at the .01 level (2 – tailed)

จากตารางที่ 26 คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับ ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย คุณภาพงานวิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .535$) ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .471$) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .401$) ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับจำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .907$) จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานวิจัยในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.370$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหา สาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล

Model summary

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R ² Change	F Change	Df1	Df2	Sig. F Change
1	.547 ^a	.300	.250	2.15878	.300	5.991	2	28	.007

a. Predictors: (Constant), การระบุนกรอบแนวคิด, แผนกของสถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	แผนกของสถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูล	1.698	.660	.407	2.572	.016	.346	3.050
	การระบุนุกรอบแนวคิด	-5.253	2.195	-.379	-2.393	.024	-9.750	-.755
	(Constant)	2.734	2.587		1.057	.300	-2.565	8.034

a. Dependent Variable: ค่าขนาดอิทธิพล

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	55.841	2	27.921	5.991	.007 ^a
	Residual	130.489	28	4.660		
	Total	186.330	30			

a. Predictors: (Constant), การระบุนุกรอบแนวคิด, แผนกของสถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูล

b. Dependent Variable: ค่าขนาดอิทธิพล

จากตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการระบุนุกรอบแนวคิดเข้าสู่สมการและสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการระบุนุกรอบแนวคิดมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .300 ($R^2 = .300$) และสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 30.00

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 3 ได้แก่ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน พบว่า คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล แผนกที่ใช้เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความตรง และการระบุค่าความเชื่อมั่น พบว่า การระบุนกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการวิจัยในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.474$) การระบุนกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกว่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .425$) สมมติฐานการวิจัยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการระบุค่าความเที่ยงและประเภทของความตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .558, .695$) ตามลำดับ สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับขนาดกลุ่มตัวอย่างในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.358$) แผนกที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการระบุค่าความเที่ยงในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.503$) รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .448$) รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .682$) รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.610$) ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.579$) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับที่มาของเครื่องมือวิจัยในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.504$) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับประเภทของความตรงในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.466$) และการระบุค่าความเที่ยงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกว่าประเภทของความตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .358$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและค่าขนาดอิทธิพล พบว่า การระบุนกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์กับขนาดอิทธิพลในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.366$) และแผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกว่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .396$)

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย บาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแล ชนิดของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม พบว่า ประเภทของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .360$) ชนิดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .600$) และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .469$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย คุณภาพงานวิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .535$) ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .471$) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .401$) ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับจำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .907$) จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานวิจัยในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.370$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการระบุนกรอบแนวคิดเข้าสู่สมการและสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการระบุนกรอบแนวคิดมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของ

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ . 300
($R^2 = .300$) และสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 30.00



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ใน การศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย บาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลใน ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของ การปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทาง สุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการ ปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการ ปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 จำนวน 35 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการ ปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา โดยศึกษา ค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องศึกษา เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
2. ที่ทำเสร็จเรียบร้อย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2528 – วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550
3. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการ พยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง

4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลค่าสถิติเหล่านั้น ให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t - test, F - test, Z - test, U - test และค่า P - value

พบว่า มีรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 31 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินีนาถ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของ Likitratcharoen, S. (2000) โดยดัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยของ Hanucharumkul et al. (2001) ได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำตอบ เลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย คณะที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิด ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม (ทฤษฎี / แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย) สมมติฐานการวิจัย สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของประชากร / กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัย, ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ประเภทของผู้ดูแล ชนิดของผู้ดูแล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินี นุช เสนิงค์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1990 cited in Brown, 1991) กิริดี วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 พบว่า ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยใช้วิธีผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrareter reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.86 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 โดยสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ.2528 – พ.ศ. 2550 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง, ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เป็นต้น จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ตและบัตรคำในห้องสมุด หลังจากนั้นได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด สรุปลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าขนาดอิทธิพล ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ
ขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2003 และ
โปรแกรม SPSS for Windows Version 11.0

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแล
ในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณลักษณะของงานวิจัย
คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน จากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 31
เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 83.87 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมาก
ที่สุด คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.58
ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 70.97 ผู้วิจัยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ใน
สาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 58.06 และงานวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่
ผลงานในช่วง ปี พ.ศ. 2546 – 2550 คิดเป็นร้อยละ 61.29

คุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ส่วนใหญ่มีการระบุกรอบ
แนวคิด คิดเป็นร้อยละ 96.77 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง
คิดเป็นร้อยละ 96.77 สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่ต่างจังหวัด คิดเป็น
ร้อยละ 61.29 และเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.19 ส่วนใหญ่
งานวิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 1 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.19
(ค่าเฉลี่ย = 4.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.08) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิง
กึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 87.10 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 87.10
งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 21 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 64.52 (ค่าเฉลี่ย =
30.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.60) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 93.55 ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็น
ร้อยละ 54.84 งานวิจัยส่วนใหญ่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใน
ระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 58.06 จำนวนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้สถิติในการ
ทดสอบมากกว่า 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 64.52 โดยใช้สถิติทั้งหมด 48 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุด คือ
Dependent t – test จำนวน 19 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 39.58

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 31 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัย
ทั้งหมด 104 ชนิด โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะ
เป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยได้รับการ
ตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 90.32 เครื่องมือวิจัยมีการระบุค่าความ

เที่ยงทั้งหมด 58 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0.81 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 46.55 (ค่าเฉลี่ย = 0.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07) และมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย(CVI) เพียง 12 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0.80 – 0.90 คิดเป็นร้อยละ 58.33 (ค่าเฉลี่ย = 0.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.06)

งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 64.52 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.94 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.19 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.34 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.89

คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ประมาณ 31 – 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.61 (ค่าเฉลี่ย = 67.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 35.64) จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ 4 – 6 ครั้ง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 38.71 (ค่าเฉลี่ย = 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.17) มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุก 1 วัน และทุก 1 – 2 สัปดาห์ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.58 ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 38.71 (ค่าเฉลี่ย = 27.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 23.64) งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.16 (ค่าเฉลี่ย = 0.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.75) งานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 77.42

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 61.30 (ค่าเฉลี่ย = 68.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.42) และคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.70 (ค่าเฉลี่ย = 61.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.40)

การปฏิบัติการพยาบาล พบว่า

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด คิดเป็นร้อยละ 48.39 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ และการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.90 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.13

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า

งานวิจัยส่วนใหญ่ได้นำผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ มาศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.14 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.96 โดยแยกเป็นรายด้าน ดังนี้

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่ถูกลำเอียงมากที่สุด คือ ความสามารถของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 46.67

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่ถูกลำเอียงมีเพียง 1 ชนิด คือ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 100

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกลำเอียงมากที่สุด คือ ความเครียดของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกลำเอียงน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.69

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ที่ถูกลำเอียงมากที่สุด คือ ความรู้ของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 18.18 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่ถูกลำเอียงน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมด้านสังคม คิดเป็น ร้อยละ 4.55

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด จากกลุ่มตัวอย่าง 516 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 37 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการสอนแนะ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.44 และการให้ข้อมูลและความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 86 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 14 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.38 และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.52

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 352 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.56 และการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.51

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 491 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 29 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยทั้งหมดขนาดใหญ่ โดยความสามารถของผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.15 และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.10

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 2 ค่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยความเหนื่อยล้ามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.66

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 346 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 22 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปรับตัวด้านความไม่สบายด้านจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 และความเครียดของผู้ดูแลให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.65

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 749 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 24 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยภาวะการดูแลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.56 และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.03

3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและ

การระบุนกรอบแนวคิดเข้าสู่สมการและสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการระบุนกรอบแนวคิดมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ . 300 ($R^2 = .300$) และสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 30.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคูณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยเกือบทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 83.87) เนื่องจากในประเทศไทยการทำวิจัย ส่วนใหญ่จะกระทำอย่างแพร่หลายในลักษณะของการเรียน การสอนในระดับบัณฑิตศึกษามากกว่าที่จะทำงานวิจัยในหน่วยงานต่าง ๆ ผู้ที่จะทำงานวิจัยส่วนใหญ่จะต้องมีความรู้ในเรื่องหลักการวิจัยและหลักการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งมักจะมีการเรียน การสอนในระดับปริญญาโทหรือปริญญาตรีขึ้นไป ประกอบกับหลักสูตรของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของทุกมหาวิทยาลัยที่มีการจัดการเรียน การสอนระดับบัณฑิตศึกษา ส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรที่จะต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อจบการศึกษาและมุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ศึกษาและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว ในขณะที่การศึกษาระดับคุณวุฒิหรือนั้น จะมุ่งเน้นที่การแสวงหาคำถามใหม่ ๆ เพื่อการพัฒนาสาขานั้น ๆ ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ศึกษาในประเทศไทยในหลาย ๆ เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของ Likitratcharoen, S. (2000) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของนวลสกุล แก้วลาย (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด งานวิจัยของสุรศักดิ์ พุฒิวณิช (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม งานวิจัยของอาภรณ์ คำก้อน (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการ

วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยคัดสรรในประเทศไทย งานวิจัยของอัจฉรา นุตตะโร (2546) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของจรีรัตน์ นวมะจิต (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของปิยะฉัตร นำชื่น (2547) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล และงานวิจัยของสินีนุช เสนิงศ์ ณ อยุธยา (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นต้น จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยของหน่วยงานต่าง ๆ พบได้น้อยมาก มีเพียง 1 เรื่อง ได้แก่ รายงานการวิจัยของโรงพยาบาลนครนายก ร้อยละ 3.23 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลยังเห็นความสำคัญของการทำงานวิจัยค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากภาระงานที่หนักและมากเกินไปทำให้พยาบาลไม่มีเวลาทำงานวิจัย และอาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการทำวิจัย ทำให้มองเห็นว่าการทำวิจัยเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถเป็นพิเศษ (ยูติ ภาษา และคณะ, 2540) ที่สำคัญผลงานวิจัยที่จัดทำขึ้นในหน่วยงานหรือองค์กรส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการตีพิมพ์หรือเผยแพร่มากนัก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและให้การส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการทำงานวิจัยให้มากขึ้น โดยอาจมีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยขึ้นในหน่วยงาน และควรมีการเผยแพร่ผลงานวิจัย เพื่อให้ผู้อื่นที่สนใจสามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิช, 2541) และเพื่อป้องกันการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน ซึ่งแตกต่างกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณในต่างประเทศมาก เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ในต่างประเทศนั้น ส่วนใหญ่พบว่า เป็นรายงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยต่าง ๆ (Hill – Westmoreland, Soeken, and Spellbring, 2002 อ้างถึงใน สินีนุช เสนิงศ์ ณ อยุธยา, 2547) ในต่างประเทศจะถือว่างานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยนั้นเป็นงานวิจัยที่ดี มีคุณภาพและได้รับการยอมรับมากกว่างานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะ Slavín (1986 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ซึ่งให้ความสำคัญกับการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์จะต้องเป็นงานวิจัยที่ได้รับการประเมินคุณภาพการวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ แต่ถูกโต้แย้งจากนักสถิติหลายท่านว่าอาจจะทำให้เกิดความลำเอียงจากการคัดเลือกงานวิจัยได้ ทำให้นักวิเคราะห์ห่อภิมาณส่วนใหญ่เสนอว่าควรใช้งานวิจัยทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว (Glass, McGaw, and Smith, 1987)

ปี พ.ศ. ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ ได้ศึกษางานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2550 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2546 – 2550 (ร้อยละ 61.29) อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บสมองและโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่

ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมากมาย พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions) ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างอิสระเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะหลายด้าน การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลควรคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือก ผลที่จะเกิดตามมา เหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ และความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเองและส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกาย เพื่อช่วยป้องกันการกำเริบของโรค (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) โดยการค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมแก่ผู้ดูแลแต่ละคน จึงทำให้มีนักวิจัย พยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจที่จะศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดของงานวิจัย (ร้อยละ 96.77) แสดงถึงความน่าเชื่อถือ ความชัดเจนของแนวคิดงานวิจัยนั้น ๆ เนื่องจากกรอบแนวคิดจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐานและทิศทางของสมมติฐาน ให้สาระหรือวิธีการในการที่จะนำไปใช้ออกแบบวิธีการจัดการหรือโปรแกรม รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้อาการพยาบาลได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) จากการทำงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยย่อมต้องมีความชัดเจน ผ่านการศึกษาค้นคว้า เพื่อเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้สร้างกรอบแนวคิดในการทำวิจัยเรื่องนั้น ๆ จึงทำให้มีการระบุกรอบแนวคิดของงานวิจัยไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของนวลสกุล แก้วลาย (2545) สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์ (2545) อารมณ์ คำก้อน (2545) อัจฉรา นุตตะโร (2546) และจรัสรัตน์ นวมะชิต (2547)

ลักษณะสมมติฐานการวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ระบุสมมติฐานเป็นแบบมีทิศทาง (ร้อยละ 96.77) สมมติฐานเป็นการคาดคะเนคำตอบในประเด็นที่สงสัย สมมติฐานแบบมีทิศทางนั้นเป็นสมมติฐานที่เขียนในรูปของข้อความที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะระบุทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือระบุทิศทางความแตกต่างของตัวแปร ในระดับนัยสำคัญที่เท่ากันการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางจะทำให้โอกาสปฏิเสธสมมติฐานศูนย์มีมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง เนื่องจากระดับนัยสำคัญที่เท่ากัน การระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางขอบเขตวิกฤตจะมากกว่าการระบุสมมติฐาน

แบบไม่มีทิศทาง ดังนั้น การระบุนสมมติฐานแบบมีทิศทางจึงมีอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power of statistical test) มากกว่าการระบุนสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547) จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า มีการระบุนสมมติฐานแบบมีทิศทางมากที่สุด อาจเนื่องมาจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้น ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท มีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ควบคุม ดูแลขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้การทำวิจัยต้องมีการบวนการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถนำมาตั้งเป็นสมมติฐานแบบมีทิศทางได้ สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์และควรสนับสนุนมาก เพราะผลที่ได้รับจากการวิจัยจะมีความน่าเชื่อถือมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นวลสกุล แก้วลาย (2545) สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์ (2545) จีรัตน์ นวมะชิต (2547) ปิยะฉัตร จำชีน (2547) และสินินุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547)

สถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ที่ต่างจังหวัด (ร้อยละ 61.29) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่ามี การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอย่างครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ แต่พบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในต่างจังหวัด อาจเนื่องมาจากเมื่อเทียบสัดส่วนของประชากรทั่วทุกภาคของ ประเทศแล้วจะเห็นว่า ในต่างจังหวัดจะมีโรงพยาบาลจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาตัวและมีผู้ดูแลที่จะนำมาเป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็จะมีเวลามาเยี่ยม มาดูแลผู้ป่วยและ สามารถเข้าร่วมทำการวิจัยร่วมกับผู้วิจัยได้ รวมถึงผู้วิจัยส่วนใหญ่จะมีที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ที่ ปฏิบัติงานอยู่ในต่างจังหวัด จึงมีความคุ้นเคยในสถานที่และมีความสะดวกมากกว่า จึงทำให้ผู้วิจัย เลือกลงสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในต่างจังหวัด

แผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่รักษาตัวอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 74.19) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอย่างครอบคลุมทุกแผนก ทั้งแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและที่บ้าน แต่ที่พบว่ามีการศึกษาใน แผนกผู้ป่วยในมากที่สุด อาจเนื่องมาจากแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ค่อนข้าง หลากหลายและมีจำนวนมาก และใช้เวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน ทำให้ ผู้วิจัยจะโอกาสได้พบปะ พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ มากกว่า และใช้เวลาในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวใน โรงพยาบาลมาดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่ ตนเองสนใจจะศึกษาได้

รูปแบบการวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษา ส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (ร้อยละ 87.10) เนื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง (True experiment) ต้องมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ มีการจัดกระทำ มีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มเข้า

กลุ่มและการควบคุม ได้แก่ ควบคุมการจัดกระทำ จัดเตรียมข้อปฏิบัติ การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มเข้ากลุ่มและกลุ่มควบคุม (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือมากที่สุด (Polit and Hungler, 1999) แต่เป็นรูปแบบการวิจัยที่ค่อนข้างมีความซับซ้อนและกระทำไต่ยากโดยเฉพาะในงานวิจัยทางคลินิกซึ่งต้องกระทำกับกลุ่มตัวอย่างในสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงตามธรรมชาติ เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือ ปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนไม่มากนักในแต่ละโรคและในแต่ละโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ เรื่องของข้อจำกัดของเวลาในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษา จึงทำให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่จึงเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลองเนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง มีการจัดกระทำแต่อาจมีการควบคุมหรือสุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2539) สามารถกระทำได้ง่ายและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสูงกว่าและทำได้ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรา นุตตะโร (2546) จีรัตน์ นวมะชิตี (2547) และสินีนุช เสนิงศ์ ณ อยุรยา (2547)

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) (ร้อยละ 93.55) ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการเฉพาะเจาะจงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเป็นตัวอย่างที่ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้สมมติฐานที่ทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิธีนี้เป็นการสุ่มตัวอย่างที่มีความลำเอียง ผลการวิจัยที่ค้นพบจึงมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร หรือมีจุดอ่อนในด้านความตรงภายนอก เนื่องจากเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ดุลยพินิจของผู้วิจัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อาจเนื่องมาจากงานวิจัยมาจากงานวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการศึกษาถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องกระทำการทดลองกับผู้ดูแล การสุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามการให้โอกาสทางสถิติจึงเป็นไปได้ยากเนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถรู้ได้ว่าจะมีจำนวนผู้ดูแลตามที่ต้องการศึกษาทั้งหมดเท่าใด (Brown, Tanner, and Padrick, 1984) ดังนั้น การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจึงเป็นวิธีที่สะดวกกว่า และพบมากในงานวิจัยทางการแพทย์ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถเลือกตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยของตนเองได้

วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะไม่มี การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.84) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มักจะมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้ปราศจากความลำเอียงและเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แต่ในกรณีที่มีข้อจำกัดในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก็ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีสุ่ม กล่าวคือ ผู้วิจัยอาจกำหนดว่าจะใช้กลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองและจะใช้กลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุมได้ อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะต้องมีความเท่าเทียม

กันในด้านตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรตาม รวมทั้งคะแนนก่อนการทดลอง ซึ่งหากมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยวิธีการออกแบบแผนการวิจัย ให้ความสำคัญตัวแปรแทรกซ้อนด้วยวิธีการทางสถิติ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 21 – 40 คน (ร้อยละ 64.52) เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นแบบแผนเชิงกึ่งทดลอง ส่วนใหญ่จะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน ซึ่งถือว่าเป็นขนาดที่สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เพิ่มขึ้น

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 58.06) การที่ผู้วิจัยจะระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบหรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา หากเป็นงานวิจัยในสาขาสังคมศาสตร์และสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แบบแผนการวิจัยเชิงพรรณนาหรือแบบบรรยาย และแบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง การระบุระดับนัยสำคัญของสมมติฐานที่ทดสอบโดยทั่วไปจะระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) แต่ส่วนใหญ่จะนิยมระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 มากกว่า ยกเว้นในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 ให้ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ที่พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เลือกใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการวิจัยเชิงกึ่งทดลองในทางการพยาบาลไม่จำเป็นจะต้องทดสอบสมมติฐานที่ระดับความเชื่อมั่นสูงเพราะส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่ไม่ได้ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองที่ต้องมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัด เป็นที่น่าสังเกตว่ามีงานวิจัยถึงร้อยละ 12.90 ที่ไม่ได้มีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเอาไว้ล่วงหน้าแต่นำค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ได้ภายหลังจากการทดสอบแล้วมารายงานเป็นค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติของผลการวิจัย ซึ่งถ้ามีการทบทวนวรรณกรรมที่ลึกซึ้งและครบถ้วน ผู้วิจัยน่าจะกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นการบ่งบอกถึงสมรรถนะในการทำวิจัย ในการทบทวนวรรณกรรมว่าครบถ้วนมากน้อยเพียงใดด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 31 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 104 ชนิด ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 90.32) ซึ่งการที่เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลและวัดค่าตัวแปรนั้นจะต้องมีทั้งวิธีการหาค่าความตรง (Validity) และวิธีการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่มีความเหมาะสม เนื่องจากเครื่องมือที่มีคุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความตรงและความเที่ยง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) จึงจะทำให้ค่าตัวแปรที่วัดได้มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริง แต่ก็พบว่าเครื่องมือวิจัยบางส่วนที่มีการตรวจสอบเฉพาะความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่าง

ใดอย่างหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 9.68) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า มักจะเป็นเครื่องมือวิจัยที่มีผู้อื่นสร้างไว้ก่อนแล้ว มีการตรวจสอบและนำเสนอค่าคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้ว ในทางปฏิบัติเมื่อนำเครื่องมือเหล่านั้นมาใช้ซ้ำ ผู้วิจัยบางท่านจะไม่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความตรง ซึ่งในการนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยใหม่ทุกครั้งทั้งค่าความตรงและค่าความเที่ยง เนื่องจากความแตกต่างของเวลา สถานที่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำการวิจัย ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (ร้อยละ 93.80) ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงภาพรวมของเครื่องมือวิจัยในด้านของความครอบคลุม ครบถ้วน และความถูกต้องของเนื้อหา ซึ่งการตรวจสอบความตรงด้วยวิธีการอื่น ๆ จะค่อนข้างยุ่งยาก โดยเฉพาะเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ที่ยังมีการสร้างมาตรฐานไว้น้อย ดังนั้นรายงานการวิจัยทางการแพทย์จึงมักใช้วิธีการหาความตรงเชิงเนื้อหาเป็นส่วนใหญ่ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540) มีหลายงานวิจัยที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยแต่ไม่ได้ระบุถึงการตรวจสอบทั้งวิธีการหาค่าความตรงและวิธีการหาค่าความเที่ยง เพียงแต่รายงานเฉพาะค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยเท่านั้น ซึ่งแท้ที่จริงแล้วควรจะต้องรายงานทั้งการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยด้วยจึงจะสรุปได้ว่าเครื่องมือวิจัยนั้นมีคุณภาพเพียงพอต่อการแปลผลการวิจัยหรือไม่ จากการวิเคราะห์พบว่า มีการรายงานค่าความเที่ยงของเครื่องมือไว้ทั้งหมด 58 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.81 – 0.90 (ร้อยละ 46.55) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาใช้ในการวัดตัวแปรแล้วผลการวิจัยจะได้รับความเชื่อถือได้มาก ซึ่งเครื่องมือทั่ว ๆ ไป ควรมีค่าความเที่ยงในระดับ 0.8 ขึ้นไป แต่ถ้าเป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547) และมีการรายงานค่าความตรงของเครื่องมือวิจัยไว้เพียง 12 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.80 – 0.90 (ร้อยละ 58.33) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.90 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล พบมากที่สุด คือ คู่สมรส (41.94) เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น รองลงมา คือ บุตร ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน เนื่องจากว่าคู่สมรส อาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องไปทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวทำให้ต้องอาศัยบุตรมาช่วยดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นบิดาหรือมารดาแทนในบางช่วงเวลา

ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จากการวิเคราะห์อภิमानในครั้งนี้ พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้งประมาณ 31 – 60 นาที (ร้อยละ 51.61) เวลาโดยเฉลี่ย เท่ากับ 67.72 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการ

ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ประกอบกับจำนวนครั้งในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งและ 4 – 6 ครั้ง จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 38.71) โดยจำนวนครั้งเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ครั้ง และความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ จะปฏิบัติทุก 1 วันและทุก 1 – 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 22.58) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป รวมทั้งใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดลองทั้งหมด เท่ากับ 27.38 วัน จึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนั้นค่อนข้างซับซ้อนมาก ต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมาก อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงไม่มีเวลาที่จะมาเข้าร่วมทำการทดลองตามที่ผู้วิจัยจัดให้เพราะต้องไปทำงานเพื่อหารายได้ จึงมีโอกาสดเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย ทำให้ความตรงภายในลดน้อยลง นอกจากนี้การที่ระยะเวลาในการดำเนิน โปรแกรมที่ยาวนาน และมีความซับซ้อนมาก รวมถึงผู้วิจัยบางรายต้องทำวิจัยร่วมกับทำงานประจำไปด้วย ทำให้ผู้วิจัยจำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ ซึ่งย่อมส่งผลต่อความตรงภายในด้วยเช่นกัน

การเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 77.42) ซึ่งทำให้การวัดผลของการทดลองขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพบางประเภทจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง เช่น คุณภาพชีวิต การปรับตัว เป็นต้น ส่งผลให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ต่อไป

คุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.30) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.42 อาจเนื่องมาจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมระดับคุณภาพของงานวิจัยในทุกขั้นตอน รวมถึงยังมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ไม่ว่าจะเป็นการสอบหัวข้อวิทยานิพนธ์ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ซึ่งกระบวนการสอบต่าง ๆ นี้ ผู้วิจัยจะต้องมีความพร้อมในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ความรู้เชิงวิชาการที่เกี่ยวกับงานวิจัยนั้น ๆ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยมีทั้งหมด 31 เรื่อง สามารถนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 77 ค่า โดยค่าขนาดอิทธิพลที่ให้มิงขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 7.84 ค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ขนาดเล็กที่สุด เท่ากับ -10.00

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยความสามารถของ

ผู้ดูแลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.42 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลจะต้องมีศักยภาพและทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงการช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพและรวมถึงการดูแลด้านจิตใจด้วย (จารึก ธานีรัตน์, 2544) ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับการสอนเพื่อให้มีข้อมูล ความรู้ และมีความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมก่อนการจำหน่าย ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ย่อมทำให้คะแนนความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการสอนแนะเป็นรูปแบบการสอนที่ส่งเสริมความสามารถด้านทักษะปฏิบัติและความรู้ของผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ Grealish (2000) ที่ว่าความสามารถทั้งสองด้านนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เนื่องจากความสามารถด้านทักษะปฏิบัติจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการของตนเองและมีแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีการพัฒนาการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้เกิดความชำนาญในทักษะการปฏิบัติ ส่วนความสามารถด้านความรู้จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติหรือปัญหาของตนเอง ส่งเสริมกระบวนการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดูแลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิรวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) เกี่ยวกับผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายก็มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล มีการวางแผนการให้ความรู้และการฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ ตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้โดยปกติสุขตามอัตรภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารึก ธานีรัตน์ (2544) เกี่ยวกับผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามกิจวัตรและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของจินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540)

เกี่ยวกับผลการสอนและการฝึกทักษะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพบว่าคะแนนความสามารถของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ พบว่า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลให้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.61 อาจเนื่องมาจากความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ดูแล จากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยขึ้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539) เมื่อผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าเป็นเวลานานจึงส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุทุมพร รูปเล็ก (2549) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง มีความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นถ้าจะให้ได้รับผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองให้มากที่สุด ผู้วิจัยสามารถประเมินประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลได้ตรงตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากมุมมองของตัวผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตัวเอง จากนั้นผู้วิจัยได้นำสิ่งที่ได้รับฟังมาปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า มีการสอนสาธิตการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในผู้ดูแลแต่ละรายและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา จนทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้อย่างถูกต้องมากขึ้น มีทักษะที่จะนำมาพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปรับตัวด้านความไม่สบายด้านจิตใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.83 อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้มาก่อน ร่วมกับความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนไม่สามารถที่จะคาดเดาผลของความเจ็บป่วยได้ ผู้ดูแลต้องถูกแยกจากบุคคลที่ตนรัก ถูกจำกัดเวลาเยี่ยมสภาพแวดล้อม เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย สถานที่ขาดความเป็นส่วนตัว (Hopkins, 1994)

ไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่สุขสบายทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่พบเจออย่างกะทันหันได้ ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ได้รับการให้ กำลังใจ จากทีมสุขภาพและจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ เจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่พบเจอได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) เกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัว ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยภาระการดูแลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.07 เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาโดยส่วนใหญ่มาดูแลผู้ป่วยจนเกิดความรู้สึกขัดแย้งและสับสนระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คุ้นเคยมานานกับแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ถึงแม้ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ แต่ผู้ดูแลก็ยังเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เนื่องจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยนั่นเอง (วิภาวรรณ ช่อม, 2537) การได้รับความรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ จากบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จนเกิดความชำนาญทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ไม่รู้สึกว่าการดูแลนั้นยากลำบากอีกต่อไป จึงช่วยลดความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลลงได้ ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมประการหนึ่ง ตามแนวคิดของ Brandt และ Weinert (1985) การสนับสนุนด้านข้อมูลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และได้รับความเห็นอกเห็นใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัย มั่นใจและรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้ความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ (2540) เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้
 และความคิดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการ
 สอนแนะให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.11 เนื่องจากการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีระบบด้วย
 โปรแกรมการสอนจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ มั่นใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลที่บ้านได้ ผู้ดูแลที่ได้รับการ
 การสอนและการฝึกทักษะอย่างเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนา
 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการสอนแนะเป็นรูปแบบการสอนที่มีความยืดหยุ่นเป็นไปตาม
 ความต้องการของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีอิสระ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ในแต่ละ
 ขั้นตอนของการสอนแนะจะมีการร่วมปรึกษากันก่อนการปฏิบัติทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ในสิ่งที่ตนเอง
 ต้องการเรียนรู้ มีการตอบสนองความต้องการการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลได้รับการ
 ตอบสนองในสิ่งที่ต้องการก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ อีกทั้งการสอนแนะนั้นเป็นลักษณะการ
 สอนแบบมนุษยนิยม (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) เป็นรูปแบบการสอนที่ก่อให้เกิดการตัดสินใจ
 ร่วมกันโดยคำนึงถึงค่านิยมของผู้สอนและผู้เรียน มีการเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของปัจเจกบุคคล
 ของกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลคล้อยตามแผนการรักษาพยาบาลได้ด้วยดี ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มี
 ความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลและผู้สอนทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเครียด เป็นกังวลขณะได้รับการ
 สอน ประกอบกับรูปแบบการสอนแนะมีทั้งการสอนและการให้คำปรึกษาร่วมด้วย ซึ่งการให้
 คำปรึกษาไม่ใช่การให้เฉพาะคำแนะนำ การให้ข้อมูล หรือการให้ข้อคิดเห็นเท่านั้น แต่การให้
 คำปรึกษายังรวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความเข้าใจ ความเป็นมิตร
 ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันทำให้มีกำลังใจและยืนหยัดที่จะต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรมาภรณ์ นิรมล (2548)
 เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนผู้ดูแลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย
 ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนผู้ดูแล
 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 .001

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
 พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตาม
 ทฤษฎีเกสตัลท์ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.38 เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบ
 รายบุคคลจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์และการรับรู้ของตนเอง
 ในสภาพการณ์ต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม พยายามทำให้เกิดความ
 สอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน ไม่ยึดติดกับอดีตหรือความกลัวในอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมี
 สุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะเครียด สามารถรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง เชื่อในความสามารถของ
 ตนเอง สามารถปรับตัวได้ดีและรับผิดชอบต่อการกระทำ (อาภา จันทรสกุล, 2535) สอดคล้องกับ
 งานวิจัยของ ชลาชัย คงพะจิตร (2547) ได้ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตาม

ทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์มีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ ในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.10 เนื่องจากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาจนทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตแก่ผู้ดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาส่วนตัว และความเป็นอิสระลดลง การถูกจำกัดเกี่ยวกับการพบปะบุคคลอื่นในสังคม อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด กัดค้น หงุดหงิด ซึมเศร้า และวิตกกังวลได้ เมื่อผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการของผู้ป่วย สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อผู้ดูแลไม่ได้รับการประทับประคองทางด้านอารมณ์ การให้กำลังใจ และความเห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระมากขึ้น ภาระในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Lawton et al, 1989) ในการลดภาระของผู้ดูแลนั้นมีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ (2540) เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมประการหนึ่งตามแนวคิดของ Brandt และ Weinert (1985) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับโรค ผู้ป่วย สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งได้รับการประทับประคองด้านอารมณ์จากผู้วิจัย จึงช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์อันเนื่องมาจากความเครียดได้

3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยเกี่ยวกับการระบุนกรอบแนวคิดและแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เข้าสู่สมการและสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการระบุนกรอบแนวคิดมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ .300 ($R^2 = .300$) และสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 30.00

จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอย่างครอบคลุมทุกแผนกทั้งแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและที่บ้าน แต่ที่พบว่ามีการศึกษาในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด อาจเนื่องมาจากแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ค่อนข้างหลากหลายและมีจำนวนมาก และใช้เวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน ทำให้ผู้วิจัยจะโอกาสได้พบปะ พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มากกว่า และใช้เวลาในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลมาดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่ตนเองสนใจจะศึกษาได้ ส่วนการระบุนกรอบแนวคิดของงานวิจัยจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐานและทิศทางของสมมติฐาน ให้สาระหรือวิธีการในการที่จะนำไปใช้ออกแบบวิธีการจัดการหรือ โปรแกรม รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ทางการพยาบาลได้ จากการทำงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยย่อมต้องมีความชัดเจน ผ่านการศึกษาค้นคว้า เพื่อเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้สร้างกรอบแนวคิดในการทำวิจัยเรื่องนั้น ๆ จึงทำให้มีการระบุนกรอบแนวคิดของการวิจัยไว้อย่างชัดเจน จึงส่งผลให้คุณลักษณะของงานวิจัยทั้ง 2 ชนิดนี้ มีผลต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การที่มีคุณลักษณะงานวิจัย คือ การระบุนกรอบแนวคิดและแผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ดีที่แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ สินีบุษ เสนียังส์ ณ อยุธา (2547) ซึ่งทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ลักษณะสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีร์รัตน์ นวมะชิตี (2547) ซึ่งทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง:

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

ดังนั้น เป้าหมายของการทำงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล คือ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้ที่ได้รับจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้สามารถยืนยันได้ถึงประโยชน์และปริมาณที่ชัดเจนของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ จากการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ (Evidence Base Practice) และเพิ่มความมั่นใจก่อนเลือกใช้นิพนธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อให้ได้รับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้นำการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มอื่น ๆ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการลดอาการของผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่าง ๆ ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้า หรือเผยแพร่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่าง ๆ

3. ด้านการบริหาร ควรมีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการให้การพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลการวิจัยที่ได้รับในการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มาเป็นฐานข้อมูล ความรู้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ มีค่าความตรงภายในมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณให้มากขึ้นด้วย

2. การปฏิบัติการพยาบาลบางชนิดยังมีการนำมาศึกษาเฉพาะกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ในขณะที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพบางด้านมีการนำมาศึกษาน้อยมากสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการซึ่งศึกษาเรื่องความเหนื่อยล้า เพียงเรื่องเดียวเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการให้มากขึ้น ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มากยิ่งขึ้น

3. ผู้วิจัยควรพัฒนาเทคนิควิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะมีตัวแปรหลายตัว นักวิจัยจึงควรนำสถิติประเภทการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสำหรับการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่มาจากความสัมพันธ์ของตัวแปรหลายตัว เพื่ออธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- กัญญา วังเฮงชะฤทธิ์. 2549. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม. 2546. การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กาญจณีย์ ดำนาคแก้ว. 2550. การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่ง: รายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ (Injury Surveillance – IS) [ซีดีรอม]. กรุงเทพมหานคร: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. 2550. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540 – 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานประสาทวิทยา. 2548. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรองไค อุณหสูต. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมตา. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2): 12 – 17.
- กรองไค อุณหสูต, เพ็ญศรี ระเบียบ, ศิริอร สิ้นธุ และศิริพร จิรวัดน์กุล. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในระหว่างปี พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2536 โดยการวิเคราะห์เมตา. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2): 32 – 47.
- คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี. 2550. จริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย [Online]. แหล่งที่มา: http://www.ncrct.net/downloads/020905append_07.pdf [ค้นวาคม 2550]

- จันทพร ชีรทองดี. 2549. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรีรัตน์ นวมะชาติ. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์ และ ชนิด วัชรพุกก์. 2541. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโณ. 2540. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรุวรรณ มานะสุรการ. 2544. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารึก ธานีรัตน์. 2544. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา ทองเพชร. 2550. รายงานการวิจัย: ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมและการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา สมนึก. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. 2540. ผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรี แสนสุข. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชลาสัย ดงพะจิตร. 2547. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชุตินา มีชำนาญ. 2549. ผลของการให้ข้อมูลก่อนและระหว่างการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. 2544. การวิเคราะห์ห่อภิมาณคุณภาพของแบบสอบหลายตัวเลือกที่มีรูปแบบของแบบสอบ บริบทของแบบสอบ และวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนอม อาทศรี, รัตนา เอกจรีชาวัฒน์, ชูมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิสักดิ์ และแสงเดือน เทพรักษ์. 2550. รายงานการศึกษาวิจัย: ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล 34 (พฤษภาคม - สิงหาคม): 7 – 25.
- ทัศนีย์ นะแส. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: เคมการพิมพ์.
- ทินวิสุทธ์ ศรีละมัย. 2548. ผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติกรดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. 2541. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญญาภรณ์ คาวนพเก้า. 2547. ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. 2541. การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis). กรุงเทพมหานคร: นิชินเอดเวอร์ไทซ์กรุ๊ป.
- นที เกื้อกุลกิจการ. 2541. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นภาพรณ แก้วกรรม. 2533. ผลของการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นวลสกุล แก้วลาย. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล เพียรเจริญ. 2539. ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2534. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ. 2539. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาท. ใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (เล่ม 2). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง. 2540. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุศกร กลิ่นอวล. 2549. ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. 2548. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรมาภรณ์ นิรมล. 2548. ผลของโปรแกรมการสอนผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประไพรัตน์ ประดา. 2548. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง หอผู้ป่วย

ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การศึกษาค้นคว้าอิสระ
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.

- ปิยะฉัตร น้ำชื่น. 2547. การวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของ
พยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวิชย์. 2543. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: รายงานการวิจัย. ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ประจำปี
งบประมาณ 2543 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรนิภา เอื้อเบญจพล. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟู
สภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ. 2522. การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยเกษม.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโปกรณ์พงษ์. 2536. เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย
ทางการพยาบาล. สงขลา: อัสลาฮ์เพรส.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแส. 2539. วิจัยทางการพยาบาล: หลักการ
และกระบวนการ. สงขลา: โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2539. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภิริดี วัชรสินธุ์. 2544. การวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของ
เด็ก: การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามารชิตพยาบาล
สาร 2(1): 84 – 93.

- ยุวดี ภาษา และคณะ. 2540. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.
- รัชนิกรณ์ วิชาการ. 2530. การวิเคราะห์วิทยานิพนธ์มหับัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลใจประเทศไทย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2517 - 2527. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา อยู่เปลว. 2543. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัมภ์รดา อินทร. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ลออ หุตางกูร. 2535. หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีวิต – จิต – สังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา.
- วรรณิ อริยะสินสมบูรณ์. 2544. การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา: การวิเคราะห์ห่อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารภรณ์ จิธานนท์. 2547. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ไชยวงศ์. 2549. ผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. การวิจัยทางการแพทย์พยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544. สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2538. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล 44(2): 88 – 92.

- วิภาวรรณ ชุ่ม. 2537. ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวรรณ คล้ายหิรัญ. 2544. ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรินยา ฉันทะปรีดา. 2549. ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. 2539. แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการ
พิมพ์.
- ศรียรัตน์ คุ้มสิน. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ
และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมเกียรติ โทธิสัทย์ และคณะ. 2545. คู่มือการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review). สำนัก
พัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2536. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้ป่วยเรื้อรัง
ในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สินีนุช เสนิงส์ ณ อยุธยา. 2547. ผลของการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
โรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อถัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา ทองวัฒน์. 2540. ความต้องการการดูแลและการได้รับความช่วยเหลือที่บ้านตามการรับรู้
ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและผู้ให้การดูแล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ. 2544. Trauma registry 2001 Khon Kaen Hospital. ขอนแก่น:
สำนักงานโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น.

- สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวพรีร์ จันทระเจษฎา. 2547. ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณนา จงห้วงกลาง. 2549. ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2549. ข้อมูลสถิติและรายงาน [Online]. สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: <http://www.moph.go.th> [ตุลาคม 2550]
- เสาวลักษณ์ เนตรซัง. 2545. การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพิน ทรัพย์ล้วน. 2549. รายงานมรณบัตร พ.ศ. 2549. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- อรพินธ์ ใจสุนทร. 2542. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี ในเขตภาคเหนือตอนบน โดยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรวรรณ กล้วยไม้. 2549. โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ของหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัจฉรา นุดตะโร. 2546. ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภา จันทระสกุล. 2535. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- อาภรณ์ คำก้อน. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารมณ บุญเกิด. 2540. ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัว
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทุมพร ทองอุไทย. 2527. การสังเคราะห์งานวิจัย: เชงปริมาณ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร รูปเล็ก. 2549. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วย
ซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล. 2541. การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะ
วิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Acorn, S., and Roberts, E. 1992. Head injury: Impact on the wives. Journal of Neuroscience Nursing 24(12): 324-328.
- Acorn, S. 1995. Assisting families of hand – injured survivors through a family support program. Journal of Advanced Nursing 21: 872 – 877.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., and Chadwick, L. 2002. Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregiver the first 6 months after discharge. Journal of Neuroscience Nursing 34(5): 242 – 248.
- Baker, J. E. 1990. Family adaptation when one member has a head injury. Journal of Neuroscience Nursing 22(4): 232 – 237.
- Barker, E. 2002. Neuroscience nursing a spectrum of care. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Brandt, P. A., and weinert, C. 1985. PRO: Psychometric update. Washington D.C.: Unpublished Manuscript, University of Washington, School of Nursing.
- Brown, A. S. 1991. Measurement of quality of primary studies for meta – analysis. Nursing Research 40(6): 352 – 355.

- Brown, P. L. 1991. The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease. Home Healthcare Nurse 9(3): 33 – 38.
- Brown, J. S., Tanner, C. a., and Padrick, K. P. 1984. "Nursing research for scientific knowledge". Nursing Research 33(1): 26 – 32.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research: Conduct critique & Utilization. 4th ed. Philadelphia: W. S. Saunders.
- 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.
- Curtiss, G., Klemz, S., and Vanderploeg, R. D. 2000. Acute Impact of Severe Traumatic Brain Injury on Family Structure and Coping Responses. Journal Head Trauma Rehabilitation 15(5): 1113 – 1122.
- Davis, L. L. 1992. Building a science of caring for caregivers. Family & community Health 15(2): 1 – 10.
- 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. 3rd ed. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Folden, S. L. 1993. Effect supportive – educative nursing intervention on older adults' perceptions of self care after stroke. Rehabilitation nursing 18(3): 162 – 167.
- Frye, B. 1987. Head injury and the family: Related literature. Rehabilitation Nursing 12(3): 135 – 136.
- Gettrust, K. V., and Brabec, P. D. 1992. Nursing diagnosis in clinical practice: Guide for care planning. New York: Delma.
- Glass, G. V. 1976. Primary, secondary and meta – analysis of research. Educational Research 5: 3 – 8.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1981. Meta – analysis in social research. Beverly Hills: Sage Publication.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1987. Meta – analysis in social research. 4th ed. California: Sage Publications.
- Gordon, M. 1994. Nursing diagnosis: Process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby.

- Gouick, J., and Gentleman, D. 2004. The emotional and behavioural consequences of traumatic brain injury. Trauma 6: 283-292.
- Griego, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factor related to depression in patients after myocardial infarction: A pilot study. Heart & Lungs 22(5): 392-400.
- Hanucharurnkul, S., et al. 2001. An integrative review and meta – analysis of self – care research in Thailand: 1988 – 1999. Thai Journal of Nursing Research 5(2): 119 – 132.
- Hedges, L. V., and Olkin, I. 1985. Statistical methods for meta – analysis. Orlando Florida: Academic Press.
- Hickey, J. V. 1997. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hill – Westmoreland, E. E., Soeken, K., and Spellbring, A. M. 2002. A meta – analysis of fall prevention programs for the elderly. Nursing Research 51(1); 1 – 8. อ้างถึงใน สินีสุข เสนีวงศ์ ณ อยุธยา. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Hopkins, A. G. 1994. The trauma nurse’s role with families in crisis. Critical Care Nurse (2): 35-43.
- Horowitz, A. 1985. Sons and daughters as caregivers to older parents: Different in role performance and consequence. The Gerontologist 25(6): 612 – 618.
- Hunt, M. 1997. How science takes stock: The study of meta – analysis. New York: Russel Sage.
- Hunter, J. E., Schmidt, F. L. 1990. Methods of meta – analysis. Newbury Park: Sage.
- Kosciulek, J. E. 1997. Relationship of family schema to family adaptation to brain injury. Brain Injury 11(11): 821 – 830.
- Kreutzer, J., S. et al. 1992. Traumatic brain injury: Family response and outcome. Archives of Physical Medication Rehabilitation 73: 771 – 778.
- Kreutzer, J. S., gervasio, A. H., and Camplair, P. S. 1994. Primary caregiver psychological status and family functioning after traumatic brain injury. Brain Injury 8(3): 197 – 210.
- Kulik, J. A., and Kulik, C. C. 1989. Meta – analysis in education. International Journal of Educational Research 13: 223 – 240.
- Lang, N. M., Marek, K. D. 1991. Outcome that reflect clinical practice. Nursing Clinic of North American 32(3): 579 – 587.

- Lawton, M. P., Klebban, M. H., Moss, M., Rovine, M., and Glicksman, A. 1989. Measuring caregiving appraisal. Journal of Gerontology, 44: 61 – 71.
- Leske, J. S. 2002. Interventions to decrease family anxiety. Critical care nurse 22(6): 61 – 65.
- Light, R. T., and Pillemer, D. B. 1984. Summing up: The Science of Reviewing Research. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. อ้างถึงใน จีรัตน์ นวมะชิตี. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 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.
- Lohr, K. 1988. Outcome measurement: Concepts and questions. Inquiry 25(1): 37 – 50.
- Martin, K. M. 1994. Loss Without death: A dilemma for the head-injured patient’s family. Journal of Neuroscience Nursing 26(6): 134-139.
- McCloskey, J. C., and Bulechek, G. M. 1999. Nursing interventions: Effective nursing treatments. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Mullen, B. 1989. Advance BASIC Meta – Analysis. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Murray, M. E., and Atkinson, L.D. 1994. Understanding the nursing process: The next generation. 5th ed. New York: McGraw Hill.
- Namerow, N. S. 1987. Neuroscience nursing: A nursing diagnosis approach. America: Williams and Wilkins.
- Orem, D. E. 1995. Nursing: Concepts of practice. 5th ed. New York: McGraw - Hill.
- Orem, D. E. 2001. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby. อ้างถึงใน สินีนุช เสนิงศ์ ณ อรุชยา. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Petchtone, P. 2004. The effectiveness of an empowerment program on caregiving ability, self – efficacy and self – esteem among family caregivers of cerebrovascular disease patients. Master Thesis of Science, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Rattanasit, B. 2004. The effect of a Supportive – educative nursing program on knowledge perceived self – efficacy, and strain from worry of caregiving among caregivers of patients with stroke. Master Thesis of Science (Public Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Slavin, R. E. 1986. Best – evidence synthesis: an alternative to meta – analytic and traditional review. Educational Researcher 15: 5 – 11. อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis). กรุงเทพมหานคร: นิซินแอดเวอร์ไทซ์จิ้งกรูฟ.
- Slavin, R. E. 1987. Best – evidence synthesis: why less is more. Educational research 16: 15 – 16.
- Snyder, M. 1992. Independent nursing interventions. 2nd ed. New York: Delmar.
- Teel, C. S., Duncan, P., and Lai, S.M. 2001. Caregiving experiences after stroke. Nursing Research 50(1): 53 – 60.
- Testani – Dufour, L., Chappel – Aiken, L., and Gueldner, S. 1992. Traumatic brain injury: A family experience. Journal of Neuroscience Nursing 24(6): 317 – 328.
- Williams, A. M. 1994. What bothers caregivers of stroke victims?. Journal of Neuroscience Nursing 26: 155 – 161.
- Wolf, F. M. 1986. Meta – analysis: Quantitative methods for research synthesis. Beverly Hills: Sage Publications.
- Ya – orm, Y. 2001. The effects of promoting family participation in patient care of head injury patients on patients’ health status. Master Thesis of Science (Public Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่

วัน เดือน ปี

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลใน
ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่องานวิจัย

.....
.....

2. ชื่อผู้วิจัย

.....

3. ประเภทของงานวิจัย

(1) วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต

(2) วิทยานิพนธ์ระดับคุณวุฒิปริญญาตรี

(3) รายงานการวิจัย

.....

4.

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

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1. กรอบแนวคิด

(1) มี ระบุ

.....
.....
.....

(2) ไม่ระบุกรอบแนวคิด

2. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

(1) แนวคิดที่ใช้

(2) แนวคิดที่ใช้

3.

4.

14. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล



- (1) Dependent t-test (Paired t-test) (2) Independent t-test (Student t-test)
 (3) ANOVA (5) ANCOVA
 (6) The Wilcoxon Test (7) The Mann-Whitney U Test
 (8) อื่น ๆ

15. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี ชุด ดังนี้

ชื่อเครื่องมือ และเจ้าของ	การสร้างเครื่องมือ			การรายงานคุณภาพของเครื่องมือ						
	สร้าง เอง	มีอยู่ แล้ว	ปรับที่ มีอยู่ แล้ว	ลักษณะ	ค่า R	ความตรง (V)				ไม่มี
						เนื้อ หา	โครงส ร่าง	สถาน การณ์	พยา กรณ์	
1.										
2.										
3.										

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. ลักษณะของปฏิบัติการพยาบาล
1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด
 - (1) การเตรียมผู้ดูแล
 - (2) การให้ข้อมูล
 - (3)
 2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม
 - (1) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล
 - (2) การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน
 - (3)
 3. การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน
 - (1) การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล
 - (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
 - (3)
2. ประเภทของผู้ดูแล
1. ผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 2. ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 3.
7. ผลการทดสอบสมมติฐาน
- 7.1 สมมติฐานที่ 1
 - (1) สอดคล้อง
 - (2) ไม่สอดคล้อง
 - 7.2
8. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- กรณีเก็บหลังทดลองครั้งเดียว

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ จำนวนค่า d ในกรณี ไม่มีสถิติพื้นฐาน (ค่า t, F)	ค่า ขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ตัวแปรที่ 1.....						
กลุ่มควบคุม						
กลุ่มทดลองที่ 1						
กลุ่มทดลองที่ 2						

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ จำนวนค่า d ในกรณี ไม่มีสถิติพื้นฐาน (ค่า t, F)	ค่า ขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ตัวแปรที่ 2..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						

กรณีเก็บหลังทดลองมากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นไป

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ ใช้จำนวนค่า d ใน กรณีไม่มีสถิติ พื้นฐาน (ค่า t, F)	ค่า ขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	SD	X	SD		
ตัวแปรที่ 1 ครั้งที่ 1 ระยะเวลา..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						
ครั้งที่ 2 ระยะเวลา..... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
ในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย รหัสงานวิจัย.....

ชื่อเรื่องงานวิจัย.....

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

ความหมายของการประเมิน

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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา มีความชัดเจนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

4 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน มีแนวคิด / ทฤษฎี และเหตุผลมาสนับสนุนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย โดยนำเสนออย่างเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน

3 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน มีแนวคิด / ทฤษฎี และเหตุผลมาสนับสนุนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย แต่รูปแบบการเขียนไม่กระชับ

2 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา มีแนวคิด / ทฤษฎี และเหตุผลสนับสนุนแต่ไม่ครอบคลุม

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.

5.

20. นำผลการวิจัยมาใช้กำหนดข้อเสนอแนะในการวิจัย

4 หมายถึง มีการสรุปผลของจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านนโยบาย การปฏิบัติการและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

3 หมายถึง มีการสรุปผลของจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านนโยบายและการปฏิบัติการ

2 หมายถึง มีการสรุปผลของจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะครอบคลุมด้านนโยบายและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1 หมายถึง มีการสรุปผลจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านการปฏิบัติและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

0 หมายถึง ไม่มีการสรุปผลจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะในการวิจัย / เขียนข้อเสนอแนะที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย



ภาคผนวก ข

รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ
ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาษาไทย

กันยา วังเฮงยะฤทธิ. 2549. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทพร ชีรทองดี. 2548. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารึก ชานีรัตน์. 2544. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. 2540. ผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรี แสนสุข. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชลาลัย ดงพะจิตร. 2547. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชุติมา มีชานาญ. 2549. ผลของการให้ข้อมูลก่อนและระหว่างการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ถนอม อาทศรี, รัตนา เอกจริยาวัฒน์, ชูมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิสักดิ์ และแสงเดือน เทพรักษ์. 2550. รายงานการศึกษาวิจัย: ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล 34 (พฤษภาคม - สิงหาคม): 7 – 25.

- ทินวิสุทธ์ ศรีละมัย. 2548. ผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติกรดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพรณี แก้วกรรณ์. 2533. ผลของการงูใจญาติต่อพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล เพียรเจริญ. 2539. ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้ความพึงพอใจและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศกร กลิ่นอวล. 2549. ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. 2548. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรมาภรณ์ นิรมล. 2548. ผลของโปรแกรมการสอนผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประไพรัตน์ ประดา. 2548. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนา อยู่เปล้า. 2543. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รัมภ์รดา อินทร. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ไชยวงศ์. 2549. ผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. 2544. ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรินยา ฉันทะปรีดา. 2550. ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรียรัตน์ คุ่มสิน. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวพีร์ จันทระเจษฎา. 2547. ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณนา จงห้วงกลาง. 2549. ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรวรรณ กล้ายไม้. 2549. โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ของหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อารมณ บุญเกิด. 2540. ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุทุมพร รูปเล็ก. 2550. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ค้ำว
ซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Petchtone, P. 2004. The effectiveness of an empowerment program on caregiving ability, self – efficacy and self – esteem among family caregivers of cerebrovascular disease patients. Master Thesis of Science, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Rattanasit, B. 2004. The effect of supportive – educative nursing program on knowledge, perceived self – efficacy, and strain from worry of caregiving among caregivers of patients with stroke. Master Thesis of Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Ya – orm, Y. 2001. The effects of promoting family participation in patient care of head injury patients on patients’ health status. Master Thesis of Science (Public Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 28 ตารางแสดงสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
กันยา ینگเฮงยะฤทธิ. (2549) ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์)	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์</p> <p>การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการให้คำแนะนำ เสนอแนะ แก่ญาติผู้ป่วยเรื่องสภาพอาการ, การบาดเจ็บ, การตรวจวินิจฉัย, แนวทางในการรักษาพยาบาล, ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและภายในโรงพยาบาล</p> <p>การสนับสนุนด้านอารมณ์:</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ - แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ปลอบใจ - ให้ความเชื่อมั่นต่อญาติขณะที่ญาติไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความวิตกกังวลของผู้ดูแล</p>
จันทพร ชีรทองดี. (2549) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อการดูแลของญาติและผู้ดูแล	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การให้ข้อมูลและความรู้)	<p>โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล 2. ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: การดูแลของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง		<p>การสนับสนุนและให้ความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง, สาเหตุ, ผลกระทบ, แนวทางการรักษา, การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้สติโดยผู้ดูแล พร้อมทั้งการฝึกทักษะและการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้สติ - ให้ความรู้และฝึกทักษะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - ให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดูแลเสมหะ 	
จารีก ธานีรัตน์. (2544) ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย)	<p>การวางแผนจำหน่าย</p> <p>การวางแผนการจำหน่าย เป็นการกำหนดการให้ความรู้และฝึกทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย</p> <p>แผนการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ METHOD ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ยา (Medication) - สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย (Environment and Economic) 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<ul style="list-style-type: none"> - การรักษาพยาบาล (Treatment) - ภาวะสุขภาพ (Health) - ระบบส่งต่อ (Outpatient referral) - โภชนาการ (Diet) <p>ให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างมีแบบแผน ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ</p>	
<p>จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2540) ผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย)</p>	<p>การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>การสอน เกี่ยวกับ- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ความเครียดของผู้ดูแลในระหว่างการดูแลผู้ป่วย <p>การฝึกทักษะ เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วย - การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
จური แสนสุข. (2546) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย)	<p>โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 3. สนับสนุนด้านเครื่องมือและคู่มือการดูแลผู้ป่วย 4. อภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย 5. สาธิตการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาล 6. ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ:เจตคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย</p>
ชลาตย์ ดงพะจิตร. (2547) ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์)	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเครียดของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ชุตินา มีชานาญ. (2549) ผลของการให้ข้อมูลก่อนและระหว่างการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	การปฏิบัติด้านการรู้และความคิด (การให้ข้อมูลและความรู้)	<p>การให้ข้อมูลก่อนและระหว่างการผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด เปิดกะโหลกศีรษะ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ผลกระทบจากการผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลและวิธีการประเมิน และการจัดการกับความวิตกกังวล - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม และระบายความรู้สึก 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความวิตกกังวลของผู้ดูแล
ถนอม อาทรรศรี, รัตนา เอกจริยาวัฒน์, ยุวมาลย์ ศรีปัญญา วุฒิสักดิ์ และแสงเดือน เทพรักษ์. (2550) รายงานการศึกษาวิจัย: ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน)	<p>โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ</p> <p>การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1993) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล สัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ พลังอำนาจและคุณภาพชีวิตผู้ดูแล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - ดำเนินการค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงโดยใช้เทคนิคการใช้คำถาม และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: พลังอำนาจของผู้ดูแล ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ : คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้คิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อได้ปัญหาผู้ดูแลสรุปปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งคิดวิเคราะห์ปัญหา ระบุปัญหา สาเหตุของปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลหาวิธีการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และประสบการณ์ร่วมกัน - ตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการควบคุม ตัดสินใจดำเนินการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลช่วยกันปรับปรุงและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา - ผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวทาง ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจ ร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรคและหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรค 	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวก โดยการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ รวมทั้งติดตามให้คำแนะนำและช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ - ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกัน สรุปัญหาคำถามที่ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้และปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ - โดยปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ ผู้วิจัยจะชี้แนะแนวทาง เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ 	
<p>ทินวิสุทธ์ ศรีละมัย. (2548) ผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย)</p>	<p>การเตรียมครอบครัว</p> <p>โดยประยุกต์กระบวนการพยาบาลครอบครัวมาใช้ในการวิจัย กระบวนการพยาบาลครอบครัว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินแผนผังครอบครัวผู้ป่วยเพื่อหาผู้ดูแลหลัก - การค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว - การประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว - การวางแผนการดูแลผู้ป่วย - การปฏิบัติตามแผนพร้อมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
นภากาศ แก้วกรรม. (2533) ผลของการจงใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น	การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (การจงใจ)	การจงใจญาติ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย
นฤมล เพียรเจริญ. (2539) ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย	การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (การสอนแนะ)	การสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแล ทฤษฎีการดูแล ประกอบด้วย ความเมตตา กรุณา ความสามารถ ความไว้วางใจ ความรู้สึกผิดชอบ และความผูกพัน การสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท ประกอบด้วย การตรวจสอบอาการผิดปกติทางระบบประสาท การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ การดูแลระบบทางเดินหายใจ การป้องกันแผลกดทับ และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความรู้ของผู้ดูแล ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความพึงพอใจของผู้ดูแล ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>นิภาภัทร ภักธรพงศ์บัณฑิต. (2548) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ สามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้)</p>	<p>การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสอนแนะและให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินสุขภาพผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การทำแผลและให้อาหาร การชี้แนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเลือกและปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากถ้าผู้ดูแลได้รับข้อมูลและการชี้แนะจากบุคลากรสุขภาพไม่ชัดเจน ไม่บอกเหตุผลหรือไม่ชี้ชัด จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการสับสนไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไร <p>การสนับสนุน เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมโดยการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟังความทุกข์ ช่วยบรรเทาความไม่สบาย รับรู้ เข้าใจ สนับสนุนให้เกิดความหวัง ส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง วิธีการสนับสนุนอาจเป็นการใช้คำพูด กิริยาท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ เป็นต้น</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>- การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจผู้ดูแลในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ สิ่งแวดล้อมจะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย โดย การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ดูแลให้มีความสะดวกสบายเป็นส่วนตัว บรรยากาศเงียบ ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแสดงความรู้สึกละเอียด และสามารถถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ จัดสถานที่ให้ผู้ดูแลสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลด้วยกันเอง และจัดให้ผู้ดูแลมีโอกาสนักสัมพันธกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน</p>	
<p>บุศกร กลิ่นอวล. (2549) ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (กลุ่มช่วยเหลือตนเอง)</p>	<p>กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กระบวนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม - การแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเครียดของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		เจตคติ และทักษะการดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกกลุ่มระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ - สมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลและหาข้อสรุป - ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการดำเนินการกลุ่มและเป็นแหล่งข้อมูลที่ต้องการ 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	ปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย)	โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล - การสนับสนุนด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวอาชีพ : การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
			<p>: การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน</p> <p>: การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ</p>
ปรมาภรณ์ นิรมล. (2548) ผลของโปรแกรมการสอนผู้ดูแลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย	การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (การสอนแนะ)	<p>โปรแกรมการสอนผู้ดูแล</p> <p>- ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ สำหรับผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ปรึกษา</p>	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
ประไพรัตน์ ประตา. (2548) ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่	การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญ	<p>การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร - เกี่ยวกับการอุปการะทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย - เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ศิระชัยอย่างรุนแรง หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	ความจริง)		
พรชัย จุลเมตต์. (2540) ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์)	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามแผนการสอน เนื้อหาครอบคลุม ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการให้คำแนะนำในด้านวัสดุอุปกรณ์ และดำเนินการให้ความรู้ตามแผน - การสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการให้กำลังใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ภาระการดูแลของผู้ดูแล
รัตนา อยู่เปล่า. (2543) ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์)	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์</p> <p>การสนับสนุนด้านข้อมูล: โดยให้คำแนะนำ เสนอแนะให้แนวทาง และให้ข้อมูลต่าง ๆ</p>	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		การสนับสนุนด้านอารมณ์: โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี และการแสดงความไว้วางใจ	
รัมภ์รดา อินทร. (2539) ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ	การปฏิบัติการพยาบาลด้าน การรู้และความคิด (การพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้)	<p>การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>- โดยให้การสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการสอน ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อญาติในการ ให้การพัฒนาความสามารถ และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล</p>	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน อื่นๆ: ความพึงพอใจของผู้ดูแล
วาสนา ไชยวงศ์. (2549) ผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติการพยาบาลด้าน สังคม (การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน)	การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน จิตใจ: ความเครียดของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544) ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การสอนแนะ)</p>	<p>การสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การร่วมปรึกษาก่อนการปฏิบัติ โดย <ul style="list-style-type: none"> - การแสดงความเป็นมิตรและให้เกิดความไว้วางใจ - ให้ความเห็นอกเห็นใจในปัญหาของผู้ดูแล <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนแนะมีส่วนร่วมในความรู้สึกลับข้อใจหรือความรู้สึกระสับผลสำเร็จของผู้ดูแล - ผู้สอนแนะช่วยให้ผู้ดูแลเสนอเป้าหมายของการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - ใช้เทคนิคต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้ดูแลวางแผนในการแก้ปัญหการปฏิบัติการดูแลได้ตรงประเด็น - ให้คำแนะนำและชี้แจงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์จริง <ul style="list-style-type: none"> - วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ช่วยให้แนวคิดแก่ผู้ดูแลในการปรับแผนการปฏิบัติการดูแล 2. การสอนการปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสังเกตการปฏิบัติการดูแลของผู้สอนแนะ - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลก่อนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความพึงพอใจของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>- ผู้สอนแนะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลในบทบาทของผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย</p> <p>4. การร่วมปรึกษาหลังการสังเกตการปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแล - พยายามทำให้ผู้ดูแลตระหนักในพฤติกรรมดูแลที่ดีและไม่ดีด้วยตนเอง - ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลวิเคราะห์การปฏิบัติการดูแลของตนเอง - ช่วยให้ผู้ดูแลเห็นจุดอ่อนของตนเองได้อย่างชัดเจน - ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลตามความต้องการของผู้ดูแล - ร่วมกันพิจารณาภาวะสุขภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย <p>5. การวางแผนเพื่อพัฒนาการปฏิบัติครั้งต่อไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้ผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงการปฏิบัติการดูแลครั้งต่อไป - ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลคิดหาทางเลือกอื่น ๆ ใน 	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		การปฏิบัติการดูแลในครั้งต่อไป <ul style="list-style-type: none"> - เสนอวิธีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล - แนะนำแหล่งความรู้ให้ผู้ดูแลค้นคว้า สำหรับปรับปรุงการปฏิบัติการดูแลของตนเอง - กำหนดวัน เวลา สังเกตการปฏิบัติการดูแลครั้งต่อไป 	
ศรีนยา นันทะปรีดา. (2550) ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การปฏิบัติโยคะ)	<p style="text-align: center;">การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ</p> <p>การให้ข้อมูล: โดยการประเมินความต้องการและปัญหา ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการปฏิบัติโยคะ</p> <p>การให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติโยคะ ประกอบด้วย การฝึกการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิและการฝึกคิดในด้านบวก โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม หลังจากนั้นให้กลับไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน</p>	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเครียดของผู้ดูแล

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546) ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน)</p>	<p>โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1993) มีวิธีการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพและค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ร่วมกัน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ทบทวนสิ่งที่กระทำในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง การสาธิตวิธีการปฏิบัติกิจกรรม การให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ดูแล โดยการแนะนำและแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผน การแก้ไขปัญหาและทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง และคิดวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน 3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง การติดตามประเมินผลจากการสอบถามและบันทึกผลการปฏิบัติของผู้ดูแล รวมทั้งให้แรงเสริมบวกโดยการกล่าวชมเชย แนะนำ ให้กำลังใจเมื่อ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเครียดของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ผู้ดูแลมีการตัดสินใจในการวางแผนหรือปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง และร่วมกันค้นหาปัญหาและวางแผนทางการแก้ไขปัญหาใหม่</p> <p>ผู้วิจัยให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ผู้ดูแล</p>	
<p>สุวพีร์ จันทระเชษฐา. (2547) ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การให้ข้อมูลและความรู้)</p>	<p>การให้ข้อมูล</p> <p>การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Thelan, Urden, Lough, and Stacy (1998) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรวบรวมข้อมูล 2. การวางแผน 3. การปฏิบัติการให้ข้อมูล 4 ด้าน คือ <ul style="list-style-type: none"> - ด้านร่างกาย - ด้านจิตใจ - ด้านสิ่งแวดล้อม - ด้านเศรษฐกิจ – สังคม – วัฒนธรรม 4. ประเมินผลการให้ข้อมูล 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความวิตกกังวลของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความพึงพอใจของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>สุวรรณา จงห้วงกลาง. (2549) ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (ส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะและการสนับสนุนทางอารมณ์)</p>	<p>โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล</p> <p>โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลได้จัดขึ้นให้แก่ผู้ดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโมเดลการดูแลชีวิตอย่างมีคุณภาพของ Duffy and Hoskins (2003) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการนำความรู้ที่ได้จากแผนการสอนและคำแนะนำจากผู้วิจัย ไปสังเกตภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแล 2. การให้ความรู้ ด้วยการสอน การสาธิต มีเนื้อหาครอบคลุม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหารและยา และการออกกำลังกาย 3. การฝึกทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขความผิดปกติที่พบได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม 4. การสนับสนุนทางอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ภาระการดูแลของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		สนับสนุนและส่งเสริมความเชื่อในการแก้ปัญหาที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลและบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย	
อรรพรรณ กล้วยไม้. (2549) โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ของหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (โปรแกรมสุขศึกษา)	<p style="text-align: center;">โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย</p> <p>โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง - การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย - การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความรู้ของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: เจตคติของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย</p>
อารมณ บัญเกิด. (2540) ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย)	<p style="text-align: center;">การเตรียมก่อนกลับบ้าน</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินผู้ป่วยในเรื่องภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ประเมินผู้ดูแลเรื่อง การรับรู้ปัญหา ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรม ในขณะที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและ</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ผู้ดูแล ด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต และทดสอบ และบันทึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. นำปัญหาที่ได้มาประเมินปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 3. ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ตามลำดับก่อนหลัง 4. ปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านตามวิธีที่เลือก เน้นการให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพ โดยการสอน การสาธิต การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่โรงพยาบาลอนุญาต 5. ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมรับรู้อาการของผู้ป่วย การรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจได้อย่างเต็มที่ 6. แจกคู่มือให้อ่าน จนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ 7. ร่วมกันประเมินว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ 8. เยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ 	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>อุทุมพร รูปเล็ก. (2550) ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง)</p>	<p>โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การมีอาการรับรู้ของผู้ดูแล ด้วยการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าประสบการณ์ 2. กลวิธีการจัดการกับอาการ โดย <ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้ - ฝึกการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง - ให้ผู้ดูแลปฏิบัติชีกงที่บ้านด้วยตนเอง โดยปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์ ครั้งละ 15 นาที 3. ประเมินผลของโปรแกรม 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ: ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล</p>
<p>Bussarin Rattanasit. (2004) The effect of Supportive – Educative Nursing Program on Knowledge, Perceived self – efficacy, and strain from worry of caregiving among caregivers of patients with stroke</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้)</p>	<p>โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนผู้ดูแลในการปรับบทบาทเป็นผู้ดูแล - การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย - การเพิ่มการรับรู้และความเชื่อในความสามารถของตนเอง 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความรู้ของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความเชื่อในความสามารถ</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเครียดของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>Puangtong Petchtone. (2004) The effectiveness of an Empowerment Program on Caregiving Ability, self – efficacy and self – esteem among Family Caregivers of Cerebrovascular Disease Patients</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน)</p>	<p>โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1993) มีวิธีการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพและค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการที่ผู้วิจัยและผู้ดูแล ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ร่วมกัน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ทบทวนสิ่งที่กระทำในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง การสาธิตวิธีการปฏิบัติกิจกรรม การให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ดูแล โดยการแนะนำและแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผน การแก้ไขปัญหาและทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง และคิดวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน 3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง การติดตาม 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: ความสามารถของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ: ความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ประเมินผลจากการสอบถามและบันทึกผลการปฏิบัติของผู้ดูแล รวมทั้งให้แรงเสริมบวกโดยการกล่าวชมเชย แนะนำให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลมีการตัดสินใจในการวางแผนหรือปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง และร่วมกันค้นหาปัญหาและวางแผนทางการแก้ไขปัญหาใหม่</p> <p>ผู้วิจัยให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ผู้ดูแล</p>	
Yaowarat Ya – orm. (2001) The effects of promoting family participation in patient care of head injury patients on patients' health status	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้)	<p>การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ดูแล 2. นำปัญหาที่ได้มาวิเคราะห์ 3. จัดเตรียมโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล โดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และฝึกทักษะที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล 4. ประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม: การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย



ภาคผนวก ง

ตารางแสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลใน
ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้ และความคิด (n = 15)		การปฏิบัติการพยาบาลด้าน สังคม (n = 5)		การปฏิบัติการพยาบาลแบบ ผสมผสาน (n = 11)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละ ครั้ง (นาที)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	2	13.33	-	-	1	9.09
31 – 60 นาที	8	53.33	2	40.00	6	54.55
61 – 90 นาที	-	-	2	40.00	2	18.18
91 – 120 นาที	2	13.33	-	-	1	9.09
มากกว่า 120 นาที	-	-	1	20.00	-	-
ไม่ระบุ	3	20.00	-	-	1	9.09

ตารางที่ 29 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล และระยะเวลาทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้ และความคิด (n = 15)		การปฏิบัติการพยาบาลด้าน สังคม (n = 5)		การปฏิบัติการพยาบาลแบบ ผสมผสาน (n = 11)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	5	33.33	1	20.00	6	54.55
4 – 6 ครั้ง	6	40.00	2	40.00	4	36.36
7 – 9 ครั้ง	3	20.00	2	40.00	-	-
10 – 12 ครั้ง	1	6.67	-	-	-	-
ไม่ระบุ	-	-	-	-	1	9.09

ตารางที่ 29 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล และระยะเวลาทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้ และความคิด (n = 15)		การปฏิบัติการพยาบาลด้าน สังคม (n = 5)		การปฏิบัติการพยาบาลแบบ ผสมผสาน (n = 11)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล						
วันละ 2 ครั้ง	4	26.67	-	-	2	18.18
1 วัน	4	26.67	1	20.00	2	18.18
วันเว้นวัน	2	13.33	2	40.00	2	18.18
ทุก 3 วัน	1	6.67	-	-	1	9.09
ทุก 1 – 2 สัปดาห์	3	20.00	2	40.00	2	18.18
ไม่ระบุ	1	6.67	-	-	2	18.18

ตารางที่ 29 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล และระยะเวลาทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้ และความคิด (n = 15)		การปฏิบัติการพยาบาลด้าน สังคม (n = 5)		การปฏิบัติการพยาบาลแบบ ผสมผสาน (n = 11)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาล (วัน)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน	9	60.00	1	20.00	2	18.18
15 – 28 วัน	2	13.33	1	20.00	1	9.09
29 – 42 วัน	1	6.67	2	40.00	2	18.18
43 – 56 วัน	1	6.67	-	-	2	18.18
57 – 70 วัน	-	-	-	-	-	-
71 – 84 วัน	-	-	-	-	2	18.18
มากกว่า 85 วัน	-	-	-	-	1	9.09
ไม่ระบุ	2	13.33	1	20.00	1	9.09

จากตารางที่ 29 พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด ส่วนใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ประมาณ 31 – 60 นาที จำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 53.33) ปฏิบัติการพยาบาล 4 – 6 ครั้ง จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 40.00) ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล วันละ 2 ครั้งและทุก 1 วัน จำนวนเท่ากัน ชนิดละ 4 เรื่อง (ร้อยละ 26.67) และใช้ระยะเวลาทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 60.00)

การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ประมาณ 31 – 60 นาที และ 61 – 90 นาที เท่ากัน จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 40.00) ปฏิบัติการพยาบาล 4 – 6 ครั้ง และ 7 – 9 ครั้ง จำนวนเท่ากัน ชนิดละ 2 เรื่อง (ร้อยละ 40.00) ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล วันเว้นวัน และทุก 1 – 2 สัปดาห์ จำนวนเท่ากัน ชนิดละ 2 เรื่อง (ร้อยละ 40.00) และใช้ระยะเวลาทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 29 – 42 วัน จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 40.00)

การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ประมาณ 31 – 60 นาที จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 54.55) ปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 54.55) ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล วันละ 2 ครั้ง ทุก 1 วัน วันเว้นวัน ทุก 1 – 2 สัปดาห์และไม่ระบุ จำนวนเท่ากัน ชนิดละ 2 เรื่อง (ร้อยละ 18.18) และใช้ระยะเวลาทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน 29 – 42 วัน 43 – 56 วัน และ 71 – 84 วัน จำนวนเท่ากัน ชนิดละ 2 เรื่อง (ร้อยละ 28.18)

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 37 ค่า)

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การสอนแนะ	ด้านพฤติกรรม	พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	7.84	ใหญ่
		การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	5.62	ใหญ่
		ความสามารถของผู้ดูแล	1	20	-	-	-	4.84	ใหญ่
	ด้านอื่น ๆ	ความรู้ของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	3.60	ใหญ่
		ความพึงพอใจของผู้ดูแล	2	50	1.12	1.92	0.57	1.52	ปานกลาง
โปรแกรมสุขศึกษา	ด้านพฤติกรรม	ความสามารถของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	4.52	ใหญ่
	ด้านอื่น ๆ	ความรู้ของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	1.38	ปานกลาง
		เจตคติของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	0.83	ปานกลาง
การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย	ด้านพฤติกรรม	ความสามารถของผู้ดูแล	5	150	1.48	4.64	1.23	3.20	ใหญ่
		การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	6	30	1.73	4.22	0.87	2.96	ใหญ่

ตารางที่ 30 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้าน
สุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 37 ค่า)

ชนิดของการปฏิบัติการ พยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้	ด้านพฤติกรรม	ความสามารถของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	2.75	ใหญ่
		การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	4	21	0.31	3.27	1.37	2.24	ใหญ่
	ด้านอื่น ๆ	ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	1	50	-	-	-	1.27	ปานกลาง
		ความรู้ของผู้ดูแล	1	50	-	-	-	1.15	ปานกลาง
		ความพึงพอใจของผู้ดูแล	1	25	-	-	-	0.62	ปานกลาง
การให้ข้อมูลและความรู้	ด้านจิตใจ	ความเครียดของผู้ดูแล	1	50	-	-	-	0.69	ปานกลาง
	ด้านอื่น ๆ	ภาระการดูแลของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	1.46	ปานกลาง
		ความพึงพอใจของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	0.16	ปานกลาง
	ด้านจิตใจ	ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	6	60	-1.78	0.41	0.73	0.68	ปานกลาง
รวม			37	786	-1.78	7.84	2.14	1.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 30 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด 5 ชนิด คือ การสอนแนะ โปรแกรมสุขศึกษา การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และการให้ข้อมูลและความรู้ ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านอื่น ๆ ดังนี้

การสอนแนะ ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 7.84

โปรแกรมสุขศึกษา ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ ความสามารถของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 4.52

การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ให้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ ความสามารถของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 3.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.23

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ ความสามารถของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.75

การให้ข้อมูลและความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.46

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวน
ขนาดอิทธิพล 14 ค่า)

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎี เกสตัลท์	ด้านจิตใจ	ความเครียดของผู้ดูแล	1	12	-	-	-	4.38	ใหญ่
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎี เผชิญความจริง	ด้านจิตใจ	ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	4	6	-2.20	-1.22	0.45	1.90	ปานกลาง
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ด้านพฤติกรรม	การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	2	18	1.13	1.29	0.11	1.21	ปานกลาง
	ด้านจิตใจ	ความเครียดของผู้ดูแล	2	18	-1.41	1.13	1.80	0.14	ปานกลาง
การจงใจ	ด้านพฤติกรรม	พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	4	30	0.51	1.38	0.46	0.96	ปานกลาง
การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	ด้านจิตใจ	ความเครียดของผู้ดูแล	1	20	-	-	-	0.52	ปานกลาง
รวม			14	104	-4.38	1.38	1.80	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 31 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม 5 ชนิด คือ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การจูงใจ และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม และด้านจิตใจ ดังนี้

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความเครียดของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 4.38

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.11

การจูงใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.46

การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความเครียดของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.52

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 26 ค่า)

ชนิดของการปฏิบัติการ พยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การสนับสนุนด้านข้อมูลและ อารมณ์	ด้านอื่น ๆ	ภาระการดูแลของผู้ดูแล	2	40	-10.00	-4.65	3.78	7.33	ใหญ่
	ด้านจิตใจ	ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	3	50	-2.76	-0.94	0.93	1.94	ปานกลาง
การสนับสนุนความต้องการ ด้านข้อมูล กำลังใจ และการมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ด้านจิตใจ	การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทาง จิตใจ	1	40	-	-	-	4.83	ใหญ่
	ด้านพฤติกรรม	การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ	1	40	-	-	-	2.62	ใหญ่
	ด้านอื่น ๆ	การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายใน บ้าน	1	40	-	-	-	2.58	ใหญ่
		การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	1	40	-	-	-	1.47	ปานกลาง
		การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ ไกลกัน	1	40	-	-	-	0.81	ปานกลาง
		การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับ อาชีพ	1	40	-	-	-	0.03	เล็ก

ตารางที่ 32 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 26 ค่า)

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน	ด้านจิตใจ	ความรู้สึกรู้ค่าในตนเองของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	3.41	ใหญ่
		ความเครียดของผู้ดูแล	1	20	-	-	-	1.42	ปานกลาง
	ด้านอื่น ๆ	ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	1	30	-	-	-	3.11	ใหญ่
		การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	2	60	1.36	4.11	1.95	2.73	ใหญ่
	ด้านพฤติกรรม	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	0.94	ปานกลาง
		ความสามารถของผู้ดูแล	1	30	-	-	-	2.67	ใหญ่

ตารางที่ 32 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 26 ค่า)

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง	ด้านอาการ	ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.62	ใหญ่
การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแล	ด้านอื่น ๆ	เจตคติของผู้ดูแล	1	32	-	-	-	2.14	ใหญ่
		ความรู้ของผู้ดูแล	1	32	-	-	-	1.21	ปานกลาง
การส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนด้านอารมณ์	ด้านพฤติกรรม	การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	1	32	-	-	-	1.51	ปานกลาง
	ด้านอื่น ๆ	ภาระการดูแลของผู้ดูแล	2	20	-2.80	-1.46	0.95	2.13	ปานกลาง
การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ	ด้านจิตใจ	ความเครียดของผู้ดูแล	1	40	-	-	-	1.51	ปานกลาง
รวม			26	736	-10.00	4.83	3.23	0.01	เล็ก

จากตารางที่ 32 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน 7 ชนิด คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบบสัน การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยซึ่งง การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแล การส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านอาการ ด้านจิตใจและด้านอื่น ๆ ดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 7.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.78

การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 4.83 และให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.03

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบบสัน ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 3.41

การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยซึ่งง ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ คือ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.66

การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแล ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ เจตคติของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.14

การส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.95

การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความเครียดของผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.51

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านความรู้และความคิด	การสอนแนะ	ด้านพฤติกรรม	3	80	4.84	7.84	1.63	5.98	ใหญ่
		ด้านอื่น ๆ	3	80	1.12	3.60	1.27	2.21	ใหญ่
	โปรแกรมสุขศึกษา	ด้านพฤติกรรม	1	30	-	-	-	4.52	ใหญ่
		ด้านอื่น ๆ	2	60	0.83	1.38	0.39	1.11	ปานกลาง
	การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย	ด้านพฤติกรรม	11	180	1.48	4.64	1.00	3.07	ใหญ่
		ด้านพฤติกรรม	5	51	0.31	3.27	1.20	2.34	ใหญ่
	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ด้านอื่น ๆ	3	125	0.62	1.27	0.35	1.01	ปานกลาง
		ด้านจิตใจ	1	50	-	-	-	0.69	ปานกลาง
	การให้ข้อมูลและความรู้	ด้านจิตใจ	6	60	-1.78	0.41	0.73	0.68	ปานกลาง
		ด้านอื่น ๆ	2	70	-1.46	0.16	1.14	0.65	ปานกลาง
โดยรวม			37	736	-1.78	7.84	2.14	1.99	ปานกลาง

ตารางที่ 33 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านสังคม	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์	ด้านจิตใจ	1	12	-	-	-	4.38	ใหญ่
	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง	ด้านจิตใจ	4	6	-2.20	-1.22	0.45	1.90	ปานกลาง
	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ด้านพฤติกรรม	2	18	1.13	1.29	0.11	1.21	ปานกลาง
		ด้านจิตใจ	2	18	-1.41	1.13	1.80	0.14	ปานกลาง
	การจูงใจ	ด้านพฤติกรรม	4	30	0.51	1.38	0.46	0.96	ปานกลาง
	การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	ด้านจิตใจ	1	20	-	-	-	0.52	ปานกลาง
		โดยรวม		14	104	-4.38	1.38	1.80	0.47

ตารางที่ 33 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
แบบผสมผสาน	การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	ด้านอื่น ๆ	2	40	-10.00	-4.65	3.78	7.33	ใหญ่
		ด้านจิตใจ	3	50	-2.76	-0.94	0.93	1.94	ปานกลาง
	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแล	ด้านจิตใจ	1	40	-	-	-	4.83	ใหญ่
		ด้านพฤติกรรม	1	40	-	-	-	2.62	ใหญ่
	การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน	ด้านอื่น ๆ	4	160	0.03	2.58	1.08	1.22	ปานกลาง
		ด้านพฤติกรรม	1	30	-	-	-	2.67	ใหญ่
		ด้านอื่น ๆ	4	130	0.94	4.11	1.49	2.38	ใหญ่
	การจัดการกับอาการและร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยชีกง	ด้านจิตใจ	2	50	-1.42	3.41	3.42	0.99	ปานกลาง
		ด้านอาการ	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.63	ใหญ่
	การส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนด้านอารมณ์	ด้านอื่น ๆ	2	20	-2.80	-1.46	0.95	2.13	ปานกลาง

ตารางที่ 33 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 77 ค่า)

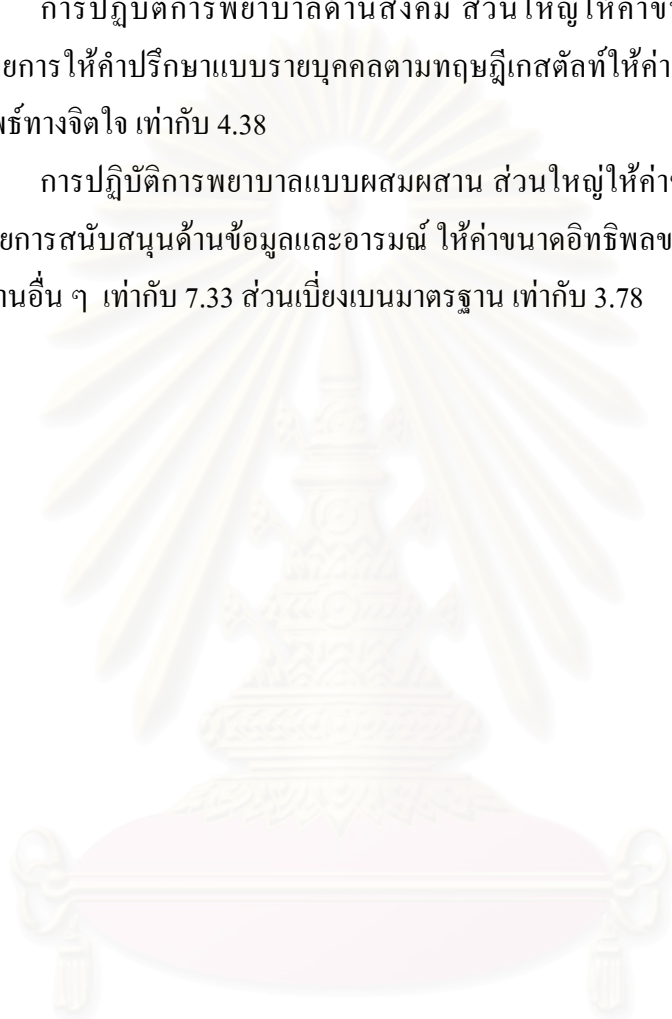
ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
	การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และ	ด้านอื่น ๆ	2	64	1.21	2.14	0.66	1.68	ปานกลาง
	ความสามารถในการดูแล	ด้านพฤติกรรม	1	32	-	-	-	1.51	ปานกลาง
	การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ	ด้านจิตใจ	1	40	-	-	-	1.51	ปานกลาง
		โดยรวม	26	736	-10.00	4.83	3.23	0.01	เล็ก

จากตารางที่ 33 จากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการสอนแนะให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม เท่ากับ 5.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.63

การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางจิตใจ เท่ากับ 4.38

การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ เท่ากับ 7.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.78



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 29 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
พฤติกรรมดูแลผู้ป่วย	ด้านความรู้และความคิด	การสอนแนะ	1	30	-	-	-	7.84	ใหญ่
		การจูงใจ	4	30	0.51	1.38	0.46	0.96	ปานกลาง
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	ด้านความรู้และความคิด	การสอนแนะ	1	30	-	-	-	5.26	ใหญ่
		การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย	6	30	1.73	4.22	0.87	2.96	ใหญ่
	แบบผสมผสาน	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	4	21	0.31	3.27	1.37	2.24	ใหญ่
		การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล	1	32	-	-	-	1.51	ปานกลาง
ความสามารถของผู้ดูแล	ด้านสังคม	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	2	18	1.13	1.29	0.11	1.21	ปานกลาง
	ด้านความรู้และความคิด	การสอนแนะ	1	20	-	-	-	4.84	ใหญ่

ตารางที่ 34 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 29 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความสามารถของผู้ดูแล	ด้านการรู้และความคิด	โปรแกรมสุขศึกษา	1	30	-	-	-	4.52	ใหญ่
		การสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย	5	150	1.48	4.64	1.23	3.20	ใหญ่
		การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1	30	-	-	-	2.75	ใหญ่
		แบบผสมผสาน	1	30	-	-	-	2.67	ใหญ่
การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล	1	40	-	-	-	2.62	ใหญ่
รวม			29	491	0.31	7.84	1.66	2.79	ใหญ่

จากตารางที่ 34 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาผลของการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม 4 ชนิด คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความสามารถของผู้ดูแล และการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ดังนี้

พฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการสอนแนะ เท่ากับ 7.84

การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการสอนแนะ เท่ากับ 5.26

ความสามารถของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อโปรแกรมสุศึกษา เท่ากับ 4.52

การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล เท่ากับ 2.62



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 2 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	การจัดการกับอาการร่วมกับ การบริหารกาย – จิต ด้วยซี่กง	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.61	ใหญ่
		รวม	2	40	-3.79	-1.44	1.66	2.61	ใหญ่

จากตารางที่ 35 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาผลของการปฏิบัติกรพยายามต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ 1 ชนิด คือ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิต ด้วยซิงเก้ เท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.66



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 22 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การปรับตัวด้านความไม่ สุขสบายทางจิตใจ ความเครียดของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแล	1	40	-	-	-	4.83	ใหญ่
		การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎี เกสตัลท์	1	12	-	-	-	4.38	ใหญ่
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	1	20	-	-	-	0.52	ปานกลาง
		การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน	2	18	-1.41	1.13	1.80	0.14	ปานกลาง
		การปฏิบัติโยคะ	1	40	-	-	-	1.51	ปานกลาง
	ด้านการรู้และความคิด	การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน	1	20	-	-	-	1.42	ปานกลาง
		การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1	50	-	-	-	0.69	ปานกลาง
		การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล	1	30	-	-	-	3.41	ใหญ่

ตารางที่ 36 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 22 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ	ประเภทการปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความวิตกกังวลของ ผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	3	50	-2.76	-0.94	0.93	1.94	ปานกลาง
	ด้านสังคม	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎี เผชิญความจริง	4	6	-2.20	-1.22	0.45	1.90	ปานกลาง
	ด้านความรู้และความคิด	การให้ข้อมูลและความรู้	6	60	-1.78	0.41	0.73	0.68	ปานกลาง
รวม			22	346	-4.38	4.83	1.97	0.82	ปานกลาง

จากตารางที่ 36 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ 3 ชนิด คือ การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ความเครียดของผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ดังนี้

การปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 4.83

ความเครียดของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 4.38

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล เท่ากับ 3.41

ความวิตกกังวลของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดต่อการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เท่ากับ 1.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.93

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 37 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 24 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความรู้ของผู้ดูแล	ด้านการรู้และความคิด	การสอนแนะ	1	30	-	-	-	3.60	ใหญ่
		โปรแกรมสุขศึกษา	1	50	-	-	-	1.38	ปานกลาง
		การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1	50	-	-	-	1.15	ปานกลาง
	แบบผสมผสาน	การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล	1	32	-	-	-	1.21	ปานกลาง
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	แบบผสมผสาน	การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล	1	30	-	-	-	3.11	ใหญ่
		การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1	50	-	-	-	1.27	ปานกลาง
การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล	2	60	1.36	4.11	1.95	2.73	ใหญ่

ตารางที่ 37 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 24 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ภาระการดูแลของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	2	20	-10.00	-4.65	3.78	7.33	ใหญ่
		การส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล	2	40	-2.80	-1.46	0.95	2.13	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	แบบผสมผสาน	ด้านการรู้และความคิด	1	40	-	-	-	1.46	ปานกลาง
		การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล	1	40	-	-	-	2.58	ใหญ่
เจตคติของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล	1	32	-	-	-	2.14	ใหญ่
ความพึงพอใจของผู้ดูแล	ด้านการรู้และความคิด	การส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล	1	32	-	-	-	2.14	ใหญ่
		การสอนแนะ	2	50	1.12	1.92	0.56	1.52	ปานกลาง
		โปรแกรมสุขศึกษา	1	30	-	-	-	0.83	ปานกลาง
		การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1	25	-	-	-	0.62	ปานกลาง
		การให้ข้อมูลและความรู้	1	30	-	-	-	0.16	ปานกลาง

ตารางที่ 37 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลและชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 24 ค่า)

ชนิดของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล	1	40	-	-	-	1.47	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	แบบผสมผสาน	การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล	1	40	-	-	-	0.94	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล	1	40	-	-	-	0.81	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	แบบผสมผสาน	การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล	1	40	-	-	-	0.03	เล็ก
รวม			24	749	-10.00	4.11	2.94	0.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 37 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ 11 ชนิด คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ความรู้ของผู้ดูแลความเชื่อในความสามารถของตนเอง การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เจตคติของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแล การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ดังนี้

ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เท่ากับ 7.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.78

การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล เท่ากับ 2.58

เจตคติของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เท่ากับ 2.14

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดขนาดปานกลาง โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดต่อการสอนแนะ เท่ากับ 1.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.56

การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล เท่ากับ 1.47

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลเท่ากับ 0.94

การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล เท่ากับ 0.81

การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล เท่ากับ 0.03



ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

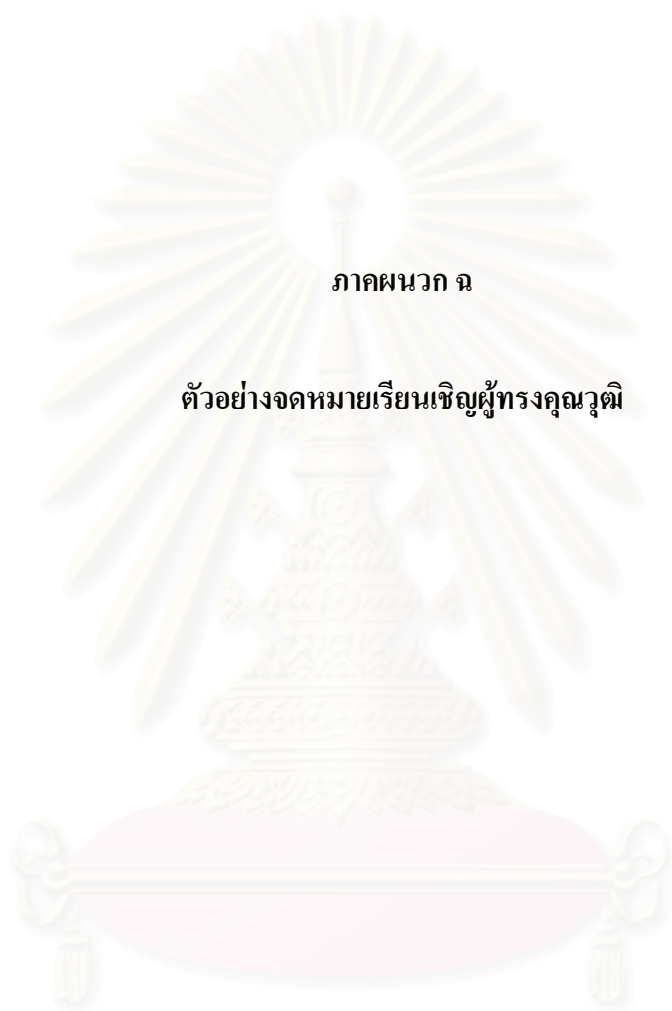
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสวตักษณ์ จิรธรรมคุณ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์พยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ สินีนาถ เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นนทบุรี
5. พันตำรวจเอกหญิง นฤมล เพียรเจริญ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท
โรงพยาบาลตำรวจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ธรรมสอน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวิชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา ธรรมสอน โทร. 086-731-5113

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ธรรมสอน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา ธรรมสอน โทร. 086-731-5113

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ธรรมสอน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญรัชช์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา ธรรมสอน โทร. 086-731-5113

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ธรรมสอน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ สินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ สินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา ธรรมสอน โทร. 086-731-5113

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ธรรมสอน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจเอกหญิง นฤมล เพ็ชรเจริญ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พันตำรวจเอกหญิง นฤมล เพ็ชรเจริญ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา ธรรมสอน โทร. 086-731-5113



ภาคผนวก ช

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิธีคำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ กลาส แม็กกอร์ และสมิธ (Glass, McGraw, 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 X_{post} = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง
 \bar{X}_{pre} = ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง
 S = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

โดยที่ X_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
 \bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ
 S_2 = 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} = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2
 S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลัง และเสนอเฉพาะค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (Gain score)

$$d = (\overline{G_E} - \overline{G_C}) / S_G$$

$$S_G = \sqrt{S_E^2 + S_C^2 + r_{EC} S_E S_C}$$

โดยที่	G_E	=	ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง
	$\overline{G_C}$	=	ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม
	r_{EC}	=	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	S_E	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
	S_C	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
	S_G	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

6. กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และเสนอค่าสถิติ t และ F เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเท่ากัน

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

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

- เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่เท่ากัน

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

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

SE = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

- เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

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

โดยที่ r_{EC} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- เสนอค่า F เมื่อมี 2 กลุ่ม

$$d = 2 \cdot \sqrt{F(1 - r_{EC}^2)(df_W - 1) / (n_E + n_C)(df_W - 2)}$$

6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

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

$$\text{โดยที่ } S_Y = MS_W = MS_B / F$$

$$MS_B = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม}$$

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

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

$$\text{โดยที่ } r_{pb} = \text{ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ้อยไบซีเรียล}$$

$$U = \text{Ordinate of unit normal distribution}$$

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

$$\text{โดยที่ } U = \text{ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test}$$

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

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

$$\text{โดยที่ } \bar{Y}_E = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง}$$

$$\bar{Y}_C = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม}$$

$$S_Y = \text{ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

$$SS_B = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม}$$

$$SS_{AB} = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์}$$

$$SS_W = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม}$$

$$df_B = \text{ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม}$$

$$df_{AB} = \text{ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์}$$

$$df_W = \text{ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม}$$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม (Covariance adjusted score)

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

$$SC = \sqrt{MS_w (df_w - 1) / [(1 - r_{XY}^2) (df_w - 2)]}$$

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



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววาสนา ธรรมสอน เกิดวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดน่าน สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อปีการศึกษา 2544 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยราชกุมารีอนุรักษ์กลาง โรงพยาบาลน่าน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย