

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย
โรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

นางสาวณัชชา ภิรมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2551
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS EMPHASIZING SELF
MANAGEMENT ON HEALTH OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH
CHRONIC ILLNESS IN THAILAND: A META- ANALYSIS

Miss Natcha Pirom

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 2008
Copyright of Chulalongkorn University

ณัชชา ภิรมย์ : ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS EMPHASIZING SELF MANAGEMENT ON HEALTH OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESS IN THAILAND : A META- ANALYSIS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 151 หน้า

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) ศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรมและด้านองค์รวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระการวิจัยต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัย ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2551 จำนวน 25 เรื่อง เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสรุปคุณลักษณะงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 56 ค่า

ผลการสังเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (80.00%) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทั้งหมด ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในปี 2550 (40.00%) เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง (55.36%) คุณภาพโดยรวมของงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (88.00%) โดยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (44.00%) การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่นำมาศึกษามากที่สุดคือการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม (32.20%) โดยส่วนใหญ่เน้นการฝึกทักษะในการปฏิบัติ ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ ด้านร่างกาย (41.40%)

2. ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ($d=21.11$) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม ให้ค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด ($d=0.90$) ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกตามรายโรค ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ($d=4.02$) โรคปวดหลังส่วนล่างมีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด ($d=0.23$)

3. คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระการวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$)

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2551..... ลายมือชื่ออ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977835436 : MAJOR ADUL NURSING

KEYWORDS : SELF-MANAGEMENT/ HEALTH OUTCOMES/CHRONIC ILLNESS

NATCHA PIROM: THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS EMPHASIZING SELF MANAGEMENT ON HEALTH OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESS IN THAILAND : A META-ANALYSIS THESIS PRINCIPAL ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., RN., 151 pp.

The purpose of this meta analysis were 1) to study methodological and substance characteristics of nursing interventions emphasizing self-management on health outcomes in adult patient with chronic illness 2) to compare the effect sizes of nursing interventions emphasizing self-management on health outcomes : functional health outcomes, symptom health outcomes, psychological health outcomes, behavioral health outcomes and holistic health outcomes in adult patient with chronic illness. 3) to study relationship of methodological and substance characteristics on effect size. Twenty-five quasi-experimental studies conducted in Thailand during 1997- 2008 were recruited. Studies were analyzed for general, methodological, and substance characteristics. Effect size for each study was calculated using method of Glass, McGaw & Smith (1981). This meta- analysis yielded 56 effect sizes.

Results were as followings:

1. The majority of these studies were Master's thesis (80.00%) in the field of Nursing Science (100%). Most of the studies were published in 2007(40.00%). Most instruments used in the research studies were tested for reliability and validity; more than half of them were very good quality. Almost of the studies in patient with diabetic mellitus (44.00%). Mostly of these studies were self-management on behavior (32.20%) and functional health outcomes (41.40%).

2. Nursing interventions emphasizing self-management on health outcomes had large effect size on health behaviors outcome. Health behaviors outcome had the largest effect size on self-management ($d=21.11$), and the lowest effect size was on holistic outcomes ($d=0.90$). Self-management in person with chronic obstructive pulmonary disease had the largest effect size ($d=4.02$). Self-management in person with chronic low back pain is lowest effect-size ($d=0.23$).

3. Relationship of methodological and substance characteristics on effect size of nursing interventions emphasizing self-management on health outcomes were low degree ($r < 0.30$).

Field of Study:Adult Nursing..... Student's Signature:

Academic Year:..... 2008..... Principal Advisor's Signature:

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอิง จากผู้ช่วย-ศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอขอบคุณ คุณนัจฉิยา เพ็ชรสูงเนิน และคุณปาริชาติ รัตนสิมานนท์ รวมทั้งเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ขอบพระคุณบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัวผู้วิจัย ที่มีส่วนช่วยเหลือเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

สารบัญ

หน้า	
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง.....	13
งานวิจัยที่เกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย	86
อภิปรายผลการวิจัย	91

รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	114
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	118
ภาคผนวก ค ตารางแสดงการปฏิบัติการพยาบาลแยกตามองค์ประกอบ การจัดการตนเอง.....	122
ภาคผนวก ง ตารางแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่าขนาดอิทธิพล.....	129
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	140
ภาคผนวก ช สถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	145
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	149

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน.....	58
2 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	59
3 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ ของงานวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาล.....	62
4 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ ของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยในงานวิจัย.....	63
5 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง.....	64
6 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	65
7 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	67
8 จำนวน ร้อยละของค่าขนาดอิทธิพล.....	68
9 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ.....	69
10 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพด้านร่างกาย.....	70
11 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพด้านอาการ.....	71
12 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพด้านจิตใจ.....	72
13 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม.....	73
14 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพด้านองค์รวม.....	74
15 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรัง.....	75

16	ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรังและชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	76
17	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลเฉลี่ยกับความครบถ้วนขององค์ประกอบของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง.....	80
18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล.....	81
19	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล.....	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมากรวมทั้งเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆของประชากร จากการสำรวจข้อมูล 5 อันดับแรกที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต พบว่า มีเพียงอุบัติเหตุเท่านั้นที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน อีก 4 อันดับที่เหลือ คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ล้วนเป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้น นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นเรื่อยๆ จากเดิมปี 2546 จำนวน 608,894 คน ปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 710,720 คน ปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 796,309 คน ปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 957,842 คน และปี 2550 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวรวม 1,084,337 คน (ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

โรคเรื้อรัง เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่ค่อยหายจากการเจ็บป่วย และไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ และเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หาย มักจะใช้ชีวิตโดยคิดว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ส่งผลให้เกิดภาวะกับบุคคลรอบข้าง จากการที่ผู้ป่วยทำตัวเป็นภาระและอยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงสูง ทำให้เกิดผลกระทบและผลเสียตามมา ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและชุมชน (อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545) และเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักจะคิดว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด หรือไม่ยอมออกจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นภาวะวิกฤต นั่นคืออยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงทีมสุขภาพตลอดเวลา ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียทั้งเวลา แรงงาน และภาระค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ปัจจุบันรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องมีภาระหน้าที่การดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้งำเริบขึ้น การให้ความรู้และทักษะต่างๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย (Tobin et al., 1986) แนวคิดการจัดการด้วยตนเองได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถและทักษะในการควบคุมอาการของโรคด้วยตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) ซึ่งแนวทางการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรม คือ สามารถควบคุมโรค ปรับปรุงภาวะสุขภาพ ช่วยลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและลดการนอนในโรงพยาบาล

การจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การประสบผลสำเร็จในการมีชีวิตอยู่กับภาวะของโรคอย่างปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในการมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำให้มีงานสำคัญที่ผู้เจ็บป่วยต้องรับผิดชอบเกิดขึ้นมากกว่าการดำเนินชีวิตในภาวะ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากนี้ตัวบุคคลนั้นเอง บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทเพียงกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่เปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง ด้วยการจูงใจให้เริ่มเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Kanfer, 1991) บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการด้วยตนเอง เป็นการช่วยแนะแนวทางเลือกและดัดแปลงให้เหมาะสม โดยมีลักษณะเฉพาะซึ่งสามารถประยุกต์ในปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้เกิดความคงที่ของอารมณ์ รวมถึงผลของกิจกรรมที่ปรับตามสภาพการณ์และการเสื่อมถอย ซึ่งผลจากการจัดการด้วยตนเองก่อให้เกิดประโยชน์จากการให้บริการทางสุขภาพ การจัดการด้วยตนเองเป็นทางเลือกสำหรับการดูแลรักษา มุ่งให้ผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ได้รับความช่วยเหลือกลายเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจสำหรับการดูแลรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลตามจารีตประเพณี และปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ ดังนั้นการจัดการด้วยตนเองจะประกอบไปด้วย การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการรักษา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig and Holman, 2000)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีการนำเสนอแนวทางการจัดการตนเองอย่างหลากหลาย แต่แนวคิดที่นิยมนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย แนวคิดของ Tobin et al. (1986)

แนวคิดของ Kanfer (1988) และ แนวคิดการจัดการตนเองของ Cormier & Nurius, 2003 ซึ่งมี การกล่าวถึงกลวิธีที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีจุดประสงค์หลักที่เหมือนกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ และพื้นฐานของแนวคิดการ จัดการตนเอง มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจาก การกำหนดซึ่งกันและ กัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน พฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Bandura, 1986)

สำหรับในประเทศไทย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นแนวคิดการ จัดการตนเอง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และเป็นการวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เหล่านี้ คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้วิธีการปฏิบัติการ พยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการฝึกทักษะในเรื่องต่างๆ การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การบันทึกการติดตามตนเองให้เป็นไปตามโปรแกรมที่วาง ไว้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนด้วยวิธีต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับด้านสรีรวิทยา ซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่ม โดยประยุกต์จากแนวคิดในการจำแนกองค์ประกอบของ การจัดการตนเอง ของTobin et al. (1986) ผู้วิจัยจึงได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการ จัดการตนเองออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การจัดการตนเองด้าน สิ่งแวดล้อม การจัดการตนเองด้านการรับรู้ และการจัดการตนเองด้านสรีรวิทยา

การจัดการตนเองด้านพฤติกรรม เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการกระทำก่อให้เกิด ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเองในเรื่องที่ส่งผลต่อกระบวนการของโรค เช่น การฝึกทักษะการทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะ (จิตติมา จรุงสุทธิ, 2545; จินตนา ทองเพชร, 2550) การฝึกทักษะการบริหารหายใจ (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548; จุฬารัตน์ คำพานุศย์, 2550; พรทิพย์ อุ่นจิตร, 2548; ไพรวลัย โคตรตะ, 2547; รัตนา พรหมบุตร, 2550; สมพร พงศ์ชู, 2550; อุทัยพรรณ รุดคง, 2549)

การจัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อ กระบวนการรับรู้ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน (จิตติมา จรุงสุทธิ, 2545; จินตนา ทองเพชร, 2550; จุฬารัตน์ คำพานุศย์, 2550; นันทิยา ไพศาลบรรศรี, 2550; พัชรินทร์ ดวงคล้าย, 2546; พรทิพย์ อุ่นจิตร, 2548; รัชวรรณ ตู๊แก้ว, 2550; รัตนา พรหมบุตร, 2550; วราภรณ์ เสียงดี, 2549; สุภัทสร ชมพู, 2551; อุทัยพรรณ รุดคง, 2549; Wattana, 2006; Samranyat, 2006; Kangchai, 2002) การกระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์ (นันทิยา พันธุศาสตร์, 2549; ปาริชาติ ทองสาลี, 2550; รัชนีกร ราชวัฒน์, 2550; รัชวรรณ ตู๊แก้ว, 2550;

สุภัสสร ชมพู, 2551; เสาวลักษณ์ คุณทวี, 2550; อุทัยพรรณ รุดคง, 2549; Samranyat, 2006; Keeratiyuttawong, 2005; Thanasilp, 2002)

การจัดการตนเองด้านการรับรู้ เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคล และรายกลุ่ม โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองทุกงานวิจัยประกอบด้วยองค์ประกอบของการจัดการตนเองด้านการรับรู้ (จิตติมา จุณฺญสิทธิ, 2545; จินตนา ทองเพชร, 2550; จินตนา บัวทองจันทร์, 2548; จุฬารัตน์ คำพานุตย์, 2550; พรทิพย์ อุ่นจิตร, 2548; ไพรวลัย โคตรตะ, 2547; รัตนา พรหมบุตร, 2550; สมพร พงศ์ชู, 2550; อุทัยพรรณ รุดคง, 2549)

การจัดการตนเองด้านสรีรวิทยา เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ทั้งกระบวนการของโรค และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค เช่น การบริหารการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548; จุฬารัตน์ คำพานุตย์, 2550; พรทิพย์ อุ่นจิตร, 2548; ไพรวลัย โคตรตะ, 2547; รัตนา พรหมบุตร, 2550; อุทัยพรรณ รุดคง, 2549) การออกกำลังกาย (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548; จุฬารัตน์ คำพานุตย์, 2550; รัตนา พรหมบุตร, 2550; วราภรณ์ เสียงดี, 2549; Wattana, 2006; Keeratiyuttawong, 2005) การบริหารกล้ามเนื้อหลังเพื่อลดอาการปวดหลัง (นันทิดา พันธุศาสตร์, 2549) การบริหารท่าโยคะในผู้ป่วยเบาหวาน (ปาริชาติ ทองสาลี, 2550; รัชนีกร ราชวัฒน์, 2550; ศิริพร เพิ่มพูน, 2547) การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (พัชรินทร์ ดวงคล้าย, 2546) การบริหารกาย-จิตแบบชี่กงในผู้ป่วยเบาหวาน (เสาวลักษณ์ คุณทวี, 2550) และการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อไม่อยู่ (Kangchai, 2002)

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในแต่ละงานวิจัย มีองค์ประกอบของการจัดการตนเองเหมือนและแตกต่างกัน แต่ทั้งหมดก็มีผลในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในด้านใดที่มีความคุ้มค่าและความสะดวกในการปฏิบัติ และให้ประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด นอกจากนี้จากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดียวกันใช้การปฏิบัติการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมือนกัน เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ การลดระดับน้ำตาลในเลือด มีทั้งงานวิจัยที่ใช้การจัดการตนเองร่วมกับการปฏิบัติโยคะ (ปาริชาติ ทองสาลี, 2550) และงานวิจัยที่ใช้การจัดการตนเองร่วมกับการบริหารกาย- จิตแบบชี่กง (เสาวลักษณ์ ทวีคุณ, 2550)

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงคลุมเครือ ผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถสรุปให้ชัดเจนได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านใดมากที่สุด หรือมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดใดมากที่สุด นอกจากนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในองค์ประกอบที่แตกต่างกันมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเหมือนหรือต่างกันอย่างไร จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น การรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่งก็คือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ(meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณวิธีหนึ่งที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่องซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพลอันเป็นดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ(กรองไค อุดมhusut, 2539) ในงานวิจัยเชิงทดลองค่าขนาดอิทธิพลจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการประมาณค่าความสำคัญของตัวแปรจัดกระทำ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ซึ่งจะแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั่นเอง ข้อสรุปของผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ได้ กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้แนวทางการปฏิบัติบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์นั้น เป็นการนำผลการวิจัยในการปฏิบัติโดยมีการพิจารณาอย่างรอบคอบจากหลักฐานที่ดีที่สุด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้การดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และมั่นใจ ทำให้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพการให้บริการที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทุกด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความเด่นชัดมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำผลการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยมีค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นตัวแปรตาม และมีคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวแปรอิสระโดยเลือกใช้วิธีของ Glass, McGaw and Smith (1981) ซึ่งเป็นวิธีวิเคราะห์ข้อมูลในการ

วิเคราะห์ห่อภิมาน ได้มีนักวิจัยหลายคนได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการวิเคราะห์ห่อภิมาน ได้สรุปได้ว่าวิธีของ Glass ยังเป็นวิธีที่เหมาะสม ได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง (วิจิตรศรีสุพรรณ,2545) มีวิธีการคำนวณที่เหมาะสมเมื่อกลุ่มควบคุมมีขนาดใหญ่ โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม มีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยที่แตกต่างกันได้ และมีสูตรในการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบ คือ สูตรประมาณค่าจากสถิติโดยตรงและสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความชัดเจนและเป็นหน่วยเดียวกัน (นงลักษณ์ วิรัชชัย,2542) ซึ่งสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้จริง และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์สามารถใช้งานวิจัยทุกงานที่รวบรวมมาได้โดยไม่ต้องสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุดหรือประเมินคุณภาพของงานวิจัยก่อนเพราะอาจทำให้สูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผล การสังเคราะห์จึงมีความสมบูรณ์ในการนำงานวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลและให้ความสำคัญกับงานวิจัยแต่ละเรื่อง ทำให้ได้ผลการสังเคราะห์ที่สามารถนำไปอ้างอิงและเป็นแหล่งข้อมูลในการพัฒนางานวิจัย เพื่อหารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการดูแลตนเองที่ดี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และช่วยให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจนข้อสรุปเหล่านี้สามารถบ่งชี้ถึงทิศทางและแนวโน้มของงานวิจัย รวมทั้งลดการสะสมงานวิจัยที่ซ้ำซ้อน (Likitracharoen, 2000; วัลลา ตันยโยทัย,2540 และสุคนธ์ มีเนตรทิพย์,2540) ทำให้งานวิจัยทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยเกิดความครอบคลุมและต่อเนื่อง และสามารถเป็นองค์ความรู้ใหม่ๆในอนาคต และสามารถนำผลงานวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองเป็นอย่างไร
2. ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร
3. คุณลักษณะของงานวิจัยมีความสัมพันธ์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง

2. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรังแยกตามรายโรค
4. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในแต่ละด้านต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw & Smith (1981)

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ (Adult and older adult) ในประเทศไทย จัดกระทำแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2551
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ (Adult and older adult) ในประเทศไทย จัดกระทำแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2551 ที่มีค่าสถิติเพียงพอ คือ มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อที่จะสามารถนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

- (1) ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระการวิจัย
- (2) ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โรคเรื้อรัง (chronic illness) หมายถึง ความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่ หรือ

เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรง และอาการสงบ ต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเอ็ดส์ โรคหืด โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โรคปวดหลังส่วนล่าง

2. การจัดการตนเอง (self-management) เป็นวิธีการที่กระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และการรักษาของตนเองเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงของสภาวะสุขภาพตนเอง และจัดการกับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ

2.1 องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral) เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการกระทำก่อให้เกิดความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเองในเรื่องที่ส่งผลต่อกระบวนการของโรค ได้แก่ การฝึกทักษะการทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะ การฝึกทักษะการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การฝึกทักษะการพ่นยา การฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อหลัง การฝึกทักษะโยคะ การฝึกทักษะการบริโภคกล้ามเนื้อต้นขา การฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก การฝึกทักษะการจัดการตนเองเรื่องอาหาร ยาและการดูแลเท้า การฝึกทักษะการลดอาการปวด การฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การบันทึกการติดตามตนเอง การบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การบันทึกการปฏิบัติต่างๆ

2.2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental – social) เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว การกระตุ้นเตือนด้วยวิธีต่างๆโดยเจ้าหน้าที่ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การส่งจดหมาย การส่งไปรษณียบัตร

2.3 องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive) เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม

2.4 องค์ประกอบด้านสรีรวิทยา (Physiological) เป็นการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ทั้งกระบวนการของโรค และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การบริหารท่าโยคะ การบริหารกาย-จิตแบบซิงก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผลขั้นสุดท้าย อันเกิดมาจากการปฏิบัติกรพยาบาล ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลง

ของภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นและคุกคาม จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพออกได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Functional Health Outcomes) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐาน หรือกิจวัตรประจำวันของชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก ความดันโลหิต ผลการรักษาวัณโรคปอด ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรบกวนจากความเจ็บปวด ความถี่ของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

3.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงอาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการปวดหลัง อาการปวดเข้า อาการกำเริบเฉียบพลัน อาการปอดอักเสบ

3.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ ความวิตกกังวล ความผาสุก ความเครียด ผลกระทบด้านจิตสังคม

3.4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavioral Health Outcomes) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วย เป็นการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติการจัดการตนเอง ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการสังเกตตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมความเจ็บปวด การดูแลตนเอง

3.5 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความรู้เรื่องโรค ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. **คุณลักษณะของงานวิจัย** (Characteristics of research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์หรืออภิमान สามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ดังนี้

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ได้แก่ ประเภทของงานวิจัย สาขาวิชาที่ผลิตงานวิจัยและ ปีที่พิมพ์เผยแพร่

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย กรอบแนวคิด สมมติฐานของงานวิจัยระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สถานที่เก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ ชนิดของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็นโรค ประเภทของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง (แยกตามองค์ประกอบของการจัดการตนเอง) ความถี่ของการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อครั้ง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยในทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติในงานวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งข้อสรุปใหม่ในภาพรวมของปัญหา ตามวิธีของ Glass, McGaw and Smith (1981) ซึ่งมีสูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบ คือ สูตรประมาณค่าจากสถิติโดยตรงและสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ (สูตรคำนวณในภาคผนวก)

6. ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่แสดงถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วัดได้ในงานวิจัยแต่ละเรื่องในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม และนำค่าของขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปรียบเทียบ การแบ่งเกณฑ์การเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลแบ่งจากค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดที่ได้จากการคำนวณ (Intra-criteria) ได้แก่ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 0-33 ค่าขนาดอิทธิพลตั้งแต่ 0.01- 0.78 เท่ากับ ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 34-66 ค่าขนาดอิทธิพลตั้งแต่ 0.79- 1.60 เท่ากับ ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 67-100 ค่าขนาดอิทธิพลตั้งแต่ 1.61- 21.11 เท่ากับ ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

7. คุณภาพงานวิจัย (Quality of primary research) หมายถึง ค่าคะแนนที่ผู้วิจัยประเมินจากความถูกต้องและเหมาะสมจากกระบวนการวิจัย โดยประเมินจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพของ นัฐิยา เพียรสูงเนินและชนกพร จิตปัญญา (2551) โดยแบ่งระดับคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

76-100 คะแนน	หมายถึง	ดีมาก
51-75 คะแนน	หมายถึง	ดี
26-50 คะแนน	หมายถึง	พอใช้
0-25 คะแนน	หมายถึง	ต้องปรับปรุง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ที่มีประสิทธิภาพตามความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยและการให้บริการ และเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องการ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้ผลการสังเคราะห์ที่สามารถนำไปอ้างอิงและเป็นแหล่งข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยเพื่อหารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มีการดูแลตนเองที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะของโรคอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจน รวมทั้งลดการสะสมงานวิจัยที่ซ้ำซ้อน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการปฏิบัติกายาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติกายาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์หรือมิทาน (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw and Smith (1981) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญซึ่งนำเสนอตามลำดับดังนี้

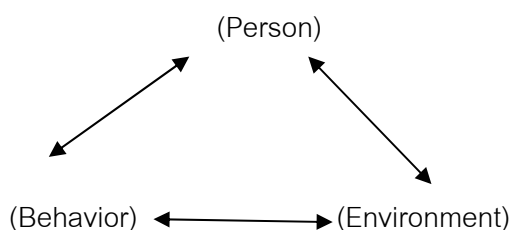
1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง
 - 1.1 คำจำกัดความของการจัดการตนเอง
 - 1.2 แนวคิดทางทฤษฎีของการจัดการตนเอง
 - 1.3 บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกายาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพ
 - 2.2 ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.1 ความหมายของการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.3 หลักการของการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.4 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.5 ขั้นตอนในการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์หรือมิทาน
 - 3.7 ประโยชน์ของการวิเคราะห์หรือมิทาน
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

สรุปการจัดการตนเอง เป็นวิธีการที่กระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และการรักษาของตนเองเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะสุขภาพตนเอง และจัดการกับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม

1.2 แนวคิดทางทฤษฎีของการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการเสนอแนวคิดทฤษฎีของการจัดการตนเองที่หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดทางทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานของการจัดการตนเอง และได้รับความนิยมนำมาเป็นแนวคิดพื้นฐานของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ได้แก่

1.2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive Theory) ของ Albert Bandura เป็นแนวคิดพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจาก การกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Bandura, 1986) ดังรูป



การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัย และมีอิทธิพลของทั้ง 3 ปัจจัยไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลา ในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ เช่น บุคคลกับพฤติกรรม แสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ขณะเดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะ การคิด และการตอบสนองทางอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย และระบบการรับรู้และระบบประสาทที่มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล

สิ่งแวดล้อมและบุคคล เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อมความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้น จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ให้ข้อมูล และกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์โดยผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกันจาก

สภาพแวดล้อมทางสังคมที่อาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายภาพ เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ

พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเงื่อนไข สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ครูผู้สอนจะไม่มีอิทธิพลต่อนักเรียน จนกว่าเด็กจะเข้าห้องเรียน

แต่ Troesen & Kirmil-Gray (cited in Tobin et al.1986) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านสรีระเพิ่มเติม ว่าเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค และมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางพฤติกรรม บุคคล สิ่งแวดล้อม

1.2.2 แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al.,1986 กล่าวว่

แนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม(Behavioral) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม(Environmental – social) องค์ประกอบด้านการรับรู้ (Cognitive) องค์ประกอบด้านสรีระวิทยา(Physiological)

องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral) สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ความชำนาญเพื่อสร้างความสามารถของตนเอง และจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการของโรค

องค์ประกอบด้าน สิ่งแวดล้อม (Environmental – social) จะก่อให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมจะบอกถึงลำดับการตอบสนองตามลำดับ บอกถึงการกระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่โดยสรีระวิทยาโดยตรง

องค์ประกอบด้านการรับรู้ (Cognitive) มีบทบาทสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมในรูปแบบของการจัดการตนเอง ซึ่งส่วนประกอบของการรับรู้มีเป้าหมายทั้งทางด้านทักษะ ความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตน การรับรู้สามารถก่อให้เกิดการวางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามกระบวนการทางกายภาพ และควบคุมกระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบด้านสรีระวิทยา (Physiological) การรักษาโรคเรื้อรังต้องพิจารณาองค์ประกอบด้านกายภาพหลายอย่างทั้งกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้น

1.2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, 1988 กล่าวว่

กลวิธีที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการด้วยตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ กลวิธีเหล่านี้เป็นวิธีการจัดการตนเองที่เน้นพฤติกรรม (Self-Management Behavior Approach) ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมาย คือ สิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายจะไม่ประสพผลสำเร็จถ้าเป้าหมายนั้นขัดแย้งกับเป้าหมายอื่นของเขา การตั้งเป้าหมายในกิจกรรมต่างๆที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน จะทำให้งานนั้นสำเร็จได้

(2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วย การติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังตัวที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัว

ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

(2.1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย

(2.2) จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้

ชัดเจน

(2.3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึก

(2.4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

(2.5) แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

(2.6) วิเคราะห์ข้อมูลที่ทำการบันทึก

(3) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่สังเกตได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

(4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งสำเร็จ การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมแรงทางบวก และทางลบ

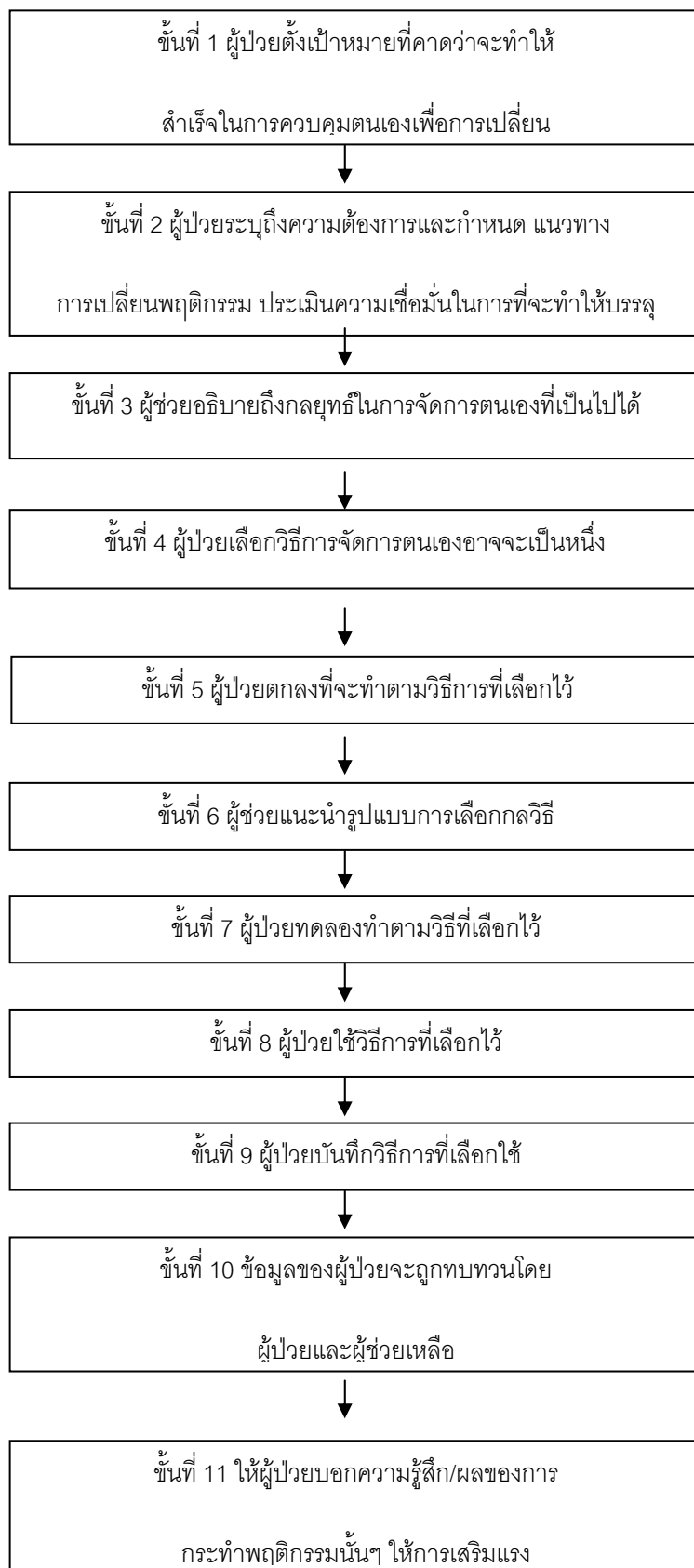
(4.1) การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดภายหลังพฤติกรรมนั้น สิ่งทีภายหลังพฤติกรรมนั้น เรียกว่า ตัวเสริมแรง

(4.2) การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมนั้นถ้าสามารถถอดถอนหรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนา

ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ แต่แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าคุณคนนั้นมีความต้องการการเสริมแรงหรือไม่ ในการเสริมแรงต้องต้องเสริมแรงทันที และเป็นวิธีที่ง่าย ตามความต้องการและความเหมาะสม โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา

1.2.4 แนวคิดการจัดการตนเองของ Cormier & Nurius, 2003 กล่าวว่าแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติหรือกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีความเชื่อว่า การที่เราพยายามจะตัดสินใจว่าสิ่งใดที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม จะทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหาที่แท้จริง การจัดการตนเอง จะเป็นการ teaching - oriented (สอนให้รู้) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติและต้องเป็นความต้องการของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจุดประสงค์ของการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้เอง และวางเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการที่จะวางเป้าหมายของการปฏิบัติ แต่กลวิธีการต่างๆที่จะนำมาใช้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนึกถึงความแตกต่างในเรื่องของ กลุ่มอายุ (Group - age) สมรรถภาพ (disability) ปัญหาที่มีความรุนแรง (Problem severity) วัฒนธรรม (Cultural heritage) Cormier & Nurius (2003) ได้สรุปขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ดังนี้

Cormier & Nurius (2003) ได้สรุปขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ดังนี้



1.2.5 แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer, 2000 มีดังนี้

(1) การเลือกเป้าหมาย (Goal selecting) บุคคลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การให้ข้อมูล การสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพและความผาสุกเพิ่มขึ้น การตั้งเป้าหมายเป็นกิจกรรมที่เป็นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ หลังจากการตั้งเป้าหมาย มีการอภิปราย การต่อรอง และสุดท้ายการพิจารณาตัดสินใจ

(2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือ การสังเกตตนเองและการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การติดตามตนเองเป็นพื้นฐานและมีความสำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายและเพื่อให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

(3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้และประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แล้วสามารถตัดสินใจได้

(4) การตัดสินใจ (Decision-making) การตัดสินใจเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยจัดเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำและประเมินผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

(5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อจัดการภาวะเรื้อรังทันที เช่น หาแหล่งช่วยเหลือ การวางแผนและแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การเสริมแรง (Reinforcement) การมีต้นแบบ (Modeling) เป็นต้น

(6) การสะท้อนกลับ (Self-reaction) คือการที่บุคคลประเมินความสามารถตนเอง

1.3 บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ การร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำสั่งที่ได้มาจากการปรับปรุงการบริการทางการแพทย์สำหรับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง (Cruttenden, 1987 Cited in Coates and boore, 1995: 636) ความเกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะเป็นความมีเหตุผลและความเหมาะสมในการยอมรับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ป่วยมีอิสระในการจัดการตนเอง ซึ่งมีการให้อำนาจและความสามารถในการปฏิบัตินั้นให้สำเร็จลุล่วง นอกจากนี้ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อเดิมและทัศนคติของพยาบาลและผู้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วย การนำการให้การพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาวิธีการต่างๆ และนำไปเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ง่าย ซึ่งมีความเป็นไปได้

ได้ในการที่จะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัวของเขาเอง การประเมินปัญหา ความเข้มแข็งและความอ่อนแอของผู้ป่วย ก็มีความจำเป็นในการใช้วินิจฉัยปัญหา การตัดสินใจในการใช้วิธีการบำบัดทางการพยาบาล และการประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติที่ดำเนินการร่วมกัน ซึ่งในการรักษาโรคเรื้อรังบางโรค เช่นโรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง นั้นจะต้องประเมินภาวะด้านร่างกายของผู้ป่วย และประวัติสมาชิกในครอบครัวให้แน่ใจ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือและรักษา พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง ซึ่งแนวทางที่พยาบาลสามารถนำไปใช้พัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยมีความแตกต่างกันทั้งในด้านกระบวนการของโรค วัฒนธรรม การที่จะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งพยาบาลและตัวผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ปัจจุบันพยาบาลเป็นผู้ให้แนวทางผู้ป่วยในการประเมินปัญหา โดยให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง ประเมินปัญหาของตนเองได้ ก็จะนำปัญหาที่ประเมินได้มาเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ ต้องกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ตามความต้องการของผู้ป่วย เพราะการกำหนดเป้าหมายมีผลต่อการกระทำของบุคคล เป็นแรงจูงใจก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการ สิ่งที่สำคัญ คือพยาบาลจะต้องมีข้อมูลประวัติทางการพยาบาลของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ซึ่งจะทำให้การประเมินปัญหาต่างๆมีความแตกต่างกันไปเฉพาะแต่ละบุคคล ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยนั้นมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีแนวทางที่แตกต่างกัน และพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการที่จะเข้าใจอย่างชัดเจน (Ashworth et al., 1992 Cited in Coates and Boore, 1995: 636) การวางแผนและการปฏิบัติ พยาบาลต้องเตรียมความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เนื่องจากความรู้และการฝึกทักษะจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรค แนวทางการปฏิบัติตนและการจัดการกับอาการหรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตนที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม และยังเป็นการสร้างเชื่อมั่นในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ เกิดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยในการปฏิบัติของผู้ป่วยอาจใช้การสนับสนุนจากสังคม เช่น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพครอบครัว เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่จะสามารถนำเข้ามาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเองด้วย การพัฒนาความรู้และทักษะเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์อย่างยิ่ง การให้ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสำหรับการติดตามผลพยาบาลติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ พยาบาลและ

ผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้พยาบาลให้การเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองต่อไป

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง

1.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986)

จิตติมา จรูญสิทธิ์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนายายอาม จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงเรื่องเพศและชนิดยาเบาหวาน ให้เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า

(1) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(4) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา ทองเพชร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านลาด จำนวน 30 คน ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองมาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) ผลการวิจัยพบว่า

(1) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(4) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา บัวทองจันทร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง อายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 40 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 ราย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 20 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ ระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1989) ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยประเมินปัญหาตนเอง ระยะที่ 2 วางแผนการปฏิบัติ และพัฒนาทักษะ ระยะที่ 3 เป็นการติดตามผลการกำกับตนเองตามเป้าหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดอาการหายใจลำบาก Modified Borg's scale 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเอง และเทคนิคการกำกับตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และสถิติทดสอบที (Independent t-test และ Paired t-test) ผลการวิจัยพบว่า

(1) อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (\bar{X} ก่อนการทดลอง = 7.25, \bar{X} หลังการทดลอง = 5.70, $t = 6.307$, $p < .05$)

(2) อาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (\bar{X} กลุ่มควบคุม = 7.60, \bar{X} กลุ่มทดลอง = 5.70, $t = 3.80$, $p < .001$)

ปาริชาติ ทองสาลี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนาเดิม จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากศาสตร์แห่งโยคะของสถาบันของสถาบันไกววัลยธรรม แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ผลการวิจัยพบว่า

(1) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) ค่าเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองที่ลดลงของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(4) ค่าเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรินทร์ ดวงคล้าย (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการจัดการตนเอง อาการปวดเข่า และความเครียดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า สมุทรสงคราม จำนวน 20 คน โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al.(1986) ผลการวิจัยพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองต่อการจัดการตนเอง อาการปวดเข่า และความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเอง อาการปวดเข่า และความเครียดไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

พรทิพย์ อุณจิตร (2548) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 42 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดผลด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

(1) ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองดีขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชวรรณ ตู่แก้ว (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 10 คน และเข้ากลุ่มควบคุม 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ดำเนินการทดลองแบบรายกลุ่มและรายบุคคล แบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบเชิงพหุตามวิธีของนิวแมน-คูลล์ ผลการวิจัยพบว่า

(1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสาวลักษณ์ คุณทวี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย- จิตแบบชี่กง ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอบรรเทาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ จ.นครปฐม จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย- จิตแบบชี่กง ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ผลการวิจัยพบว่า

(1) ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอบรรเทาหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ลดลงของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(4) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ลดลง ของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุทัยพรรณ รุดคง (2549) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลควนขนุน จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

(1) ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05

(4) คุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chodchoi Wattana (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการปฐมภูมิ จ.จันทบุรี จำนวน 147 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และ Tobin et al. (1986) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sureporn Thanasilp (2001) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ ในผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 40 ราย เครื่องมือในการวิจัยคือ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ผลการศึกษาพบว่า

(1) กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ และมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

(2) กลุ่มควบคุมมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

(3) กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Waree Kangchai (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 40 ราย โปรแกรมได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ผลการวิจัยพบว่า

(1) กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองทั้งระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(2) กลุ่มทดลองมีความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

1.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้แนวคิดจัดการตนเองของ Kanfer (1988)

จุฬารัตน์ คำพานุตย์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จำนวน 16 คน ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองมาจากแนวคิดการจัดการตนเองโดยใช้กระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer (1988)

ผลการวิจัยพบว่า

(1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีปฏิบัติการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(3) ในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง

นันทิยา ไพศาลบรรศรี (2550) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer (1988) เป็นกรอบแนวคิด การวิจัยครั้งนี้พบว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองเพิ่มขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง

นันทิดา พันธุศาสตร์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังที่บ้านต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังที่บ้านซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1988) ผลการวิจัยพบว่า

(1) ค่าคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเมื่อวัดด้วยวิธี Manual Muscle test และวัดด้วยคลื่นไฟฟ้า EMG พบว่าค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(2) ค่าคะแนนความเจ็บปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิกร ราชวัฒน์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอ่าวอุดม จ.ชลบุรี จำนวน 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1988) ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีผลทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ศิริพร เพิ่มพูน (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ โยคะและการทำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จ.สุพรรณบุรี จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมการให้ความรู้ โยคะและการทำกับตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาจากศาสตร์แห่งโยคะและการทำกับตนเองของ Kanfer (1988) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

(1) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โยคะและการทำกับตนเอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) เมื่อมีการปรับระดับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนการทดลองให้เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภัทสร ชมพู (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง ณ สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเทิง จ. เชียงราย จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการทำกับตนเองของ Kanfer (1988) ผลการวิจัยพบว่า

(1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(4) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมพร พงศ์ชู (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอดมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 30 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) เป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง 4) การประเมินผล โดยมีแผนการสอน และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมโดยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการรักษาประเมินการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือการตรวจหาเชื้อไวรัสโรค วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการสังเกตตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด มีพฤติกรรมการสังเกตตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ผลการรักษา พบว่า หาย 19 ราย รับประทานยาครบ 9 ราย และขาดยา 2 ราย

Mayulee Samranyat (2006) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยที่มีความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 72 ราย ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 37 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) และ Creer (2000) สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์ในการศึกษาโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดบริฟเฟนอินเวินทอริชบับย่อ แบบประเมินการควบคุมความเจ็บปวด และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์จัดกลุ่มเนื้อหาข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฝึกการจัดการตนเอง

(1) กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

(2) กลุ่มทดลองมีการรบกวนจากความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

(3) กลุ่มทดลองมีการควบคุมความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Pawana Keeratiyutawong (2005) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อดัชนีความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าน้ำตาลสะสม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 81 ราย จากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในประเทศไทย ถูกสุ่มเข้ากลุ่มการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรือกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มได้ดูวีดีทัศน์ 5 เรื่อง ได้รับชุดความรู้เพื่อการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 3 และ 5 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการดูแลตนเองของ Orem (1995) และแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) โดยประกอบด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น สอน สนับสนุน อภิปราย ทำกิจกรรม และการฝึกทักษะ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บก่อนเริ่มโปรแกรม และเมื่อครบ 3 เดือน และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มการจัดการดูแลตนเองมีระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 เดือน และ 6 เดือน ถึงแม้ว่าค่าน้ำตาลสะสมในกลุ่มการจัดการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่

มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มการจัดการดูแลตนเองมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานที่มีน้ำตาลสะสมลดลง และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมดีกว่ากลุ่มควบคุม

1.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้แนวคิดจัดการตนเองของ Cormier and Nurius (2003)

วรภรณ์ ดีเสียง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมโหสถ จำนวน 40 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกันในด้านชนิดของยาลดระดับน้ำตาล ยาลดระดับไขมัน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Cormier and Nurius (2003) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย การประเมินตนเองและตั้งเป้าหมาย การสนับสนุนและใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง และการประเมินผลการปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

(1) ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) ค่าเฉลี่ยโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกัน

(3) ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน

1.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้แนวคิดจัดการตนเองอื่นๆ

ไพรวลัย โคตรตะ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการด้วยตนเองของ Dodd et al.(2001)กลุ่มตัวอย่างคือ พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 ราย แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 20 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงในระดับความ

รุนแรงของโรค และประเภทของยาที่ได้รับ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดอาการหายใจลำบาก เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยปฏิบัติการณ์ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่วัด และ 5) การประเมินผลในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยมีแผนการสอน และคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองเป็นสื่อ และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ ตารางการพัฒนาทักษะในการหายใจโดยการห่อปาก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

- (1) อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- (2) อาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนา พรหมบุตร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Bourbeau และคณะ (2003) ผลการวิจัยพบว่า

- (1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น

- (2) อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมเป็นแนวคิดหลักในการให้ความรู้ ใช้เวลาในการดำเนินการจัดโปรแกรม 1 เดือน โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ครั้งแรกให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย

โรคหืด ครั้งที่ 2 ใน 1 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายกระตุ้นเตือน เพื่อเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง พร้อมกับให้กำลังใจผู้ป่วย และทำการประเมินผลภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคหืด และแบบวัดทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีทักษะการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรค และทักษะการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)

2.1 ความหมายของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

โดยทั่วไป ผลลัพธ์ หมายถึง สิ่งที่เกิดตามมาจากเหตุหรือเป็นสิ่งที่ได้รับการดำเนินการหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในทางการแพทย์บาลผลลัพธ์ที่ต้องการคือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

วิพุธ พูลเจริญ (2544) ความหมายว่า สุขภาพ เป็นสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณสุขภาพจึงไม่ได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น แม้แต่ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ รวมทั้งผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิต ก็ยังสามารถบรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้

สำหรับความหมายของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) Lang (1976) ได้ให้ความหมายว่า เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการให้การดูแลผู้ป่วย

2.2 ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

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

(1) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (Functional health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐานหรือกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

(2) ผลลัพธ์ด้านสรีรวิทยา (Physiological health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย

(3) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม (Psychosocial health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

(4) ผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม (Health knowledge & behavior) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดทัศนคติ ความสามารถ หรือการกระทำต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย

(5) ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงความรู้สึก นึกคิด ความยอมรับของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

(6) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพครอบครัว (Family health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงบุคคลในครอบครัว

สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา ได้จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็น 4 ประเภท

(1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Functional Health Outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐานหรือกิจวัตรประจำวันของชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล

(2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงอาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล

(3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล

(4) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การปรับตัว แบบแผนการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

ในการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยประยุกต์จากแนวคิดของการจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพของ Nursing Outcomes Classification (NOC) ของโครงการ Iowa (2003) และ แนวคิดของ สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา โดยแบ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์อภิमान (Meta-analysis)

ปัจจุบันศาสตร์หลายแขนงให้ความสำคัญต่อการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติหรือที่เรียกกันว่า Evidence-based practice โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจและปรับปรุงหรือยกระดับของมาตรฐานการปฏิบัติ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการนำหลักฐานและข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ เป็นการนำผลที่ได้จากงานวิจัยที่มีอยู่ในเรื่องนั้นๆ มาใช้โดยการประเมินค่า วิเคราะห์และสังเคราะห์ เป็นความรู้เพื่อการปฏิบัติที่ดีที่สุดเท่าที่มีข้อค้นพบในขณะนั้น (Best-practice) เมื่อผลของการวิจัยหลายๆ ชิ้นถูกรวมเข้าด้วยกันจึงเรียกว่าเป็นการทบทวนอย่างมีระบบ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพ (Qualitative systematic review) เป็นการทบทวนและสังเคราะห์ความรู้ที่ได้เชิงคุณลักษณะหรือเชิงบรรยายเนื้อหาโดยไม่ใช้สถิติเข้ามาเกี่ยวข้อง การทบทวนนี้มีโอกาสเกิดอคติในการสรุปผลได้สูง เนื่องจากผู้ทบทวนมีโอกาสสรุปผลตามความคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ (Quantitative systematic review) เป็นการทบทวนโดยใช้วิธีทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์ผลของการทบทวนซึ่งงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณมี 3 วิธีได้แก่ การนับคะแนนเสียงข้างมาก (Vote-counting method) การสรุปจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Integrating significant tests) และการวิเคราะห์เมต้า (Meta-analysis) เหตุผลในการทบทวนอย่างมีระบบ เพื่อใช้ในการจัดการปริมาณข้อมูลและประเมินคุณค่าอย่างมีวิจารณญาณ (Critical appraisal) ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการทำวิจัยใหม่ สามารถมองเห็นลักษณะทั่วไป (Generalizability) เพราะงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความแตกต่างกันในรายละเอียด บอกความสม่ำเสมอของผลการวิจัยแต่ละชิ้น อธิบายผลที่ไม่สม่ำเสมอในการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เพิ่มอำนาจการทดสอบ (Power) ของการศึกษารวบรวม ทำให้เห็นทิศทางและแนวโน้มชัดเจนมากขึ้น การศึกษาเดี่ยวๆ กลุ่มตัวอย่างเล็กๆ อาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำข้อมูลมารวมกันทำให้อำนาจการทดสอบมากขึ้น และเพิ่มความเที่ยงของผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีขนาดมากขึ้น ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นแคบลง ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- (1) การกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ของการทบทวน
- (2) กำหนดขอบเขตของเอกสารหรืองานวิจัยที่ต้องนำมาทบทวน
- (3) การสืบค้นข้อมูล

- (4) การทำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการอ่านงานวิจัย
- (5) การอ่านและการวิเคราะห์งานวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูล
- (6) การวิเคราะห์ผลสรุปเพื่อให้ได้ตอบคำถามหรือวัตถุประสงค์ของการทบทวนซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนับคะแนนเสียงข้างมาก (Vote-counting method) การสรุปจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Integrating significant tests) และการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis)
- (7) การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ
- (8) จัดทำข้อมูลรายงานสรุปผลการทบทวน

ดังนั้นการวิเคราะห์หรืออภิปรายเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่ง ที่มีหลักการและวิธีดำเนินการเป็นแบบเดียวกับการวิจัยโดยทั่วไป เริ่มใช้เป็นครั้งแรกในสาขาวิทยาศาสตร์การเกษตร และได้มีการเริ่มต้นแนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์หรืออภิปรายในปี ค.ศ.1933 โดยระยะแรก Thorndike และ Gheselli (Thorndike, 1933 ; Gheselli, 1949 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเชิงความสัมพันธ์โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และในช่วงปี ค.ศ. 1960นักวิจัยเริ่มพัฒนาวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการสังเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิธีที่จะได้มาซึ่งหลักฐานความรู้ที่มีอยู่ เป็นการสรุปผลการวิจัยที่ไม่มีอคติและสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจและใช้ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ ,2547)

3.1 ความหมายของการวิเคราะห์หรืออภิปราย

ในปี ค.ศ. 1976 ได้มีการบัญญัติศัพท์คำว่า meta-analysis เป็นครั้งแรกโดย G.V. Glassได้รับการยอมรับและใช้มาจนถึงปัจจุบัน นิยามหรือความหมายมีความหลากหลาย แตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่า การวิเคราะห์หรืออภิปราย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์หรืออภิปราย ประกอบด้วย ผลการวิจัย วัดในรูปขนาดอิทธิพลและคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับขนาดอิทธิพลมากกว่าระดับนัยสำคัญของการรวมค่าขนาดอิทธิพล และให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

Wolf (1986) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์หรืออภิปราย เป็นการศึกษางานวิจัยทุกเรื่อง que ที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อแยกงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยที่เป็นผลสุดโต่ง (outlier) ออกจากกลุ่ม และนำงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ หรือแนวโน้มที่เป็นข้อสรุปตอบปัญหาวิจัย

Kulik และ Kulik (1989) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีวิธีการวิเคราะห์สองลักษณะ ลักษณะแรก คือการประมาณค่าดัชนีความสัมพันธ์ทั้งแบบที่เป็นการประมาณค่าด้วยวิธีทางสถิติ และการประมาณค่าโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรในงานวิจัย ลักษณะที่สอง คือการรวมค่าดัชนีความสัมพันธ์ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีความสัมพันธ์ที่ประมาณค่าได้

Hunter and Schmidt (1990) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นกระบวนการวิเคราะห์สรุปผลรวมเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล และบรรยายด้วยวิธีทางสถิติ

Rosenthal (1990) ให้ความหมายสรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน เพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationships) ระหว่างตัวแปรศึกษาหาตัวแปรปรับ (Determining moderator variable) ที่ทำให้ผลของค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยมีความแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม (Establishing relationships by aggregate analysis) โดยหาค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแยกกลุ่มงานวิจัยตามตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

Sineenart Likitratcharoen (2000) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ปัญหาการวิจัยคล้ายกัน แล้วนำข้อค้นพบที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ Burn and Grove (2005) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีหาข้อสรุปจากงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ด้วยวิธีทางสถิติเฉพาะอย่าง จากค่าสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่อง

Polit and Beck (2006) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นความรู้ใหม่ โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยในการวิจัย

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน (2531) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการว่าเป็นการวิเคราะห์เพื่อผสมผสานผลการวิเคราะห์ของงานวิจัยที่เสร็จแล้วเข้าด้วยกันด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์ เพื่อให้ได้คำตอบใหม่ที่ยังไม่มีใครค้นพบมาก่อน

กรองไฉ่ อุณหสูต (2539) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่ใช้วิธีทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใช้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวอย่างในการวิเคราะห์ เน้นการสร้างดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วจึงสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน และอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานเพื่อสรุปผลเป็นข้อสรุปใหม่ที่มีความเป็นปรนัย และเชื่อถือได้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) สรุปความหมายของการวิเคราะห์อภิมานไว้ว่า การวิเคราะห์อภิมานหมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่ง ที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์ให้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่

ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์ คือ งานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์จำแนกได้ 2 ประการ คือการสังเคราะห์ให้ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน

จากความหมายการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่รวบรวมมาข้างต้น สรุปได้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่อง que ศึกษาปัญหาเดียวกันด้วยวิธีการทางสถิติ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลใหม่ในภาพรวมของปัญหานั้นๆ ที่เป็นปรนัยและเชื่อถือได้ โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ได้แก่ดัชนีมาตรฐานและข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับค่าดัชนีมาตรฐาน และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ

3.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Glass, McGaw and Smith (1987) ได้สรุปคุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ไว้ดังนี้

(1) การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ที่มีการใช้ตัวเลขและวิธีทางสถิติในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยหลายๆเรื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลสรุปอย่างเป็นระบบ ที่การสังเคราะห์งานวิจัยแบบอื่นไม่สามารถทำได้

(2) การวิเคราะห์ห่อภิมาณช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยไม่ได้ตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ เพราะเชื่อว่าแม้งานวิจัยจะไม่มีคุณสมบัติในบางอย่าง แต่อาจมีคุณค่าต่อข้อค้นพบในการวิเคราะห์ ส่วนสำคัญของ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ อีกส่วนหนึ่งคือการบันทึกจุดอ่อนของระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การออกแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดการกระทำกับตัวแปร เนื้อหางานวิจัย และผลลัพธ์ที่ได้ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้น คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพงานวิจัยจึงถูกนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ในภายหลัง

(3) การวิเคราะห์ห่อภิมาณมุ่งแสวงหาข้อสรุปที่มีนัยทั่วไป (General conclusions) ในประเด็นที่ต้องการ ข้อมูลสรุปนั้นหมายถึง ผลของตัวแปรจัดกระทำที่มีผลต่อตัวแปรตามในปริมาณที่ชัดเจน ว่ามากหรือน้อยเพียงใดในรูปของการประมาณค่าขนาดอิทธิพล

(4) การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีจุดหมายสำคัญคือการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่มากขึ้น และเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ ซึ่งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีความเหมือนกันทุกด้าน เพราะในทางปฏิบัติไม่สามารถหางานวิจัยที่เหมือนกันทุกด้านได้ การวิเคราะห์ห่อภิมาณสามารถวิเคราะห์ประเด็นที่แตกต่างของงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันที่มีความแตกต่างกันบางประการ ได้แก่

ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน และสามารถบอกได้ว่าความแตกต่างเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อข้อสรุปที่ได้หรือไม่ จากขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสถิติ

นอกจากนี้ นางลักษณ วิวัชชัย (2542) ได้อธิบายลักษณะที่แตกต่างของการวิเคราะห์หือภิมานกับการปริทัศน์แบบพรรณนา (หลักการปริทัศน์แบบพรรณนาเป็นการศึกษางานวิจัยอย่างพิลึกพิลิวเคราะห์ แล้วนำข้อสรุปจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมาจัดหมวดหมู่ เปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่าง และหาค่าอธิบายถึงที่มา) และการวิจัยโดยทั่วไปเพิ่มเติม สรุปได้ 5 ประการ ดังนี้

(1) ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์หือภิมาน คือ ผลการวิจัยและคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ การนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยต้องครอบคลุมนิยามตัวแปรจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง และมีความชัดเจนว่า ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยแต่ละเรื่องเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าให้ค่านิยามที่มีขอบเขตแคบมากจะไดงานวิจัยจำนวนน้อยและสรุปผลได้ไม่กว้างขวาง แต่ถ้าค่านิยามขอบเขตกว้างเกินไป จะไดงานวิจัยที่มาสังเคราะห์เป็นจำนวนมากและผลการวิจัยที่หลากหลายทำให้เกิดการสังเคราะห์ที่ซับซ้อนขึ้นด้วย

(2) การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์หือภิมาน ต้องมีการสร้างเครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่สำคัญ คือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ และในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยทีมงาน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลแต่ละคนด้วย

(3) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ต้องนำผลการวิจัยแต่ละเรื่องมาประมาณค่าสถิติที่มีหน่วยเป็นมาตรฐานหรือดัชนีมาตรฐานก่อน ค่าดัชนีมาตรฐานที่สำคัญ คือ ขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งเป็นค่าสถิติบอกถึงปริมาณผลของตัวแปรจัดกระทำ (treatment) ที่มีต่อตัวแปรตามในการวิจัยเชิงทดลอง ดัชนีที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ซึ่งบอกขนาดของความแปรผันร่วมกันระหว่าง ตัวแปรสองตัวในการวิจัยเชิงสัมพันธ์ และนำผลการวิจัยทั้งแบบวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มาสังเคราะห์ร่วมกันได้

(4) แบบแผนการวิจัยหรือแบบการวิจัย (research design) เป็นแบบการวิจัยเชิงสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการอธิบายความแตกต่างของปรากฏการณ์ ต้องสำรวจรายงานการวิจัยแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่จะใช้เป็นตัวแปรต้น หรือตัวแปรปรับในการอธิบายความแตกต่างของดัชนีมาตรฐาน

(5) หลักสำคัญของการวิเคราะห์หือภิมานอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาในงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีค่าเป็นเท่าไรในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการวิเคราะห์หือภิมานให้ผลการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากกว่าผลการวิจัยเดิม

3.3 หลักการของการวิเคราะห์หือภิมาน

หลักของการวิเคราะห์หือภิมาน (นางลักษณ วิวัชชัย, 2542) มีสาระสำคัญอยู่ 3 ประการดังนี้

(1) จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานซึ่งเป็นตัวแปรตาม

(2) ลักษณะประเภทตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตัวแปรตาม คือ ดัชนีมาตรฐานส่วนตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะการวิจัย ส่วนตัวแปรคุณลักษณะที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ลักษณะประเภทของตัวแปรจึงเหมือนลักษณะงานวิจัยทั่วไป

(3) การวางแผนการวิจัย ใช้หลักการควบคุมความแปรปรวน (Control of Variance) ตามหลักการวิจัยเช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงบรรยายคือเพิ่มความแปรปรวนระบบให้มีค่าสูงสุด ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนให้มีค่าน้อยที่สุด และ ควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ (Max-Min-Con) โดยการนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษา (Inclusion) แล้วควบคุมด้วยวิธีการทางสถิติ (Statistic Control)

3.4 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

มีรูปแบบที่แตกต่างกัน 6 วิธี สรุปได้ดังนี้ (นงลักษณ์ วิวัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2541; นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542 และวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

(1) วิธีของ Rosenthal (Rosenthal, 1990) มีลักษณะสำคัญ คือ การนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้สูตรการประมาณค่าตามแนวคิดของ Cohen (1977)

(2) วิธีของ Glass (Glass, MCGaw and Smith, 1981) เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์จุดเด่นของวิธีนี้สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) มีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองที่แตกต่างกัน 2) มีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสหสัมพันธ์แบบอื่นๆเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 3) มีสูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบ คือ สูตรประมาณค่าจากสถิติโดยตรงและสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ

(3) วิธีของ Hunter (Hunter and Schmidt, 1990) เป็นวิธีการที่เน้นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์มากกว่าการวิจัยเชิงทดลอง ใช้หลักปรับแก้เพื่อลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของค่าดัชนีมาตรฐาน จุดเด่นของวิธีนี้ สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) สามารถตรวจสอบความคลาดเคลื่อนได้ 2) ใช้กับการวิจัยเพื่อสรุปนัยทั่วไปของความตรงได้เป็นอย่างดี 3) สามารถสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนน้อยได้ แม้จะมีการศึกษาปัญหาเดียวกันเพียง 3-4 เรื่อง

(4) วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) ใช้แนวคิดการประมาณค่าของ Cohen(1977) แต่วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อน แต่ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

(5) วิธีของ Slavin (1986) เน้นความสำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูง เป็นการสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุดแต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์

(6) วิธีของ Mullen (1989) เป็นวิธีการล่าสุดที่ได้รับการพัฒนา จุดเด่นคือมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์หือภิมานโดยตรง ซึ่งโปรแกรมสามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐานและทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานได้ เนื่องจากวิธีวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์หือภิมานทำได้หลายวิธี จึงได้มีนักวิจัยหลายคนได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการวิเคราะห์หือภิมาน โดย Kulik และ Kulik (1989) ได้สรุปไว้ว่าวิธีของ Glass ยังเป็นวิธีที่เหมาะสม ได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) ไม่มีข้อจำกัดในการคัดเลือกงานวิจัยเพราะไม่ประเมินค่างานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ มีวิธีการคำนวณที่เหมาะสมเมื่อกลุ่มควบคุมมีขนาดใหญ่ โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

3.5 ขั้นตอนในการวิเคราะห์หือภิมาน

การสังเคราะห์งานวิจัยที่เริ่มต้นมาตั้งแต่ ปี 1976 มีขั้นตอนการดำเนินงานเช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนหลักและมีรูปแบบการดำเนินการวิเคราะห์ที่ชัดเจนแล้ว ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (Glass, McGaw and Smith, 1981; Hunter and Schmidt 1991; Rosenthal, 1991; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 และวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

ขั้นตอนที่ 1 : การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

การกำหนดปัญหาการวิจัยของการวิเคราะห์หือภิมาน มีลักษณะเช่นเดียวกับปัญหาการวิจัยทั่วไป เพราะปัญหาการวิจัยจะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และมีลักษณะที่แตกต่างจากงานวิจัยทั่วไป เนื่องจากการกำหนดปัญหาจะได้มาจากการสำรวจงานวิจัยเบื้องต้น ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย นอกจากนี้ยังต้องมีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป โดยจุดมุ่งหมายของการกำหนดปัญหาการวิจัยของการวิเคราะห์หือภิมาน คือการกำหนดปัญหาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของปัญหา ที่เป็นปัญหาหลัก 3 เรื่อง ได้แก่ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

(1) ค่าแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางของดัชนีมาตรฐาน หรือการหาคำตอบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดหมายจากงานวิจัยที่นำมาศึกษานั้น มีความสัมพันธ์อย่างไรกับสิ่งที่ต้องการศึกษา (ตัวแปรตาม) และมีขนาดเท่าไร

(2) ความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานหรือการหาคำตอบจากค่าความสัมพันธ์ที่ได้จากผลการวิจัยแต่ละเรื่องว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

(3) ลักษณะหรือสิ่งใดอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นได้ หมายถึง การหาคำตอบว่า ผลการวิจัยที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาศึกษาอย่างไร การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการวิเคราะห์ปัญหาวิจัย เพื่อตัดสินใจว่า การวิเคราะห์อภิमानมีวัตถุประสงค์ที่จะตอบปัญหาการวิจัยในประเด็นใด

ขั้นตอนที่ 2 : การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ศึกษาการสังเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสร้างกรอบความคิดสำหรับการวิเคราะห์อภิमान โดยให้ความสำคัญกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน ไม่นิยมใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยการวิเคราะห์อภิमान เพราะจะเป็นงานซ้ำซ้อนกับงานวิจัยที่จะใช้การวิเคราะห์อภิमान ส่วนใหญ่การรายงานการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มักจะรายงานคำดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยไม่มีการสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 : การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 การสำรวจและรวบรวมงานวิจัย ต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยที่ต้องการเพื่อให้ได้งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาลักษณะเดียวกัน Mullen(1989) ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทาง คือ

- (1) การสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (online computer search)
- (2) การสืบค้นจากดัชนี (abstracting services)
- (3) การสืบค้นจากการอ่านเล่น(Browsing)
- (4) การสืบค้นจากวิทยาลัยมองไม่เห็น (the invisible college)
- (5) การสืบค้นย้อนหลัง(ancestry approach)
- (6) การสืบค้นต่อเนื่อง (descendancy)

จากทั้ง 6 แนวทางพบว่าวิธีการสืบค้นย้อนหลังและการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมาก การสืบค้นส่วนใหญ่จะได้แหล่งรายการอ้างอิงและบทคัดย่อ เพื่อให้สามารถสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็มต่อไป และในระยะหลังการสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ออนไลน์สามารถค้นได้เอกสารงานวิจัยฉบับเต็มได้ด้วย

3.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์

Glass, McGaw และ Smith (1981) เสนอทางเลือกไว้ 4 ทางเลือก คือ

- (1) การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ วิธีนี้จะได้ผลการวิเคราะห์อภิमानที่ครบสมบูรณ์ แต่จะเสียเวลา และงานวิจัยบางส่วนที่ไม่มีคุณภาพอาจมีปัญหาในการสังเคราะห์
- (2) การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัย วิธีนี้นักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัยแล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น

(3) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการพิมพ์เผยแพร่สำหรับวิธีนี้แม้ว่าจะเชื่อมั่นได้ว่า ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ แต่ก็อาจเกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้ เพราะงานวิจัยที่ไม่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่มักจะให้ผลการวิจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(4) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการประเมินจากนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Slavin (1987) ผู้บัญญัติศัพท์ คำว่า การสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุด (best-evidence synthesis) แต่ Glass, McGaw และ Smith (1981) ไม่เห็นด้วย โดยแย้งว่า งานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในการวิจัย สำหรับประเด็นเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนงานวิจัยที่เหมาะสมที่จะนำมาสังเคราะห์ ต้องพิจารณาจากประชากรงานวิจัยทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าใด มีผลการวิจัยที่แตกต่างกันหลากหลายหรือคล้ายคลึงกัน สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยมาทำการวิเคราะห์หรือเลือกโดยการสุ่มหรือจะเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกให้ชัดเจนตามที่ต้องการ

3.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์หรือปริมาณทุกประเภท มีเพียง 2 แบบ คือ

(1) แบบสรุปลักษณ์และบันทึกข้อมูลงานวิจัย เพื่อพิจารณารายละเอียดของงานวิจัยว่ามีค่าสถิติเพื่อการวิเคราะห์หรือปริมาณหรือไม่ (อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน, 2531) โดยจัดทำเป็นตารางหรือคำถามปลายเปิดหรือปลายปิดก็ได้

(2) แบบประเมินงานวิจัย นิยมสร้างเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยมีความแบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่องและปัญหาการวิจัย ใช้วิธีสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลักการในการสร้างแบบสอบถามเป็นแบบเดียวกันกับการสร้างแบบสอบถามทั่วไป กล่าวคือ ต้องมีการกำหนดขอบข่ายข้อมูลที่ต้องการรวบรวมก่อน ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์หรือปริมาณมี 3 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นผลการวิจัยซึ่งวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบดัชนี เช่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ส่วนที่สอง เป็นคุณลักษณะของรายงานวิจัยด้านแผนแบบการวิจัย ส่วนที่สาม เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบและการจัดพิมพ์รายงาน เมื่อได้ขอบข่ายข้อมูลแล้วจึงสร้างแบบบันทึกให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการและกำหนดรหัสสำหรับตัวแปร จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5-10 เรื่อง และมีการปรับปรุงแบบเครื่องมือจนกว่าจะลงตัวใช้งานได้จริง ในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลหลายคน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลด้วย

3.4 การบันทึกข้อมูล ขั้นตอนนี้ คือ การบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกผลการวิจัยโดยต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานถ้าในทางปฏิบัติมีรายงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยหลากหลายและรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw and Smith (1981) ได้นำเสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จาก

งานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยนำเสนอวิธีการประมาณค่าสองวิธี คือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การตรวจสอบลักษณะของการแจกแจงตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าของขนาดอิทธิพล หลักการสำคัญ คือ การวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่งวัดในรูปดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันก็จะสามารถสรุปผลการวิจัยเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ แต่ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่างหรือความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานเกิดขึ้นเนื่องมาจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและนำเสนอรายงาน

การสรุปผลการวิเคราะห์ ต้องมีการอภิปรายเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีตและความรู้ทางทฤษฎี ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เชิงวิชาการ ผลการวิเคราะห์หรืออภิปรายต้องให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งกว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในแต่ละเรื่อง และข้อเสนอแนะต้องมีความกว้างทั่วไปมากกว่างานวิจัยปกติ สำหรับการจัดทำรายงานมีลักษณะเหมือนกับรายงานวิจัยโดยทั่วไป สิ่งที่แตกต่างคือการวิเคราะห์อภิปรายจะมีบรรณานุกรมแยกออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นบรรณานุกรมสำหรับรายงานและส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

3.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์อภิปราย

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีทางสถิติ เป็นการพยายามที่จะพัฒนางานวิจัยให้มีระบบและเป็นประโยชน์มากขึ้น โดยการสร้างดัชนีมาตรฐานเพื่อบอกขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ที่นิยมใช้ได้แก่ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

(1) ขนาดอิทธิพล (Effect size) หมายถึงค่าขนาดหรือปริมาณผลของตัวแปรต้นหรือตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม ซึ่งพัฒนาสูตรคำนวณโดย Cohen (1977) กำหนดว่า ขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม และต่อมาได้มีการพัฒนาสูตรโดย Glass, McGaw and Smith (1981) โดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมแทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลสามารถทำได้หลายวิธีตามคุณลักษณะของงานวิจัย

(2) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เป็นดัชนีมาตรฐานที่บ่งบอกถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ จะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไป

วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

(3) การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีบอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติ เป็นการวิเคราะห์ขั้นต้นโดยพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียกว่าวิธีแจงนับ จำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป จุดอ่อนของการใช้วิธีนี้คือไม่ได้คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัย โดยเฉพาะขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละงานวิจัย นอกจากนี้ยังไม่สามารถอธิบายถึงขนาดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ อาจเลือกใช้วิธีการสังเคราะห์ความน่าจะเป็นของค่าสถิติ แล้วทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแทนการแจงนับ (Hunter and Schmidt, 1990 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) แม้ว่าดัชนีมาตรฐานจะได้รับการสร้างและพัฒนาขึ้นมาหลายชนิดแต่ที่ได้รับความนิยมในการวิเคราะห์หอกิमान คือ ดัชนีขนาดอิทธิพล และดัชนีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพราะว่ามีดัชนีทั้งสองชนิดนี้ไม่มีหน่วยและมีระดับการวัดถึงระดับอันตรภาค (Hunter and Schmidt, 1990 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

3.7 ประโยชน์ของการวิเคราะห์หอกิमान

จากลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์หอกิमानที่มีความแตกต่างจากการวิเคราะห์ทั่วไป ทำให้มีประโยชน์ที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542 และวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

(1) การวิเคราะห์หอกิमानจะได้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูงและเชื่อถือได้มากขึ้น เพราะเป็นวิธีการที่มีระบบ และใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้

(2) เป็นประโยชน์ในการทำรายงานหรือการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพราะการวิเคราะห์หอกิमानจะช่วยให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายในแง่มุมต่างๆของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และชี้แนะให้เห็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

(3) การวิเคราะห์หอกิमानให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไข โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ (moderator variable) กับผลงานวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ข้อค้นพบส่วนนี้จะหาไม่ได้จากงานวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว

(4) การวิเคราะห์หอกิमानเป็นกระบวนการตรวจสอบสาเหตุของการที่งานวิจัยเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องที่มีผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นประโยชน์มากในการศึกษาในแง่มุมอื่นต่อไป

(5) การวิเคราะห์หอกิमानมีบทบาทในการพัฒนาทฤษฎี (Brown, 1991 : 352) เนื่องจากข้อค้นพบที่กว้างขวางทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตความรู้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

(6) การวิเคราะห์หอกิमानสามารถนำงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจผลของโปรแกรม ต่อผลลัพธ์ที่ต้องการวัด ด้วยนัยสำคัญทางสถิติ

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิเคราะห์หรือปริมาณประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์หรือปริมาณของ Glass, McGaw & Smith (1981) เป็นวิธีการที่ใช้สถิติในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผล โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยสังเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยโดยไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาสังเคราะห์ และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกอย่าง แต่เป็นงานวิจัยที่มีความเหมือนกันในบางด้าน คือเป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรต้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง และตัวแปรตามเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากนี้งานวิจัยอาจมีความแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มาปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่า ขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นค่าที่บอกถึงอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำ คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ที่มีต่อตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้อาจไม่ได้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยอื่น จึงมีการวิเคราะห์หาความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้วยคุณลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์หรือปริมาณบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแท้จริง

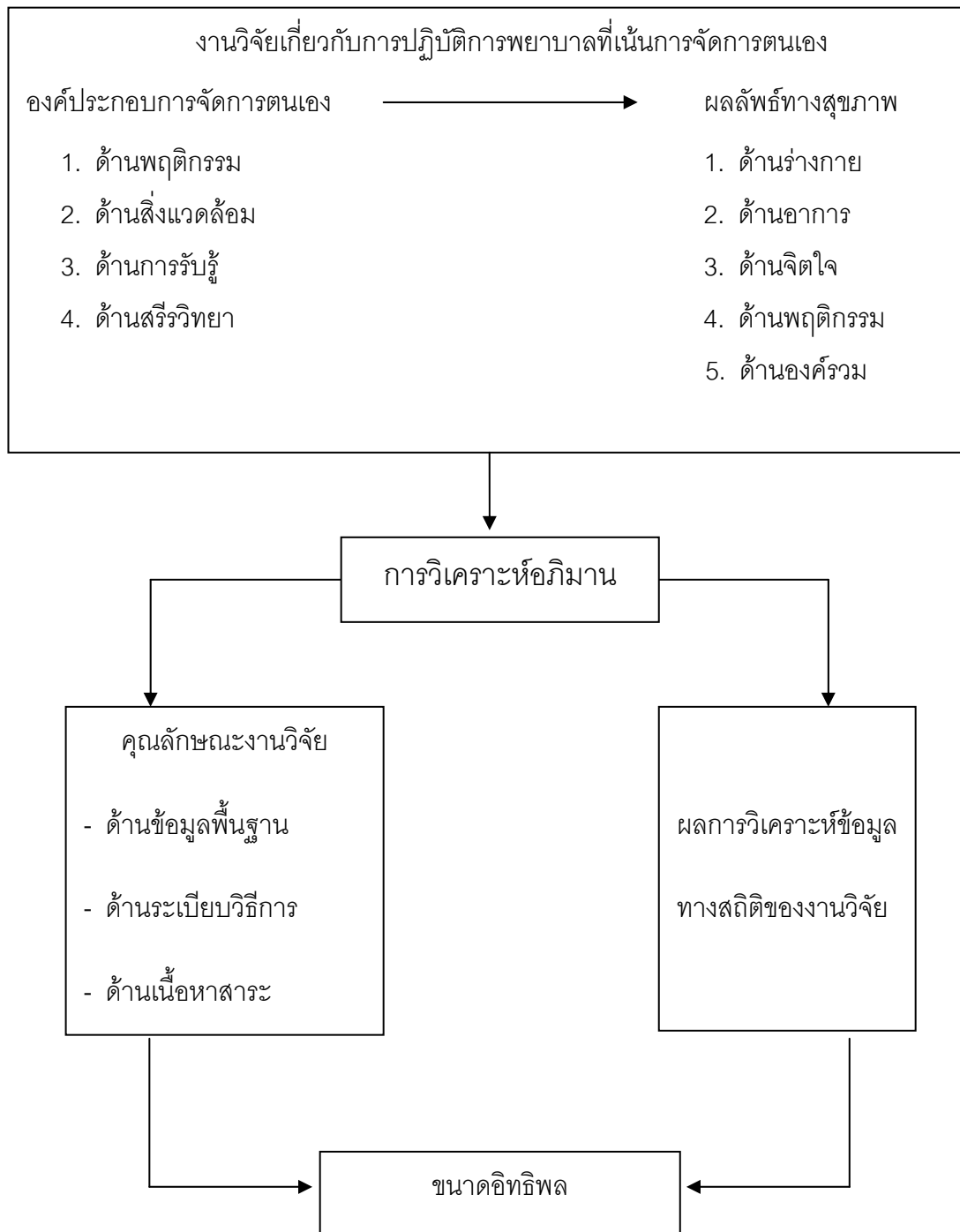
สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังไปตลอดชีวิต สภาวะของโรคมีผลคุกคามต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องมีการระหนังก่อนที่การดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย จึงนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถและทักษะในการควบคุมอาการของโรคด้วยตนเองไม่ให้กำเริบหรือทวีความรุนแรงมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ของ Tobin et al. (1986) โดยแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองออกเป็น 4 ด้าน คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการ

จัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองด้านการรับรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองด้านสรีรวิทยา

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังที่แสดงในภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้มของ Glass, Mcgaw, & Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรมและด้านอื่นๆของผู้ป่วยเรื้อรัง และศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อค่าความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

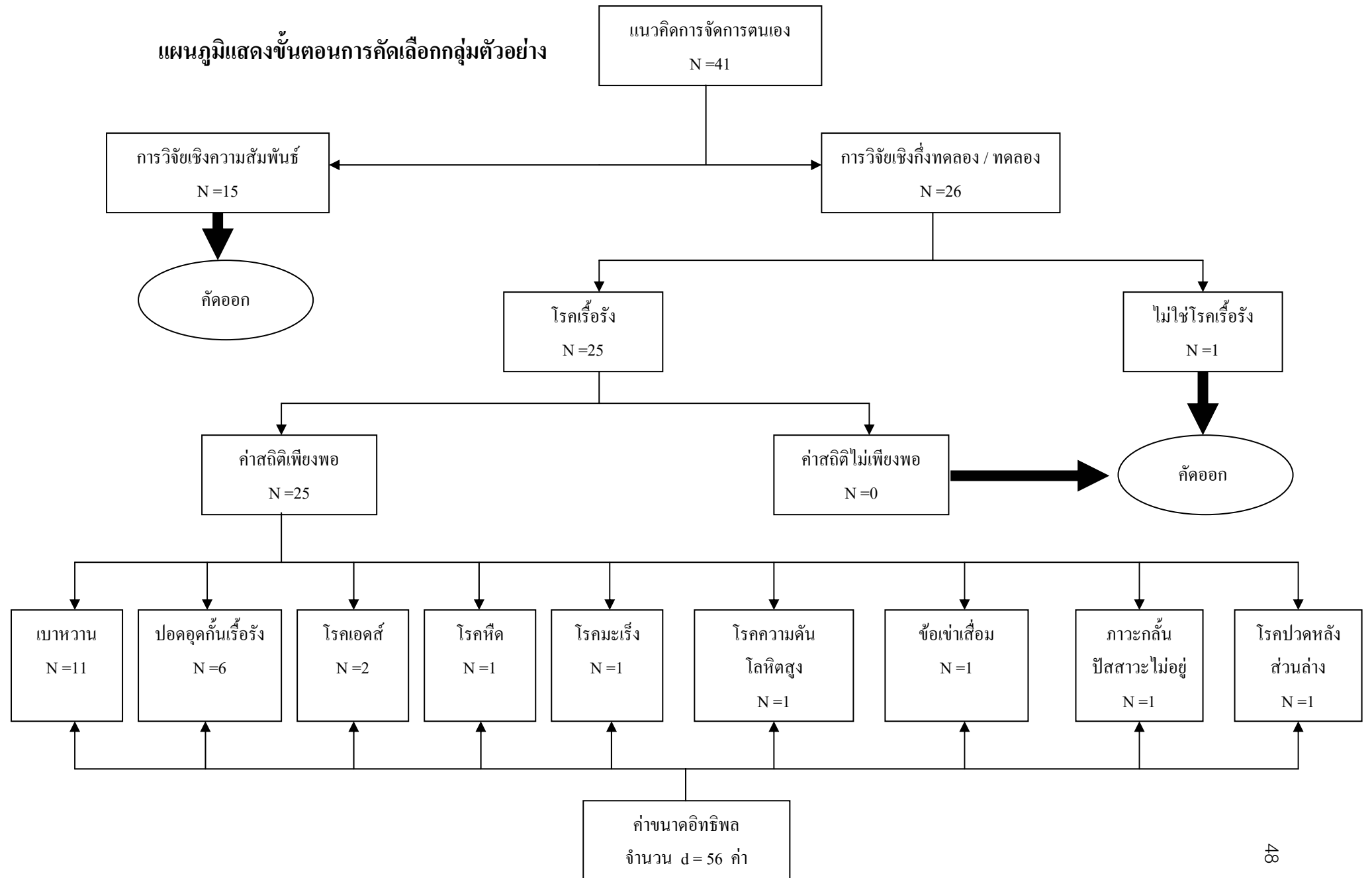
ประชากร เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540-2551

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการตีพิมพ์ และมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ (Adult and older adult)
2. พิมพ์เผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2540 ถึง 30 มิถุนายน 2551
3. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ (Adult and older adult)
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าอิทธิพลซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อหุ้ม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F- test, U-test , Z-test, p-value

เนื่องจากประชากรซึ่งเป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2551 มีจำนวนจำกัด เท่ากับ 41 เรื่อง ไม่สามารถใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างได้ จึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงจากเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 25 เล่มที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดังแผนภูมิแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต ปีที่พิมพ์เผยแพร่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านวิธีวิทยาการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย กรอบแนวคิด ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม สมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็นโรค ลักษณะและรายละเอียดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล (แยกตามองค์ประกอบของการจัดการตนเอง)รายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายงานการวิจัย

เพื่อให้แบบสรุปรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองมีความสมบูรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์ได้ครอบคลุมทุกด้านตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างแบบสรุปรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

1.1 ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพื่อ เป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมเหมาะสมในด้านข้อมูลและคุณลักษณะงานวิจัย

1.2 สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย โดยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยของ นัฐยา เพียรสูงเนิน และชนกพร จิตปัญญา (2550) เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโรคเรื้อรัง โดยปรับข้อคำถามให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยเรื้อรังโรค

อื่นๆซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาสังเคราะห์ และเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับองค์ประกอบ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง และรายละเอียดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. นำแบบสรุปรายงานการวิจัยไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยด้านการพิมพ์ ระเบียบวิธีวิจัย และเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่สร้างขึ้น ให้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถาม และความครอบคลุม นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2.2 ทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย นำมาปรับปรุงแก้ไข และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

2.3 เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม และความครอบคลุมด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ได้แก่

- (1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 คน
- (2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 1 คน
- (3) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง จำนวน 1 คน

ซึ่งการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยทั่วไปควรมีคณะผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คน (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .08 ขึ้นไป หรือผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันและต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล, 2547)

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย เท่ากับ 0.90

2.4 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาความเที่ยงของการสังเกต (ทศนีย์ นะแส, 2542 ; Polit & Hungler, 1999) ตามสูตร

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

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit & Hungler, 1999; Burns & Grove, 2001) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.90

3. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของนัฐยา เพียรสูง และชนกพร จิตปัญญา (2550) ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวน 20 ข้อ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการจัดการตนเอง นำไปใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยพิจารณาจากความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และโปรแกรมที่นำไปใช้ในการทดลอง ความถูกต้องและความเหมาะสมในการเลือกวิธีการวัดตัวแปร ความเหมาะสมในการใช้เครื่องมือวิจัย ความสามารถในการควบคุมตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ตัวแปรแทรกซ้อน หรือการใช้เครื่องมือกำกับการวิจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 1 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน โดยค่าคะแนนแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ดีมาก
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ดี
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	พอใช้
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ต้องปรับปรุง
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีการระบุข้อมูล

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

เพื่อให้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองมีความสมบูรณ์ โดยสามารถประเมินคุณภาพจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์ได้ครอบคลุมทุกด้าน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 20 ข้อ โดย

1.1 ศึกษาวิธีการสร้าง และรูปแบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพงานวิจัยจากของ Brown (1991), ภิริดี วัชรสินธุ์ (2544), จีร์รัตน์ นวมะชิตติ (2547), นัฐิยา เพียรสูงเนินและชนกพร จิตปัญญา (2550) และปิยะฉัตร คำชื่น (2547)

1.2 กำหนดหัวข้อในการประเมินคุณภาพงานวิจัย เขียนประเด็นตามหัวข้อที่กำหนดแล้วเสนอให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องประเมิน ได้แก่ ความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และโปรแกรมที่นำไปใช้ในการทดลอง ความถูกต้องและความเหมาะสมในการเลือกวิธีการวัดตัวแปร ความเหมาะสมในการใช้เครื่องมือวิจัย ความสามารถในการควบคุมตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ตัวแปรแทรกซ้อน หรือการใช้เครื่องมือกำกับการวิจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 1 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน โดยค่าคะแนนแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ดีมาก
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ดี
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	พอใช้
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ต้องปรับปรุง
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีการระบุข้อมูล

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมของคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) ซึ่งแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนไว้เป็นเปอร์เซ็นต์ ดังนี้

A	=	1-25% คะแนน	หมายถึง	ดีมาก
B	=	26-50% คะแนน	หมายถึง	ดี
C	=	51-75% คะแนน	หมายถึง	พอใช้
D	=	76-100% คะแนน	หมายถึง	ต้องปรับปรุง

ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมของคุณภาพงานวิจัย โดยแบ่งระดับคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

76 - 100 คะแนน	หมายถึง	ดีมาก
51 - 75 คะแนน	หมายถึง	ดี
26 - 50 คะแนน	หมายถึง	พอใช้
0 - 25 คะแนน	หมายถึง	ต้องปรับปรุง

2. นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการจัดการตนเองไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ประกอบด้วย

- (1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 2 คน
- (2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 1 คน
- (3) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง จำนวน 1 คน

ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.86 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป หรือผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันและต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2547)

2.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 10 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (ทศนีย์ นะแสง, 2542; Polit & Hungler, 1999; Buns & Grove, 2001) ตามสูตร

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

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit & Hungler, 1999; Burns & Grove, 2001) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการ

ประเมินซ้ำ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลโดยคุณนงนุช เพ็ชรสูงเนิน เจ้าของเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองจากทุกมหาวิทยาลัยและวิทยาลัย โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ “การจัดการตนเอง” “self- management” “self medication management” “self symptom management” สืบค้นจากฐานข้อมูลห้องสมุดในมหาวิทยาลัยต่างๆ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ รวมทั้งฐานข้อมูลของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ต เช่น <http://vpn.chula.ac.th>, www.car.chula.ac.th, <http://www.mahidol.ac.th>, <http://www.cmu.ac.th>, <http://www.kku.ac.th>, <http://www.psu.ac.th>, <http://www.rsu.ac.th>, <http://www.lib.bbu.ac.th>, <http://www.lib.hcu.ac.th>, <http://www.lib.au.ac.th>

ผลการสำรวจข้อมูลงานวิจัยพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองในวัยผู้ใหญ่ที่ทำในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ 2540 จำนวนทั้งสิ้น 41 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ 40 เรื่อง เป็นรายงานการวิจัย 1 เรื่อง

2. นำงานวิจัยที่สำรวจได้มาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจและคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์จำนวน 25 เรื่อง

3. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ในกรณีที่ไม่น่าสนใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

4. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย หากมีส่วนใดไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะทำการอ่านงานวิจัยนั้นอีกครั้ง และบันทึกเพิ่มเติม

5. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลซ้ำอีกครั้งโดยคุณนงนุช เพ็ชรสูงเนิน เจ้าของเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้

6. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ ขนาดอิทธิพลผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย

7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล ด้วยวิธีวิเคราะห์ห้อมิวนตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังที่พิมพ์เผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2540 ถึง มิถุนายน 2551 ซึ่งเป็นการวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จึงไม่จำเป็นต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างวิจัยขององค์กร (ปราโมทย์ ประสานกุล, 2545)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคำนวณจากโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่ออธิบายคุณลักษณะงานวิจัย ด้านการพิมพ์ ด้านวิธีวิทยาการวิจัย และใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่ออธิบายคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระการวิจัย เกี่ยวกับระยะเวลา ความถี่ ระยะเวลารวมของโปรแกรมที่ใช้การจัดการตนเอง

2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง มาคำนวณค่าอิทธิพล (ค่าดัชนีมาตรฐาน) ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรังทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

3. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล แปลผล และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามเกณฑ์การเปรียบเทียบขนาดอิทธิพล แบ่งจากค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดที่ได้จากการคำนวณ (Intra-criteria) ได้แก่

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 0-33	เท่ากับ	ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก
เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 34-66	เท่ากับ	ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง
เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 67-100	เท่ากับ	ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของผลการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย โดยตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรอิสระ และค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยเป็นตัวแปรตาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระมาหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของ Glass McGaw and Smith (1981) การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์เรียงลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีการวิจัย และด้านเนื้อหาของงานวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
Mode	ค่าที่พบความถี่มากที่สุด
Range	ค่าพิสัย
\bar{X} หรือ Mean	คะแนนเฉลี่ย
n	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
N	จำนวนค่าขนาดอิทธิพล
Sample size	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนผู้ป่วย)
S.D.	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ES	ค่าขนาดอิทธิพล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
n = 25		
ด้านข้อมูลพื้นฐาน		
ประเภทงานวิจัย		
ปริญญาโท	20	80.00
ปริญญาเอก	4	16.00
รายงานการวิจัย	1	4.00
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	9	36.00
มหาวิทยาลัยบูรพา	7	28.00
มหาวิทยาลัยมหิดล	3	12.00
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2	8.00
มหาวิทยาลัยรังสิต	2	8.00
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1	4.00
วทบ.พระจอมเกล้าเพชรบุรี	1	4.00
สาขาที่ผลิตงานวิจัย		
พยาบาลศาสตร์	25	100.00
ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย		
2545	3	12.00
2546	1	4.00
2547	2	8.00
2548	3	12.00
2549	5	20.00
2550	10	40.00
2551	1	4.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ประเภทปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 80.00 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 36.00 สาขาที่ผลิตงานวิจัย คือ พยาบาลศาสตร์ทั้งหมด ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในช่วงปี 2550 คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน n=25	ร้อยละ
ด้านระเบียบวิธีวิจัย		
รูปแบบการวิจัย		
กึ่งทดลอง	25	100.00
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย		
มีการระบุกรอบแนวคิด	25	100.00
- แนวคิดของ Tobin et al.	12	48.00
- แนวคิดของ Kanfer	9	36.00
- แนวคิดของ Cormier & Nurius	1	4.00
- แนวคิดอื่นๆ	3	12.00
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (หน่วยเป็นสัปดาห์)		
น้อยกว่า 10	2	8.00
10-20	17	68.00
21-30	5	20.00
41-50	1	4.00
Min = 8.00 Max =48.00 Mean = 17.52 SD = 8.51		
สถานที่เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล (มี 2 เล่มที่เก็บทั้งแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน)		
แผนกผู้ป่วยนอก	23	85.19
แผนกผู้ป่วยใน	4	14.81
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง		
น้อยกว่า 30 คน	7	28.00
31- 60 คน	15	60.00
61- 90 คน	2	8.00
มากกว่า 90 คน	1	4.00
Min = 16 Max =147 Mean = 45.20 SD = 26.55		
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
1 กลุ่ม	3	12.00
2 กลุ่ม	22	88.00

ตารางที่ 2 (ต่อ) คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง	25	100.00
วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้ากลุ่มทดลอง		
สุ่มเข้ากลุ่ม	14	56.00
ไม่สุ่ม	11	44.00
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล (n=63)		
Parametric Statistics	37	58.73
Non- Parametric Statistics	26	41.27
หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติทดสอบมากกว่า 1 ชนิด		
การสร้างเครื่องมือ (n=56)		
ผู้วิจัยสร้างเอง	5	8.93
ปรับจากเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว	21	37.50
นำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้	30	53.57
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (n=56)		
ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง	31	55.36
ได้รับการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยง	21	37.50
ไม่มีการรายงาน	4	7.14

จากตารางที่ 2 พบว่า รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองและมีการระบุกรอบแนวคิดในการวิจัยทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. คิดเป็นร้อยละ 48.00 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10-20 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 68.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.51) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.19 ขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 31-60 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.55) จำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 88.00 รายงานวิจัยทั้งหมดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่สุ่มเข้ากลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 56.00 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่เป็น Parametric Statistics คิดเป็นร้อยละ 58.73 เครื่องมือในการวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 53.57 เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยงคิดเป็นร้อยละ 55.36

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน n= 25	ร้อยละ
ความถี่ของการให้การปฏิบัติการพยาบาล (หน่วยเป็นสัปดาห์)		
14 ครั้ง/ 1 สัปดาห์	7	28.00
7 ครั้ง/ 1 สัปดาห์	8	32.00
3 ครั้ง/ 1 สัปดาห์	4	16.00
1 ครั้ง/ 1 สัปดาห์	6	24.00
ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อครั้ง (หน่วยเป็นนาที)		
30-60 นาที	18	64.00
61-90 นาที	4	24.00
91-120 นาที	1	4.00
ไม่ระบุ	2	8.00
Min= 30 Max= 120 Mean= 60.69 SD=21.96		
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (หน่วยเป็นสัปดาห์)		
4 - 8 สัปดาห์	11	44.00
9 - 12 สัปดาห์	9	36.00
13-16 สัปดาห์	3	12.00
16 สัปดาห์ขึ้นไป	2	8.00
Min= 4 Max= 29 Mean= 10.36 SD= 6.00		

จากตารางที่ 3 พบว่า การให้การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีความถี่ 7 ครั้ง/1 สัปดาห์ จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.00 ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อครั้ง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 – 60 นาที จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.96) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (หน่วยเป็นสัปดาห์) ส่วนใหญ่ใช้เวลา 4 – 8 สัปดาห์ จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 44.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.00)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยในงานวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน n=25	ร้อยละ
ประเภทของโรคเรื้อรัง		
โรคเบาหวาน	11	44.00
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6	24.00
โรคเอดส์	2	8.00
โรคหืด	1	4.00
โรคมะเร็ง	1	4.00
โรคความดันโลหิตสูง	1	4.00
โรคข้อเข่าเสื่อม	1	4.00
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1	4.00
โรคปวดหลังส่วนล่าง	1	4.00
ระดับนัยสำคัญ		
นัยสำคัญที่ระดับ .05	20	80.00
นัยสำคัญที่ระดับ .01	3	12.00
นัยสำคัญที่ระดับ .001	2	8.00
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
1 - 5 ปี	16	64.00
มากกว่า 5 ปี	4	16.00
ไม่ระบุระยะเวลาที่เป็นโรค	5	20.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.00 ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.00 ที่เหลือศึกษาในผู้ป่วยโรคหืด โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และโรคปวดหลังส่วนล่างจำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 4.00 โดยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาใน

การเป็นโรคส่วนใหญ่ออยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.00 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่รายงานอยู่ในระดับ 0.05 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง	จำนวน (n=118)	ร้อยละ
การจัดการตนเองด้านพฤติกรรม	38	32.20
การฝึกทักษะในการปฏิบัติ	21	55.26
การบันทึกการติดตามตนเอง	17	44.74
การจัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อม	33	27.97
ติดตามเยี่ยมบ้าน	14	42.42
กระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์	10	30.30
กระตุ้นเตือนโดยจดหมาย/ ไปรษณียบัตร	4	12.12
ครอบครัวมีส่วนร่วม	3	9.09
อภิปรายกลุ่ม	1	3.03
มีต้นแบบของความสำเร็จ	1	3.03
การจัดการตนเองด้านการรับรู้	26	22.22
ให้ความรู้รายกลุ่ม	13	50.00
ให้ความรู้รายบุคคล	11	42.30
ให้ความรู้รายบุคคล+ รายกลุ่ม	1	3.85
การเขียนบทความสนใจ	1	3.85
การจัดการตนเองด้านสรีรวิทยา	21	17.95
การบริหารการหายใจ	7	33.33
การออกกำลังกาย	6	28.57
การบริหารกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน	3	14.29
การบริหารท่าโยคะ	3	14.29
การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง	1	4.76
การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	1	4.76

หมายเหตุ: งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมากกว่า 1 องค์ประกอบ

จากตารางที่ 5 พบว่าคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นองค์ประกอบของการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม จำนวน 38 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.20 โดยส่วนใหญ่เป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติ จำนวน 21 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.26 ที่เหลือเป็นการบันทึกการติดตามตนเอง จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 44.74

องค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่นำมาศึกษารองลงมา คือการจัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 33 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.97 โดยส่วนใหญ่เป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.42 กระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์ จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 30.30 กระตุ้นเตือนโดยจดหมาย/ ไปรษณียบัตร จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.12 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.09 การอภิปรายกลุ่มและมีต้นแบบของความสำเร็จ จำนวน 1 เรื่องเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 3.03

ส่วนองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสรีรวิทยา จำนวน 21 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.95

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน (n=56)	ร้อยละ
ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	22	39.29
ระดับน้ำตาลในเลือด/ ระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ	9	40.90
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	2	9.10
ความดันโลหิต	2	9.10
ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก	2	9.10
สมรรถภาพปอด	1	4.55
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	1	4.55
ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด	1	4.55
ผลการรักษาวัณโรคปอด	1	4.55
ความรุนแรงของความเจ็บปวด	1	4.55
การรบกวนจากความเจ็บปวด	1	4.55
ความถี่ของการกำเริบปัสสาวะไม่อยู่	1	4.55

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n=56)	ร้อยละ
ผลลัพธ์ด้านอาการ	9	16.07
อาการหายใจลำบาก	5	55.56
อาการปวดหลัง	1	11.11
อาการปวดเข่า	1	11.11
อาการกำเริบเฉียบพลัน	1	11.11
อาการปวดอวัยวะ	1	11.11
ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	5	8.93
ความเครียด	2	40.00
ความวิตกกังวล	1	20.00
ความผาสุก	1	20.00
ภาวะซึมเศร้า	1	20.00
ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	10	17.86
การปฏิบัติการจัดการตนเอง	5	50.00
พฤติกรรมดูแลตนเอง	2	20.00
พฤติกรรมสุขภาพ	1	10.00
พฤติกรรมการสังเกตตนเอง	1	10.00
การควบคุมการเจ็บปวด	1	10.00
ผลลัพธ์ด้านองค์รวม	10	17.86
คุณภาพชีวิต	6	60.00
ความรู้เรื่องโรค	3	30.00
ภาวะเสี่ยงต่อโรค	1	10.00

หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ผลลัพธ์

จากตารางที่ 6 คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายมากที่สุด จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 39.29 โดยส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์ด้านร่างกายเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด/ ระดับฮีโมโกลบินที่ น้ำตาลเกาะ จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ ความดันโลหิต และความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก จำนวน 2 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 9.10 และศึกษาสมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ผลการรักษาวัณโรคปอด ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรบกวนจากความเจ็บปวด ความถี่ของการกลับปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 4.55

ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาศึกษารองลงมา ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านองค์รวม จำนวน 10 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.86 โดยผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการตนเองมากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 ผลลัพธ์ด้านองค์รวม ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60

ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.93 โดยศึกษาเกี่ยวกับความเครียด จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40 ความวิตกกังวล ความผาสุก และภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ดี	3	12.00
ดีมาก	22	88.00
Min= 64 Max= 91 Mean= 80.92 SD=5.89		

จากตารางที่ 7 พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 25 เรื่อง ส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.00 และคุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.00

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย

ค่าขนาดอิทธิพล	ขนาด	จำนวน	ร้อยละ
0.01- 0.78	เล็ก	20	35.71
0.79- 1.60	กลาง	17	30.36
1.61- 21.11	ใหญ่	19	33.93
Min= .01 Max= 21.11 Mean= 2.07 SD=3.20			

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก ขนาดปานกลาง และขนาดใหญ่จำนวนใกล้เคียงกัน โดยค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กมากที่สุด (ร้อยละ 35.71) รองลงมา คือค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (ร้อยละ 33.93) และ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลางน้อยที่สุด (ร้อยละ 30.36)

ตารางที่ 9 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อ
ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล					
	N	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	10	0.78	21.11	6.27	5.59	ใหญ่
ผลลัพธ์ด้านอาการ	9	0.41	4.21	1.13	1.51	กลาง
ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	22	0.04	4.40	1.36	1.33	กลาง
ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	5	0.36	2.66	0.86	1.16	กลาง
ผลลัพธ์ด้านองค์รวม	10	0.01	1.82	0.49	0.90	กลาง
รวม	56	0.01	21.11	3.19	2.07	ใหญ่

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมด 56 ค่า ส่วนใหญ่มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 5.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.27 รองลงมา คือ ผลลัพธ์ด้านอาการ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.13 และ ผลลัพธ์ด้านองค์รวม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.90

ตารางที่ 10 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย	ขนาดอิทธิพล						ขนาด
	N	Sample	Min	Max	S.D.	Mean	
ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก	2	62	4.02	4.40	0.26	4.21	ใหญ่
การรบกวนจากความเจ็บปวด	1	72				3.34	ใหญ่
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	2	70	0.49	3.64	2.22	2.06	ใหญ่
สมรรถภาพปอด	1	16				1.72	ใหญ่
ความดันโลหิต	2	100	0.56	2.67	1.49	1.61	ใหญ่
ความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1	60				1.19	กลาง
ความรุนแรงของความเจ็บปวด	1	72				1.13	กลาง
ผลการรักษาวัณโรคปอด	1	30				0.71	เล็ก
ระดับน้ำตาลในเลือด/ ฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ	9	518	0.13	1.27	0.38	0.58	เล็ก
ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด	1	40				0.16	เล็ก
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	1	32				0.04	เล็ก
รวม	22	1,072	0.04	4.40	1.36	1.33	กลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากกลุ่มตัวอย่าง 1072 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 22 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลเกือบทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.04

ตารางที่ 11 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ	ขนาดอิทธิพล						ขนาด
	N	Sample	Min	Max	S.D.	Mean	
อาการกำเริบเฉียบพลัน	1	40				4.21	ใหญ่
อาการหายใจลำบาก	5	158	0.83	2.71	0.50	1.42	กลาง
อาการปวดเข่า	1	20				1.22	กลาง
อาการปวดอวัยวะ	1	40				0.68	เล็ก
อาการปวดหลัง	1	32				0.41	เล็ก
รวม	9	290	0.41	4.21	1.13	1.51	กลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 290 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 9 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดปานกลางและเล็ก โดยอาการกำเริบเฉียบพลัน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.21 และอาการปวดหลัง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.41

ตารางที่ 12 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	ขนาดอิทธิพล						ขนาด
	N	Sample	Min	Max	S.D.	Mean	
ความผาสุก	1	60				1.82	ใหญ่
ภาวะซึมเศร้า	1	60				1.63	ใหญ่
ความวิตกกังวล	1	16				1.62	ใหญ่
ความเครียด	2	70	0.36	2.66	1.62	1.51	กลาง
รวม	5	216	0.36	2.66	0.86	1.16	กลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 216 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 5 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลเกือบทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความผาสุก มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.82 และความเครียด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.62

ตารางที่ 13 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม	ขนาดอิทธิพล						ขนาด
	N	Sample	Min	Max	S.D.	Mean	
การจัดการตนเอง	5	146	2.12	21.11	7.01	9.41	ใหญ่
การควบคุมการเจ็บปวด	1	72				4.83	ใหญ่
พฤติกรรมการสังเกตตนเอง	1	30				1.50	กลาง
พฤติกรรมสุขภาพ	1	60				0.87	กลาง
การดูแลตนเอง	2	111	0.78	0.93	0.10	0.85	กลาง
รวม	10	419	0.78	21.11	6.27	5.59	ใหญ่

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 419 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 10 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดปานกลาง โดยการจัดการตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 9.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.01 และการดูแลตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.10

ตารางที่ 14 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม	ขนาดอิทธิพล					ขนาด	
	N	Sample	Min	Max	S.D.		Mean
ความรู้เรื่องโรค	3	258	0.75	1.82	0.60	1.12	ใหญ่
คุณภาพชีวิต	6	378	0.59	1.45	0.31	0.94	กลาง
ภาวะเสี่ยงต่อโรค	1	147				0.01	เล็ก
รวม	10	783	0.01	1.82	0.49	0.90	กลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 783 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 10 ค่า โดยความรู้เรื่องโรค มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.12 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.06 และภาวะเสี่ยงต่อโรค มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.01

ตารางที่ 15 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรัง

ชนิดของโรคเรื้อรัง	ขนาดอิทธิพล					
	N	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	11	0.83	21.11	5.81	4.02	ใหญ่
โรคข้อเข่าเสื่อม	3	1.22	7.57	3.33	3.82	ใหญ่
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	3	1.19	7.89	3.75	3.57	ใหญ่
โรคมะเร็ง	3	1.13	4.83	1.86	3.10	ใหญ่
โรคหืด	2	1.82	2.12	0.21	1.97	ใหญ่
โรคความดันโลหิตสูง	2	0.87	2.67	1.27	1.77	ใหญ่
โรคเบาหวาน	25	0.01	8.37	1.68	1.11	กลาง
โรคเอดส์	5	0.68	1.50	0.33	0.95	กลาง
โรคปวดหลังส่วนล่าง	2	0.04	0.41	0.62	0.23	เล็ก

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรังแยกตามรายโรคเรื้อรัง พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.02 และโรคปวดหลังส่วนล่าง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.23

ตารางที่ 16 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรังและชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ชนิดของโรคเรื้อรัง	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล					
		N	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
โรคเบาหวาน	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	2	0.78	8.37	5.37	4.58	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	2	0.36	1.82	1.03	1.09	กลาง
	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม	8	0.01	1.45	0.42	0.79	กลาง
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	13	0.13	3.64	0.92	0.78	เล็ก
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	1				21.11	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	3	1.72	4.40	1.45	3.38	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านอาการ	6	0.83	4.21	1.22	1.90	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	1				1.62	ใหญ่

ตารางที่ 16 (ต่อ)ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรังและชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ชนิดของโรคเรื้อรัง	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล					
		N	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
โรคเอดส์	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	2	0.93	1.50	0.40	1.22	กลาง
	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม	1				0.92	กลาง
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	1				0.71	เล็ก
	ผลลัพธ์ด้านอาการ	1				0.68	เล็ก
โรคหืด	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	1				2.12	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม	1				1.82	ใหญ่

ตารางที่ 16 (ต่อ)ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรังและชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ชนิดของโรคเรื้อรัง	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล					ขนาด
		N	Min	Max	S.D.	Mean	
โรคมะเร็ง	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	1				4.83	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	2	1.13	3.34	1.56	2.24	ใหญ่
โรคความดันโลหิตสูง	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	1				0.87	กลาง
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	1				0.71	เล็ก
โรคข้อเข่าเสื่อม	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	1				7.57	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	1				2.66	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านอาการ	1				1.22	กลาง

ตารางที่ 16 (ต่อ)ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรังและชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ชนิดของโรคเรื้อรัง	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล					
		N	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	1				7.89	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	1				1.63	ใหญ่
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	1				1.19	กลาง
โรคปวดหลังส่วนล่าง	ผลลัพธ์ด้านอาการ	1				0.41	เล็ก
	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	1				0.04	เล็ก
รวม		56					

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยกับความครบถ้วนขององค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง

องค์ประกอบของ การจัดการตนเอง	ขนาดอิทธิพล					ขนาด
	N	Min	Max	S.D.	Mean	
ครบทั้ง 4 ด้าน	37	0.01	21.11	3.72	2.14	ใหญ่
ขาดด้านเสรีวิทยา	14	0.31	8.37	2.10	2.27	ใหญ่
ขาดด้านสิ่งแวดล้อม	5	0.49	1.50	0.48	0.96	กลาง
รวม	56					

จากตาราง 17 พบว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีองค์ประกอบครบทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 2.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.72 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ขาดด้านเสรีวิทยา เท่ากับ 2.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.10 การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ขาดด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.48

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะงานวิจัยหรือไม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังแสดงในตารางที่ 18 และ ตารางที่ 19

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	ขนาดอิทธิพล
ขนาดอิทธิพล	1
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	-.250
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	.013
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	.105
ไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	-.105
แผนก OPD	-.064
แผนก IPD	.057
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	.009
ระดับนัยสำคัญ .05	.061
ระดับนัยสำคัญ .01	-.022
ระดับนัยสำคัญ.001	-.059
คุณภาพงานวิจัย	.056

จากตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$) คุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระดับนัยสำคัญที่ .05 และคุณภาพงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ระดับนัยสำคัญที่ .01 และระดับนัยสำคัญที่ .001

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	ขนาดอิทธิพล
ขนาดอิทธิพล	1
เบาหวาน	-.273(*)
ปวดอุ้งก้นเรื้อรัง	304(*)
เอคส์	-.111
หอบหืด	-.006
มะเร็ง	.077
ความดันโลหิตสูง	-.018
ข้อเข่าเสื่อม	.131
กล้ามเนื้อสรวะลำบาก	.112
ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง	-.112
ระยะป่วย1-5ปี	.053
ระยะป่วย6-10 ปี	-.129
ไม่ระบุระยะเวลา	.060

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

จากตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$) ยกเว้น ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยในโรคปวดอุ้งก้นเรื้อรังกับค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.304$) คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก ได้แก่ งานวิจัยในผู้ป่วยโรคปวดอุ้งก้นเรื้อรัง งานวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง งานวิจัยในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม งานวิจัยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่ ระยะเวลาที่เป็นโรค 1- 5 ปี การไม่ระบุเวลาที่เป็นโรค สำหรับคุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ได้แก่ งานวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน งานวิจัยในผู้ป่วยโรคเอคส์ งานวิจัยในผู้ป่วยโรคหืด งานวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ระยะเวลาที่เป็นโรค 6- 10 ปี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass Mc Gaw and Smith (1981) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองด้วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำนวน 41 เล่ม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์เชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2540 ถึง 30 มิถุนายน 2551 จำนวน 25 เล่ม ซึ่งคัดเลือกจากประชากรโดยใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นงานการวิจัยที่จัดทำเสร็จและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 ถึง มิถุนายน 2551 ที่สืบค้นได้ในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ หอสมุดแห่งชาติและสภาวิจัยแห่งชาติ
2. เป็นงานการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม หรือมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง
3. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าอิทธิพล ซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F-test, U-test , Z-test, p-value

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยของ นัฐิยา

เพียรสูงเนินและชนกพร จิตปัญญา (2551) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต และปีที่พิมพ์เผยแพร่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม สมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็นโรค ลักษณะและรายละเอียดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล (แยกตามองค์ประกอบของการจัดการตนเอง) รายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย เท่ากับ 0.90 และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.80 และจากการประเมินซ้ำได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.90

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยเป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากของนัฐิยา เพียรสูงเนินและชนกพร จิตปัญญา (2551) ประกอบด้วยเกณฑ์ในการประเมินจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 1 และคะแนนสูงสุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเท่ากับ 0.80 และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีใช้ ผู้ประเมินร่วมกัน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.90 และจากการประเมินซ้ำได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆด้วยตนเอง ประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล นำมาหาความสอดคล้อง โดยการทดลองบันทึกข้อมูลและบันทึกซ้ำ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สํารวจงานวิจัย ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. นำงานวิจัยที่สำรวจได้มาศึกษาโดยอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจและคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย
5. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลซ้ำอีกครั้งโดย คุณณัฐิยา เพียรสูงเนิน เจ้าของเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้
6. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิด ได้แก่ ขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม และด้านองค์รวม เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย
7. นำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล ด้วยวิธีวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลของ Glass, McGaw and Smith (1981)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw and Smith (1981)
3. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล แปลผล และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพล

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของผลการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย โดยตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรอิสระ และค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยเป็นตัวแปรตาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระ มาหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ประเภทปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 80.00 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 36.00 สาขาที่ผลิตงานวิจัยเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์ทั้งหมด ปีที่พิมพ์เผยแพร่มากที่สุดคือ ปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 40.00

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองทั้งหมด และทั้งหมดมีการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. คิดเป็นร้อยละ 48.00 ระยะเวลาเก็บข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10- 20 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 68.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.51) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.19 ขนาดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-60 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.55) จำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 88.00 รายงานวิจัยทั้งหมดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่สุ่มเข้ากลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 56.00 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลมากที่สุดเป็น Parametric Statistics คิดเป็นร้อยละ 58.73 เครื่องมือในการวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 53.57 เครื่องมือวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยงคิดเป็นร้อยละ 55.36

ความถี่ต่อการให้การปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้เวลา 7 ครั้ง/ 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 32.00 รองลงมาใช้เวลา 14 ครั้ง/ 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 28.00 ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองต่อครั้ง (หน่วยเป็นนาที) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-60 นาที คิดเป็นร้อยละ 64.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.96) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง (หน่วยเป็นสัปดาห์) ส่วนใหญ่ใช้เวลา 4- 8 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 44.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.00)

ประเภทของโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 44.00 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรคอยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.00 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่รายงานอยู่ในระดับ 0.05 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00

2. การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่เน้นการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 32.20 รองลงมาการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 27.97

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านร่างกาย จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 39.29 รองลงมาศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและด้านองค์รวมเท่ากัน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.86 ผลลัพธ์ด้านจิตใจได้ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.93

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ศึกษาเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด/ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมากที่สุด จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.90 ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเท่ากัน จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.10 ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ผลการรักษาวัณโรค ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรบกวนจากความเจ็บปวด และความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 4.55

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ศึกษาเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากมากที่สุดจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.56 ศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลัง อาการปวดเข่า อาการกำเริบเฉียบพลัน และอาการปวดอวัยวะอื่น จำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 11.11

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดมากที่สุดจำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความผาสุก และภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.00

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกรจัดการตนเองมากที่สุดจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการสังเกตตนเอง และการควบคุมการเจ็บปวด จำนวน 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10.00

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากที่สุดจำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และศึกษาเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อโรคจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.00

4. คุณภาพงานวิจัย งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 25 เรื่อง ส่วนใหญ่มีคุณภาพ

งานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.00 และคุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.00

5. ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก ขนาดปานกลาง และขนาดใหญ่ จำนวนใกล้เคียงกัน โดยค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กมากที่สุด (ร้อยละ 35.71) รองลงมา คือ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (ร้อยละ 33.93) และ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง น้อยที่สุด (ร้อยละ 30.36)

6. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.07 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 5.59 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.90

7. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 4.21 รองลงมาคือ การรบกวนจากความเจ็บปวด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สมรรถภาพปอดและความดันโลหิตมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 3.34, 2.06, 1.72 และ 1.61 ตามลำดับ ความถี่ของการกั้นปัสสาวะไม่อยู่ และความรุนแรงของความเจ็บปวดมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.19 และ 1.13 ตามลำดับ สำหรับผลการรักษาวัณโรคปอด ระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ ระดับโคเลสเตอรอลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.71, 0.58, 0.16 และ 0.04 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาการกำเริบเฉียบพลันมีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 4.21 อาการหายใจลำบากและอาการปวดเข้ามีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.42 และ 1.22 สำหรับอาการปวดอึดเสบและอาการปวดหลังมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.68 และ 0.41 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความผาสุกมีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.82 รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.63 และ 1.62 ตามลำดับ ความเครียดมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.51

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การปฏิบัติการจัดการตนเองมีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่

ที่สุด เท่ากับ 9.41 รองลงมาคือ การควบคุมความเจ็บปวด ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 4.83 สำหรับ พฤติกรรมการสังเกตตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.50, 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรู้เรื่องโรคมียุทธศาสตร์ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.12 คุณภาพชีวิตมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.94 และภาวะเสี่ยงต่อโรคมียุทธศาสตร์ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.01

8. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกตามรายโรคเรื้อรัง ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใหญ่ที่สุด เท่ากับ 4.02 โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โรคมะเร็ง โรคหืดและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.82, 3.57, 3.10, 1.97 และ 1.77 ตามลำดับ สำหรับโรคปวดหลังส่วนล่าง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.23

9. เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรัง พบว่า

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 4.58 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายต่ำที่สุด เท่ากับ 0.78

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 21.11 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจต่ำที่สุด เท่ากับ 1.62

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเอดส์ ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 1.22 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านอาการต่ำที่สุด เท่ากับ 0.68

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืด ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 2.12 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านองค์รวมต่ำที่สุด เท่ากับ 1.82

การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 4.83 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านร่างกายต่ำที่สุด เท่ากับ 2.24

การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 0.87 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านร่างกายต่ำที่สุด เท่ากับ 0.71

การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 7.57 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านอาการต่ำที่สุด เท่ากับ 1.22

การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสูงที่สุด เท่ากับ 7.89 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านร่างกายต่ำที่สุด เท่ากับ 1.19

การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการสูงที่สุด เท่ากับ 0.41 และค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางด้านร่างกายต่ำที่สุด เท่ากับ 0.04

10. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีองค์ประกอบครบทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 2.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.72 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ขาดด้านสรีรวิทยา เท่ากับ 2.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.10 การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ขาดด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.48

11. คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$) คุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระดับนัยสำคัญที่ .05 และคุณภาพงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ระดับนัยสำคัญที่ .01 และระดับนัยสำคัญที่ .001

12. คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$) ยกเว้น ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยในโรคปวดอุ้งก้นเรื้อรังกับค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.304$) คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก ได้แก่ งานวิจัยในผู้ป่วยโรคปวดอุ้งก้นเรื้อรัง งานวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง งานวิจัยในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม งานวิจัยในผู้ป่วยภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระยะเวลาที่เป็นโรค 1- 5 ปี การไม่ระยะเวลาที่เป็นโรค สำหรับคุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ได้แก่ งานวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

งานวิจัยในผู้ป่วยโรคเอดส์ งานวิจัยในผู้ป่วยโรคหืด งานวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ระยะเวลาที่เป็นโรค 6- 10 ปี

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะอภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.1 ข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทปริญญาโท (ร้อยละ 80.00) เนื่องจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษานั้นเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ทำให้มีการทำวิจัยมากกว่าในคลินิกหรือในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่สังเคราะห์อภิमानงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ เช่น งานวิจัยของวารุณี จิวศักดิ์ (2550) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์อภิमान พบว่างานวิจัยร้อยละ 91.90 เป็นปริญญาโท งานวิจัยของนริญา เพียรสูงเนิน (2550) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์อภิमान พบว่างานวิจัยร้อยละ 81.80 เป็นปริญญาโท และงานวิจัยของจรัสรัตน์ นวมะขิตติ (2547) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง โดยวิเคราะห์อภิमान พบว่างานวิจัยร้อยละ 88.09 เป็นปริญญาโท

สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 36.00) เนื่องจากอาจารย์ของแต่ละสถาบันที่ผลิตงานวิจัยย่อมมีความรู้ความชำนาญแตกต่างกัน และปริญญาโทเป็นรายงานการวิจัยที่นักศึกษาจัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาก็เป็นแหล่งที่มาของปัญหาการวิจัยแหล่งหนึ่ง (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) เมื่อสถาบันการศึกษามีนักศึกษาที่ศึกษาวิจัยโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองแล้วมีการเผยแพร่ นักศึกษารุ่นต่อๆมาที่เป็นนักวิจัยมือใหม่ยังขาดประสบการณ์ด้านการวิจัยได้ทำการค้นหาขอบเขตปัญหาการวิจัยที่สนใจ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุม ร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับแนวคิดนี้อยู่แล้ว ก็จะค้นพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of knowledge) ของงานวิจัยที่นักศึกษารุ่นพี่ได้ทำการศึกษาวิจัยมาก่อน จึงได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่ยังขาดองค์ความรู้ภายใต้แนวคิดเดียวกัน

สาขาที่ผลิตงานวิจัยทั้งหมด คือ พยาบาลศาสตร์ เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึงการกระทำกิจกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือและกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง (วารุณี ฉวีศักดิ์, 2550) วิชาชีพที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย คือ พยาบาล ซึ่งแนวคิดการจัดการด้วยตนเองได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถและทักษะในการควบคุมอาการของโรคด้วยตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) และพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 78.00 ของบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2545) พยาบาลเหล่านี้จำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการทัศน์เรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ปรับบทบาทในการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก ซึ่งการปรับเปลี่ยนดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่มาจากการศึกษาค้นคว้า หรือการวิจัย เพื่อเป็นฐานของการคิด การตัดสินใจ และกำหนดทิศทางหรือแนวทางการให้บริการ การวิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาเพื่อสร้างองค์ความรู้หรือหาคำตอบที่ต้องการ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) ประกอบกับการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษานั้นเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา จึงส่งผลให้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห้ปริมาณครั้งนี้ทั้งหมดมาจากคณะพยาบาลศาสตร์ สอดคล้องกับงานวิจัยของวารุณี ฉวีศักดิ์ (2550) ที่สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ร้อยละ 81.11 ของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นสาขาพยาบาลศาสตร์

ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยมากที่สุดได้แก่ ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 40.00 จากการพัฒนาวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการด้วยตนเองได้มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา การค้นหาปัญหาการวิจัยในช่วงต้นๆจึงเป็นการวิจัยแบบไม่ทดลอง แต่เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ เช่น เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีการจัดการกับตนเองต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน และ วุฒินี ช้างมิ่ง (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ต่อมาการศึกษาในช่วงระยะหลังจึงเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อค้นหาคำตอบที่เป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of knowledge) ของงานวิจัยที่ผ่านมา และเนื่องจากการวิเคราะห์ห้ปริมาณครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ประการหนึ่งว่าต้องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทย ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ส่วนใหญ่จึงเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในช่วงเวลาที่เป็นปัจจุบัน ประกอบกับโรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมากรวมทั้งเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆของประชากร รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) จึงทำให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการด้วยตนเองมากขึ้น

1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองทั้งหมด ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมือนการวิจัยแบบทดลองมากที่สุด คือมีการจัดกระทำสิ่งทดลอง แต่มีส่วนที่แตกต่างกัน 2 ประการ คือ การมีกลุ่มควบคุม (Control group) และการสุ่ม (Randomization) เพราะการวิจัยกึ่งทดลองนั้นอาจมีหรือไม่มีกลุ่มควบคุมก็ได้ รวมถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และการควบคุมสิ่งทดลอง ไม่จำเป็นต้องเคร่งครัดเท่ากับการวิจัยเชิงทดลอง จึงเป็นแบบการวิจัยที่นิยมใช้ทางการแพทย์ เพราะในทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์จะมีความยากในการควบคุมตัวแปรภายนอก และการสุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) เนื่องจากการวิเคราะห์ห่าภิมาณครั้งนี้นงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดเป็นงานวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นการวิจัยในมนุษย์รูปแบบการวิจัยจึงเป็นแบบกึ่งทดลองทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของวารุณี ฉวีศักดิ์ (2550) งานวิจัยของนัฐิยา เพียรสูงเนิน (2550) และงานวิจัยของจรรีรัตน์ นวมะชิต (2547) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ห่าภิมาณ พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองร้อยละ 97.30, 95.50 และ 100.00 ตามลำดับ

การระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งหมดมีการระบุนกรอบแนวคิด เนื่องจากในการทำวิจัยต้องมีการกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อที่จะสามารถอธิบายได้ถึงความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเมื่อสรุปผลการวิจัย (สัจจา ทาโต, 2549) การสร้างกรอบแนวคิดจึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในกระบวนการวิจัย (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) และงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้ทั้งหมดเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่มีหลักการ แนวคิด ทฤษฎีของตนเองมาเป็นระยะเวลายาวนาน การศึกษาวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์จึงมีการระบุนกรอบแนวคิดอย่างชัดเจนโดยอาศัยทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบกับงานวิจัยทั้งหมดเป็นปริญญาานิพนธ์ระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดแนวคิดจึงชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา นุตตะโร (2546) วารุณี ฉวีศักดิ์ (2550) และนัฐิยา เพียรสูงเนิน (2550) พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์มีการระบุนกรอบแนวคิดร้อยละ 70.60, 86.50 และ 92.30 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมากที่สุดใช้เวลา 10- 20 สัปดาห์ (ร้อยละ 68) ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระยะ 9-12 สัปดาห์ เนื่องจากการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร โดยจะสัมพันธ์กับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ที่พบว่า ร้อยละ 44.00 ใช้เวลา 4- 8 สัปดาห์ เพราะฉะนั้นระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจึงต้องไม่น้อยกว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 85.19) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการในแผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่มีอาการกำเริบของอาการของโรค จึงพร้อมสำหรับการให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ แล้วมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จึงทำให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิमानของนัฐยา เพียรสูงเนิน (2550) พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ร้อยละ 81.80 เก็บข้อมูลที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน 31- 60 คน (ร้อยละ 60.00) ซึ่งถือว่าเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะสามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ แม้ว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะแปรผกผันกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานจากค่าเฉลี่ย (Standard Error of the Mean) ซึ่งหมายถึงการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จะทำให้ความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยลดลง แต่การศึกษาจากตัวอย่างขนาดใหญ่มากย่อมมีข้อเสียคือ ทำให้เพิ่มโอกาสที่เรียกว่า ผลการทดสอบสมมติฐานมีนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical Significance) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางการปฏิบัติ (Non Practical Significance) และความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยไม่ใช่ขึ้นอยู่กับขนาดตัวอย่างแต่เพียงปัจจัยเดียว แต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัย ได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัยที่ไม่ถูกต้อง เครื่องมือที่ไม่มีคุณภาพ และการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น (บุญใจ ศรีสถิตยัรนากุล, 2547) ทั้งนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยเกินไป ควรเพียงพอที่จะอนุมานถึงประชากรทั่วไป และมีจำนวนไม่มากเกินไปจนเป็นปัญหาในด้านเวลาและงบประมาณในการวิจัย (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) การวิเคราะห์อภิमानครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดทฤษฎี และการคำนวณจากสูตรในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เช่น วราภรณ์ ดีเสียง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้แนวคิดของ Burns and Grove (2001) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ปาริชาติ ทองสาลี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้แนวคิดของ Pilot &

Hungler (1999) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการวิเคราะห์หือภิมานของนัฐยา เพียรสูงเนิน (2550) พบว่า งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ร้อยละ 34.10 ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30- 90 คน และ การวิเคราะห์หือภิมานของ Sineenart Likitratcharoen (2000) พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยเท่ากับ 61.12

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หือภิมานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.00) ใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง อาจมีหรือไม่มีกลุ่มควบคุมก็ได้ แต่เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถสรุปได้อย่างหนักแน่นว่าค่าตัวแปรตามที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลจากสิ่งทดลอง ผู้วิจัยจึงนิยมศึกษาในกลุ่มควบคุมร่วมด้วย (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หือภิมานทั้งหมดใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้วิจัยจะจงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งวิธีนี้เป็นการสุ่มตัวอย่างที่มีความลำเอียง ผลการวิจัยที่ค้นพบมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร หรือมีจุดอ่อนในด้านความตรงภายนอก (External Validity) แต่มีความเหมาะสมในกรณีที่ประชากรของงานวิจัยมีคุณลักษณะเฉพาะหรือพิเศษ เนื่องจากงานที่นำมาวิเคราะห์หือภิมานทั้งหมดประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหมือนกันในคุณสมบัติ เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และเพื่อให้งานวิจัยมีความตรงภายในเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.00) จึงมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มอย่างง่าย ซึ่งหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมีโอกาสถูกสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเท่าเทียมกัน เหมาะสำหรับกรณีที่คุณลักษณะของหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมีความคล้ายคลึงกันมาก (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่รายงานค่าที่ระดับ 0.05 (ร้อยละ 72.00) หมายความว่าผู้วิจัยมีความมั่นใจ 95% ว่าการตัดสินใจในการทดสอบสมมติฐานมีความถูกต้อง (สัจจา ทาโต, 2549) การกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of significance) ในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับที่เข้มงวดเพื่อให้ นักวิจัยเกิดความมั่นใจ หรือมีความเชื่อมั่นว่าการตัดสินใจในการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐานกลาง (Null hypothesis) นั้นมีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนน้อย ซึ่งการระบุนัยสำคัญทางสถิติขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบหรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา โดยส่วนใหญ่สาขาพยาบาลศาสตร์ จะระบุที่ 0.50 และ 0.10 (Polit and Hungler, 1987 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีการใช้สถิติแบบ Parametric Statistics มากที่สุด (ร้อยละ 58.73) ซึ่งเป็นสถิติที่มีอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power of Statistical Test)

สูงกว่าแบบ Non- Parametric Statistics จึงเป็นสถิติที่นิยมนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยมากกว่า Non- Parametric Statistics (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

วิธีการสร้างเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 53.57 เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการวัดผลลัพธ์ทางร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่แล้ว เช่น เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยงคิดเป็นร้อยละ 55.36 ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเป็นสิ่งสำคัญมาก ทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับ มีความตรงสามารถวัดตัวแปรได้ตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการ และมีความความเที่ยงคือความเชื่อถือได้ ความถูกต้องของข้อมูลที่วัด (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

1.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับรายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง พบว่า ความถี่ของการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีความถี่ 7 ครั้ง/1 สัปดาห์ (ร้อยละ 32.00) ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อครั้ง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30- 60 นาที (ร้อยละ 64.00) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้เวลา 4- 8 สัปดาห์ (ร้อยละ 44.00) เนื่องด้วยการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จึงต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องในการปฏิบัติ นอกจากนี้บางตัวแปรต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม คุณภาพชีวิต (จิตติมา จรูญสิทธิ์, 2545 ; จินตนา ทองเพชร, 2550)

โรคเรื้อรังที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 44.00) เนื่องจากอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานพบในผู้ใหญ่ประมาณ 7% ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สาธิต วรรณแสง, 2548) ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศไทย ปัจจัยหลักคือ จำนวนผู้ป่วยที่มีมาก และแต่ละคนจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหลายๆด้าน (ปาริชาติ ทองสาลี, 2550) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่างๆที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความแพร่หลายมากขึ้น

ระยะเวลาที่เป็นโรคกลุ่มของตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 1- 5 ปี (ร้อยละ 64.00) ซึ่งเป็นระยะของโรคที่ยังสามารถควบคุมโรคได้และยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (เมตตาภรณ์ พรพัฒน์กุล, 2549)

องค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นองค์ประกอบของการจัดการตนเอง

ด้านพฤติกรรม จำนวน 38 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.20 (งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมากกว่า 1 องค์ประกอบ)โดยส่วนใหญ่เป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติ จำนวน 21 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.26 เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1986) การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวกระทำหรือแสดงเพื่อลดผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Batholomew, et al., 1993) ซึ่งกลวิธีที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการด้วยตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ นั้นเป็นวิธีการจัดการตนเองที่เน้นพฤติกรรม (Self-Management Behavior Approach) ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) (Kanfer, 1988) และกลยุทธ์ของการจัดการตนเอง เป็นการ teaching - oriented (สอนให้รู้) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติและต้องเป็นความต้องการของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cormier & Nurius, 2003) ด้วยเหตุนี้การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง จึงเน้นองค์ประกอบของการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม และเป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายมากที่สุด จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 39.29 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Physical health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงทางร่างกายของผู้ป่วย โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการให้การดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายจาก วัดระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด สมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก ความดันโลหิต ผลการรักษาวัณโรคปอด ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรบกวนจากความเจ็บปวด ความถี่ของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เหล่านี้สามารถวัดประเมินได้จากทางคลินิก โดยส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์ด้านร่างกายเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด/ ระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.90 สอดคล้องกับโรคเรื้อรังที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 44.00)

คุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ครั้งนี้ร้อยละ 80.00 เป็นประเภทปริญาานิพนธ์ระดับปริญญาโท ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพงานวิจัยทุกขั้นตอน รวมทั้งมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ทำให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพเผยแพร่เพื่อการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

2. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 25 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 56 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก ขนาดปานกลาง และขนาดใหญ่จำนวนใกล้เคียงกัน ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กมากที่สุด (ร้อยละ 35.71) รองลงมา คือค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ (ร้อยละ 33.93) และ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลางน้อยที่สุด (ร้อยละ 30.36) โดยค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ค่าขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 21.11 เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ค่าขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 0.01 เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ แสดงว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1986) จึงประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติการพยาบาลได้จากผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายด้าน พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 1,072 คน คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 22 ค่า พบว่าความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบาก มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.21 นั่นคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการจัดการภาวะหายใจลำบากมากที่สุด เนื่องจากการนำแนวทางการจัดการตนเองมาสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถและทักษะในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพให้ตนเองแข็งแรงอยู่เสมอ เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง (พรทิพย์ ชุณหจิตร, 2548)

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 290 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 9 ค่า พบว่าอาการกำเริบเฉียบพลัน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.21 นั่นคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการลดอาการกำเริบเฉียบพลันมากที่สุด เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้จัดกระบวนการให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เกิด

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย สามารถป้องกันและลดอาการกำเริบเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัตนพรหมบุตร, 2550)

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 216 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 5 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลเกือบทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความผาสุก มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.82 นั่นคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตมากที่สุด โปรแกรมการจัดการตนเองโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ เริ่มตั้งแต่ การค้นหาปัญหาของตนเอง กำหนดเป้าหมาย วางแผนและลงมือปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้ ฝึกทักษะให้ ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองที่บ้าน สามารถส่งผลให้ความผาสุกของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (ปาริชาติ ทองสาส์, 2550) สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) ที่ว่าการจัดการตนเองหมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความผาสุกในชีวิตมากขึ้น

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 419 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 10 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดปานกลาง โดยการจัดการตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 9.41 นั่นคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดการจัดการตนเอง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการจัดการตนเอง การติดตามตนเอง รวมทั้งการให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยยอมรับการปฏิบัติกิจกรรมที่จัดในโปรแกรม สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น มีการให้ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายก็จะมี การปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้มากขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จได้รับผลดีที่เกิดขึ้น จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกทางบวก เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องต่อไปและจะคงพฤติกรรมนั้นไว้ (รัชวรณ ตู่แก้ว, 2550 ; วันวิสาข์ โลหะสาร, 2550) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วารี กังใจ (Waree Kangchai, 2002) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มี

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลองระยะติดตามผล 3 เดือนและ 4 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 783 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 10 ค่า โดยความรู้เรื่องโรค มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.12 นั่นคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง การวางแผนและการปฏิบัติพยาบาลต้องมีการเตรียมความรู้ให้กับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่จะนำไปสู่กิจกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจากความรู้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรค แนวทางการปฏิบัติตนและการจัดการกับอาการหรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตนที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม และยังเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย และผู้เรียนจะเรียนรู้ได้มากหากมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพราะกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้เรียนได้พัฒนากระบวนการคิด การวิเคราะห์ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าและความสำคัญของสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลอย่างสูงสุด ทั้งในด้านความรู้ เจตคติและทักษะการแก้ปัญหาและการพัฒนาที่ยั่งยืน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคหืด และทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรังแยกตามรายโรค

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกตามรายโรคเรื้อรัง พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.02 แสดงว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ คือ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เพราะฉะนั้นจุดประสงค์หลักของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ เพื่อลดอาการหายใจลำบาก จึงมีความพยายามในการคิดค้นกลวิธีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอาการหายใจลำบาก เนื้อหาโปรแกรมส่วนใหญ่ จะประกอบไปด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การบริหารการหายใจ เป็นต้น การบำบัดส่วน

ใหญ่มักทำควบคู่ไปกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548) ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ แต่เมื่อมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองและการกำกับตนเองมาใช้ร่วมกับวิธีการลดอาการหายใจลำบากดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมกรรมกรดูแลสุขภาพของตัวเองและเกิดการจัดการตนเองกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเหมือนเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพรหมบุตร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายโรค พบว่า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ที่นำมาวิเคราะห์ในครั้ง นี้ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของโรคเรื้อรังทุกชนิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด ยกเว้นในผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่างที่ไม่ได้มีการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดการจัดการตนเอง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการจัดการตนเอง การติดตามตนเอง รวมทั้งการให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยยอมรับการปฏิบัติกิจกรรมที่จัดในโปรแกรม สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เหล่านี้ คือสภาวะที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วย เป็นการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavioral Health Outcomes) และเมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จได้รับผลดีที่เกิดขึ้น จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกทางบวก เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องต่อไป และจะคงพฤติกรรมนั้นไว้

4. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในแต่ละด้านต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เมื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยกับความครบถ้วนขององค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง พบว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีองค์ประกอบครบทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 2.14 และค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่ขาดด้านสรีรวิทยา เท่ากับ 2.27 มีค่าใกล้เคียงกัน แต่การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่

ขาดด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยน้อยลง เท่ากับ 0.96 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างชัดเจน นั่นคือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental – social) มีความสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และการให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการด้วยตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จได้รับผลดีที่เกิดขึ้น จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกทางบวก เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องต่อไปและจะคงพฤติกรรมนั้นไว้ (รัชวรณ ตูแก้ว, 2550 ; วันวิสาข์ โลหะสาร, 2550)

5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$) นั่นคือ คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ส่งผลให้ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปน้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะฉะนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเกี่ยวข้องกับกระบวนการหรือกลวิธีที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุด ($r = 0.304$) นั่นคือ ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจและปอดเท่านั้น และอาการแสดงที่สำคัญที่สุดก็คือ อาการหายใจลำบาก การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทั่วไปจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้การกระจายลมหายใจในปอดดีขึ้นและลดอาการหายใจลำบาก (รัตนพรหมบุตร, 2550) ซึ่งมีกลวิธีหลากหลายในการลดอาการหายใจลำบาก เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การใช้ยา การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดอาการ (ไพรวลัย โคตรตะ, 2547) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของผู้อื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง

เพราะฉะนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง ย่อมก่อให้เกิด ประสิทธิภาพที่ดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมการนำการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองไปใช้ในการ พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องมีภาระหน้าที่การ ดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ แนวคิดการจัดการตนเองจึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะเป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ บุคคล

2. เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองเกิดประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทาง สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงสุด การปฏิบัติการพยาบาลจึงควรครอบคลุมการจัดการตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ การจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านสิ่งแวดล้อม การ จัดการตนเองด้านการรับรู้ และการจัดการตนเองด้านสรีรวิทยา โดยเฉพาะการจัดการตนเองด้าน พฤติกรรม และด้านสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรค อย่างยิ่ง

3. ควรใช้กลวิธีในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมให้ ครอบคลุม ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การติดตามตนเอง (Self- monitoring) การ ประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) เพื่อให้การ ปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองครบทุกองค์ประกอบ และมี การวัดประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลจากผลลัพธ์ทางสุขภาพครบทุกด้าน

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค เรื้อรังให้กว้างขวางมากขึ้น เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่แตกต่าง

3. ควรนำงานวิจัยที่ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค เรื้อรังชนิดเดียวกันมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนและลึกซึ้งมากขึ้น

4. ควรนำงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองทั้งหมดที่มีในประเทศไทยมาสังเคราะห์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเองที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดคุณสมบัติของประชากร เป็นรายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540-2551 มีจำนวนจำกัด เท่ากับ 41 เรื่อง จึงไม่สามารถใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างได้ โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจากเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจจะไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

รายการอ้างอิง

- กาญจนา สุขประเสริฐ. 2551. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรองไต่ อุณหสูตร. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมตา. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 14,2 (เมษายน-มิถุนายน): 12-17.
- เข็ม สกุลนุ้ม. 2545. **ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรีรัตน์ นวมะชิตี. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา คนใหญ่. 2550. **การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้า และการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติมา พุ่มพรวณู. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุตินธร เรียนแพง. 2548. **การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. 2544. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณคุณภาพแบบสอบถามหลายตัวเลือกที่มีรูปแบบของแบบสอบถามและวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัฐิยา เพ็ชรสูงเนิน. 2550. **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. 2541. **การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา: รายงานการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นนทรรัตน์ สถาวรีระพงค์. 2550. **ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นารี ชื่นคล้าย. 2548. **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ: ยูแอนไออินเตอร์มีเดีย.
- ประกาย จิโรจน์กุล. 2548. **การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.
- ปราโมทย์ ประสานกุล. 2545. **วารสารประชากรและการพัฒนา** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 23,1 (ตุลาคม – พฤศจิกายน).
- ปิยะฉัตร คำชื่น. 2547. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส. 2542. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีการจัดการกับตนเองต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมตตาภรณ์ พรพัฒน์กุล. 2549. **การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน**. อายุศาสตร์ประยุกต์ 4 ประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ เชียงใหม่ 2549. เชียงใหม่: ร้านทร็อค ดิงค์.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ. 2540. **การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภรดี วัชรสิน. 2544. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก: การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วยุณี ช้างมิ่ง. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วัลลา ตันตโยทัย. 2540. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
พึ่งอินซูลิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ อริยะสสมบุรณ์. 2544. **การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาจิตวิทยา: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. **การวิจัยทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัจจา ทาโต. 2549. **เอกสารคำสอน รายวิชาวิธีวิทยาการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิต วรรณแสง. 2548. **ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน.** ใน สุทิน ศีร์อำษาพร และวรรณิ
นิยานันท์ (บรรณาธิการ). **โรคเบาหวาน.** กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดน้ำมันหอม
ระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินีนาง ป้อมเย็น. 2547. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สินีนุช เสนิงค์ ณ อยุธา. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
โรคหัวใจ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล. 2549. **ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุคนธ์ มีเนตรทิพย์. 2540. **การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.** ขอนแก่น:
ขอนแก่นการพิมพ์.

- สุพิชญา นุททิกจ. 2546. **ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อ
วีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรี.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัยพร อาชาล. 2543. **ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. 2543. **การส่งเสริมสุขภาพ:
แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.** นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2544. **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. ฟรินด์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำราญ คชรินทร์. 2543. **ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อ
การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ความผาสุก และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ. 2545. **ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้
ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรา นุตตะโร. 2546. **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย
คลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินท์ ใจสุนทร. 2542. **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการ
ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในภาคเหนือตอนบน ด้วยวิธีการวิเคราะห์
อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. 2527. **การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ เน้นวิธีวิเคราะห์เมตา.**
กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอรล ลากเจริญ. 2547. **Stmptom Management : Quality of care.** โครงการประชุมวิชาการ
Symptom Management : Quality of care : 1-9. 25-26 พฤษภาคม ณ ห้องประชุมหม่อมเจ้า
หญิงมณฑารพกมลาศน์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- Bandura, A. 1986. **Social foundation of thought and action.** England Ciffs, NJ: Prentice – Hall.

- Balow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. 2002. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Education and Counseling**, 48, 177-187.
- Bartholomew, L.K. et al. 1993. Performance objectives for the self-management of cystic fibrosis. **Patient Education and Counseling** .22(1): 15-25.
- Berg, J., Dunbar- Jacob, J., & Sereika, S. 1997. An evaluation of a self- management program for adult with asthma. **Clinical nursing research**, 6(3), 225- 238.
- Berg, J., Evangelista, L. S., & Dunbar- Jacob, J.M. 2002. Compliance. In Lubkin, I.M & Larsen, P.D. (Ed). **Chronic illness: Impact and intervention**. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Burn, N and Grove, SK. 2005. **The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization** . St. Louis, Mo. : Elsevier Saunders.
- Bourbeau, J., Nault, D., and Tan,T. 2004. Self – management and behavior modification in chronic obstructive pulmonary disease. **Patient Education and Conseling** 52 :271-277.
- Brannon, L., & Feist, J. 1997. **Health psychology: An introduction to behavior and health**. New York: ITP.
- Brown, S.A. 1991. Measurement of quality of primary studies for Meta-analysis. **Nursing research**. 40,6 (November-December) : 352-355.
- Buranaruangrote, S. 2006. **Experience and self management for fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy**. Master' Thesis. Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Burks, K. J. 1999. A nursing practice model for chronic illness. **Rehabilitation Nursing**, 24: 197-200.
- Coates, V., & Boore, R. P. J. 1995. Self-management of chronic illness: Implications for nursing. **International Journal of Nursing Student**, 32(6), 628-640.
- Cormier, C. & Nurius,S.P. 2003. **Interviewing and Change Strategies for Helpers. Fundamental Skill and Cognitive Behavioral Interventions**. United States of America.
- Creer, L. T. 2000. Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), **Handbooks of self- regulation**. California, Academic.
- Cohen, J. 1977. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York : AcademicPress.

- Dodd, M. et al. 2001. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676
- Duangpaeng,S., et.al. 2002. Chronic Dyspnea self- management of Thai Adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai J Nurse Res.* 6(4) : 201-215.
- Glass, G.V., MCGaw, B. and Smith, M.L. 1981. **Meta-Analysis in social research.** California:Sage Publications.
- Glass, G. V., McGaw, B. and Smith, M.L., 1987. **Meta – analysis in social research.** 4th ed.California : Sage Publications.
- Hedges, L.V., and Olkin, I. 1985. **Statistical Methods for Meta-Analysis.** Orlando, Florida: Academic Press, Inc.
- Holroyd, K. A., & Creer, T.L. 1986. **Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research.** Academic Prees.
- Hunter, J.E.& Schmidt,F.L. 1990. **Method of meta-analysis .**Newbury Park : Sage.
- Kanfer, F. 1988. Self-management methods. In Kanfer, F., & Goldstein, A. (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed.). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F., & Gaelick-Buys, L. 1991. Self-management methods. In. F. Kanfer & A.P. Goldstein, (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- Kulik, J. A., and Kulik. C. C. 1989. **Meta-analysis in education.** *International Journal of Educational Research.*13: 223-240.
- Lang, N. M. and Marek, K. D. 1991. Outcome that reflect clinical practice. *Nursing Clinic of North American* 32(3): 579-587.
- Likitrachoen, S. 2000. **Meta-analysis of education-supportive intervention research for diabetic patients in Thailand.** Master' Thesis. Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Lorig, K., & Holman, H. 2000. **Self-management education : context, definition, and outcomes and manchanisms.** Paper presented at the first Chronic
- Manninkhof,E., et al. 2004. A qualitative evaluation of comprehensive self– management program for COPD patients: effectiveness from the patients' perspective. *Patients Education and counseling* 55 : 177-184.

- Methakanjanasak, N. 2005. **Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis.** Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Chiangmai University.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. 1999. **Nursing interventions : Effective nursing treatment.**(3rd ed.). Philadelphia: W.B. Sunder.
- Mullen, B. 1989. **Advance Basic Meta-Analysis.** Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Nakagawa- Kogan, H. 1996. Using the brain to manage the obdy In A.B. McBride(Ed.). 1996. **Psychiatric Mental Health Nursing, Intrgrating the behavioral and biological Science.** Philadephia: W.B. Saunders.
- Nield, M. 2000. Dyspnea self- management in African Americans with chronic lung disease. **Heart & lung** 29(1): 50-55.
- Pender, N. J. 2002. **Health promotion in nursing practice** (4th ed.). New Jersey: Peason Education.
- Polit, DF and Beck, C,T. 2006. **Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization.** Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., and Hungler, J. B. 1999. **Nursing research: Principle and methods.** 6th ed., Philadelphia: J. B. Lippncott.
- Pimroon, K. 2007. **Quality of life symptom self- management of patients with bipolar disorder.** Master' Thesis. Department of mental health and psychiatric nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Pradujkanhana, N. 2006. **Prevalence, type, severity, self- management, and consequence of urinary incontinence in late adult and elderly.** Master' Thesis. Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Rosenthal, R. 1990. An Evaluation of procedures and results. In K. W. Wachter and M. L. Straf. (eds.). **The Future of Meta-Analysis.** pp. 123-133. New York: Russel Sage Foundation.
- Sally, E. T., & Barbara, L. P. 2001. Health care professional support for self- care management in chronic illness: Insight from diabetes research. **Patient Education and Couseling**, 42, 81-90.

- Sanjaithum, K. 2006. **Factors influencing nutritional self- management among older adults with diabetes mellitus.** Master' Thesis. Department of public health nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Slavin, R. E. 1986. Best-evidence synthesis: an alternative to meta-analysis and traditional review. **Educational Research.** 15: 5-11.
- Tanner, E.K. 2004. Chronic illness Demands for Self- management in Older Adult. **Home Health Care.**25(5): 313-317.
- Tobin, D L., et al. 1986. **Self- management and Social Learning Theory.** In K. A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), self- management of chronic Disease: Handbook of clinical Intervention and Research. New York : Academic Press, Inc.
- Tudtheang, S. 2004. **The experience of heart disease illness: self, meaning, and self management.** Doctoral dissertation. Department of Medical and Health Social Science, Graduate School, Mahidol University.
- Watson,P.B.,Town, G.I.,et al. 1997. Evaluation of a Self- management plan for COPD. **Eur Respir J.** 10: 1267-1271.
- Wolf, F.M. 1986. **Meta-Analysis: Quantitative Methods for Research Synthesis.** Beverly Hills: Sage Publications.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

รายงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทาง
สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำมาวิเคราะห์อภิमान

- จิตติมา จรุงสุทธิ. 2545. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ทองเพชร. 2550. รายงานการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองใน
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. รายงาน
การวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก.
- จินตนา บัวทองจันทร์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ คำพานุฑย์. 2550. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ การปฏิบัติการ
จัดการตนเอง อาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลใน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันธิดา พันธุศาสตร์. 2545. ผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังที่บ้านต่อระดับ
ความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- นันทิยา ไพศาลบวรศรี. 2550. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการ
ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปาริชาติ ทองสาดี. 2550. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะต่อ
ระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- พัชรินทร์ ดวงคล้าย. 2546. **ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ ชุ่มจิตร์. 2548. **ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพรวลัย โคตรตะ. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนีกร ราชวัฒน์. 2550. **ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชวรรณ ตู่แก้ว. 2550. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนา พรหมบุตร. 2550. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ดีเสียง. 2549. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันวิสาข์ โลหะสาร. 2550. **ผลของโปรแกรมให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิริพร เพิ่มพูน. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้ โยคะและการกำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภัทษร ชมพู. 2551. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมพร พงศ์ชู. 2550. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ.
- เสาวลักษณ์ คุณทวี. 2550. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย- จิตแบบซิงเกิ้ลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัยพรรณ รุดคง. 2549. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Kangchai, W. 2001. **Efficacy of self – management promotion program for elderly women with urinary incontinence.** Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Keeratiyutawong, P. 2005. **A self – management program for improving knowledge, self- care activities, quality of life, and glycosylated HbA1c in Thais with type 2 diabetes mellitus.** Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Somrarnyart, M. 2006. **Effectiveness of self – management training program among Thai cancer patients with pain.** Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Chiangmai University.
- Thanasilp, S. 2001. **Effectiveness of the symptom status and quality of life among persons with pneumocystis carinii pneumonia.** Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.

Wattana, C. 2006. Effects of the diabetes self – management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular risk, and quality of life among people with diabetes. Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Chiangmai University.

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. ประเภทของโรคเรื้อรัง.....
2. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....เดือน/ ปี
3. ลักษณะและรายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาล
(แยกตามองค์ประกอบของการจัดการตนเอง)

.....

8. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีเก็บหลังทดลองครั้งเดียว

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณ ค่า d ในกรณี ไม่มีสถิติพื้นฐาน (ค่า t,F)	ค่าขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ตัวแปรที่..... กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						

กรณีเก็บหลังทดลองมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณ ค่า d ในกรณี ไม่มีสถิติพื้นฐาน (ค่า t,F)	ค่าขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	S.D	X	S.D		
ตัวแปรที่ ครั้งที่... ระยะเวลา กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง
ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ลักษณะที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
	5	4	3	2	1
1. ชื่อเรื่องการวิจัยมีความชัดเจน					
2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจน					
3.					
4.					
.....					
.....					
.....					
19.การอภิปรายผลครอบคลุมประเด็นปัญหา ข้อมูลถูกต้องและ เชื่อมโยงกับงานวิจัยในอดีต					
20. การนำเสนอรายงานวิจัยมีความชัดเจน					

ภาคผนวก ค

ตารางแสดงการปฏิบัติการพยาบาลแยกตามองค์ประกอบการจัดการตนเอง

ตารางวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลแยกตามองค์ประกอบการจัดการตนเอง

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ ด้านพฤติกรรม	องค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม	องค์ประกอบ ด้านการรับรู้	องค์ประกอบ ด้านสรีรวิทยา
1.จิตติมา จรุงสิทธิ์ 2545	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	1.ฝึกทักษะการทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะ 2.กระตุ้นเตือนโดยจดหมาย 3.บันทึกการติดตามตนเอง	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.ให้ความรู้รายบุคคล	
2.จินตนา ทองเพชร 2550	รายงานการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	1.ฝึกทักษะการทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะ 2.บันทึกการติดตามตนเอง	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.ให้ความรู้รายบุคคล	
3.จินตนา บัวทองจันทร์ 2548	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง	1.ฝึกทักษะการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย และการพ่นยา 2.บันทึกกำกับตนเอง		1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารการหายใจ 2.การออกกำลังกาย
4.จุฬารัตน์ คำพานุศย์ 2550	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1.ฝึกทักษะการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย และเทคนิคการผ่อนคลาย	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.ให้ความรู้รายบุคคล	1.การบริหารการหายใจ 2.การออกกำลังกาย

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ ด้านพฤติกรรม	องค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม	องค์ประกอบ ด้านการรับรู้	องค์ประกอบ ด้านสรีรวิทยา
5. นันธิดา พันธุศาสตร์ 2549	ผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลัง ที่บ้านต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวด หลังส่วนล่าง	1. ฝึกปฏิบัติการบริหาร กล้ามเนื้อหลัง 2. บันทึกความถี่การบริหาร กล้ามเนื้อหลัง(กำกับตนเอง)	1. กระตุ้นเตือนการปฏิบัติ ทางโทรศัพท์และ ไปรษณียบัตร	1. ให้ความรู้รายบุคคล	1. การบริหารกล้ามเนื้อ หลัง
6. นันทยา ไพศาลบรรศรี 2550	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจ ล้มบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1. บันทึกพฤติกรรมของ ตนเอง	1. ติดตามเยี่ยมบ้าน 2. ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ	1. ให้ความรู้รายบุคคล	
7. ปาริชาติ ทองสาลี 2550	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการ ฝึกปฏิบัติโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือด และความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	1. ฝึกทักษะโยคะ	1. โทรศัพท์ติดตาม	1. ให้ความรู้รายกลุ่ม	1. การบริหารท่าโยคะ
8. พัชรินทร์ ดวงคล้าย 2546	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการ จัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	1. ฝึกทักษะการบริหาร กล้ามเนื้อต้นขา 2. บันทึกการติดตามตนเอง	ติดตามเยี่ยมบ้าน	1. ให้ความรู้รายบุคคล	1. การบริหารกล้ามเนื้อ ต้นขา

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ ด้านพฤติกรรม	องค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม	องค์ประกอบ ด้านการรับรู้	องค์ประกอบ ด้านสรีรวิทยา
9.พรทิพย์ ชุ่มจิตร 2548	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริม ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจ ลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การ จัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง	1.ฝึกทักษะการบริหารการ หายใจ และ การพ่นยา	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน 2.ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารการ หายใจ
10.ไพรวลัย โคตรตะ 2547	ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับ อาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบาก ของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1.ฝึกทักษะการบริหารการ หายใจ และ การพ่นยา	1.กระตุ้นเตือนการปฏิบัติ ทางไปรษณียบัตร	1.ให้ความรู้รายบุคคล	1.การบริหารการ หายใจ
11.รัชนิกร ราชวัฒน์ 2550	ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	1.ฝึกปฏิบัติทำโยคะ 2.บันทึกการปฏิบัติ	1.ติดตามทางโทรศัพท์	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารทำโยคะ
12.รัชวรรณ ตู่แก้ว 2550	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	1.บันทึกการปฏิบัติ	1.ครอบครัวมีส่วนร่วม 2.ติดตามเยี่ยมบ้าน 3.ติดตามทางโทรศัพท์	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	
13.รัตนา พรหมบุตร 2550	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการ ลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1.ฝึกทักษะการบริหารการ หายใจ การไอที่มี ประสิทธิภาพ การออก กำลังกาย และการพ่นยา	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารการ หายใจ 2.การออกกำลังกาย

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ ด้านพฤติกรรม	องค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม	องค์ประกอบ ด้านการรับรู้	องค์ประกอบ ด้านสรีรวิทยา
14.วราภรณ์ เสียงดี 2549	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่น ต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	1.ฝึกทักษะการออกกำลังกาย 2.บันทึกการปฏิบัติ	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.ให้ความรู้รายบุคคล และรายกลุ่ม	1.การออกกำลังกาย
15.วันวิสาข์ โลหะสาร 2550	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรค และทักษะการจัดการตนเอง	1.ฝึกทักษะการพ่นยา	1.ส่งจดหมายกระตุ้น เตือน	1.ให้ความรู้รายบุคคล	
16.ศิริพร เพิ่มพูน 2547	ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้ โยคะ และการทำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2	1.ฝึกทักษะโยคะ 2.บันทึกการปฏิบัติโยคะที่ บ้าน		1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารท่าโยคะ
17.สุภัสสร ชมพู 2551	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	1.บันทึกการเฝ้าติดตามผล ปฏิบัติ	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน 2.โทรศัพท์ติดตาม	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	
18.สมพร พงศ์ชู 2550	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการ ตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและ ผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณ โรค	1.ฝึกทักษะการหายใจ 2.บันทึกพฤติกรรม สังเกตตนเอง		1.ให้ความรู้รายบุคคล	1.การบริหารการ หายใจ

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ ด้านพฤติกรรม	องค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม	องค์ประกอบ ด้านการรับรู้	องค์ประกอบ ด้านสรีรวิทยา
19.เสาวลักษณ์ คุณทวี 2550	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตา	1.ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกัน 2.บันทึกการกำกับตนเอง	1.โทรศัพท์ติดตาม	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกัน
20.อุทัยพรรณ รุดคง 2549	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	1.ฝึกทักษะการหายใจ 2.บันทึกการปฏิบัติ	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน 2.โทรศัพท์ติดตาม	1.ให้ความรู้รายบุคคล	1.การบริหารการหายใจ
21.Chodchoi Wattana 2549	Effects of the diabetes self-management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular risk, and quality of life among people with diabetes	1.ฝึกทักษะการจัดการตนเอง เรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน 2.มีต้นแบบของผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จ	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การออกกำลังกาย
22.Mayulee Samranyat 2549	Effectiveness of Self-management training program among Thai cancer patients with pain	1.ฝึกทักษะการลดอาการปวด 2.บันทึกการกำกับตนเอง	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน 2.โทรศัพท์ติดตาม	1.ให้ความรู้รายบุคคล 2.การเบี่ยงเบนความสนใจ	1.การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ ด้านพฤติกรรม	องค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม	องค์ประกอบ ด้านการรับรู้	องค์ประกอบ ด้านสรีรวิทยา
23.Pawana Keeratiyutawong 2548	A self-management program for improving knowledge, self-care activities, quality of life, and glycosylated HbA1c in Thais with type 2 diabetes mellitus	1.ฝึกทักษะการทำความเข้าใจ สถานะเท้า และการออกกำลังกาย	1.โทรศัพท์ติดตาม	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การออกกำลังกาย
24.Sureeporn Thanasilp 2545	Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with pneumocystis carinii pneumonia	1.บันทึกการกำกับตนเอง	1.อภิปรายกลุ่ม 2.โทรศัพท์ติดตาม	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	
25.Waree Kangcha 2545	Efficacy of self-management promotion program for elderly women with urinary incontinence	1.ฝึกทักษะการบริหาร กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน 2.บันทึกการกำกับตนเอง	1.ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.ให้ความรู้รายกลุ่ม	1.การบริหารกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน

ภาคผนวก ง
ตารางแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่าขนาดอิทธิพล

ตารางแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่าขนาดอิทธิพล

ชื่อ/ พ.ศ./แนวคิด	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
1.จิตติมา จรุงสิทธิ์ 2545 Tobin et al.	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	-การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด $d = 0.49$				-คุณภาพชีวิต $d = 0.87$
2.จินตนา ทองเพชร 2550 Tobin et al.	รายงานการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	-การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด $d = 3.64$				-คุณภาพชีวิต $d = 1.45$
3.จินตนา บัวทอง จันทร์ 2548 Tobin et al.	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่าง		-อาการหายใจลำบาก $d = 1.35$			

ชื่อ/ พ.ศ./แนวคิด	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
4.จุฬารักษ์ คำพา นุศย์ 2550 Kanfer	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการ จัดการตนเองต่อ การ ปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการ หายใจลำบากสมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-สมรรถภาพปอด d = 1.72	-อาการหายใจลำบาก d = 1.19	-ความวิตกกังวล d = 1.62	-การจัดการตนเอง d = 21.11	
5.นันธิดา พันธุ ศาสตร์ 2549 Kanfer	ผลของโปรแกรมการบริหาร กล้ามเนื้อหลังที่บ้านต่อระดับ ความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวด หลังส่วนล่าง	-ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ d = 0.04	-อาการปวดหลัง d = 0.41			
6.นันทยา ไพศาล บวรศรี 2550 Kanfer	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ความสามารถในการจัดการ ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วย ตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง	-ความสามารถในการ จัดการภาวะหายใจ ลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง d = 4.40	-อาการหายใจลำบาก d = 2.17			

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
7.ปาริชาติ ทองสาลี 2550 Tobin et al.	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	-ระดับน้ำตาลในเลือด $d = 0.90$		-ความผาสุก $d = 1.82$		
8.พัชรินทร์ ดวงคล้าย 2546 Tobin et al.	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม		-อาการปวดเข่า $d = 1.22$	-ความเครียด $d = 2.66$	-การจัดการตนเอง $d = 7.57$	
9.พรทิพย์ อุ่นจิตร 2548 Tobin et al.	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง $d = 4.02$	-อาการหายใจลำบาก $d = 1.06$			
10.ไพรวลัย โคตรตะ 2547 Dodd et al.	ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		-อาการหายใจลำบาก $d = 0.83$			

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
11.รัชนีกร ราชวัฒน์ 2550 Kanfer	ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	-ระดับน้ำตาลในเลือด $d = 1.00$		-ความเครียด $d = 0.36$		
12.รัชวรรณ ตู่แก้ว 2550 Tobin et al.	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	-ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี $d = 1.27$			-การปฏิบัติการจัดการตนเอง $d = 8.37$	
13.รัตนา พรหมบุตร 2550 Bourbeau et al.	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		-อาการกำเริบเฉียบพลัน $d = 4.21$			

ชื่อ/ ปี พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
14.วรารภรณ์ เสียงดี 2549 Cormier and Nurius	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	-ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ $d = 0.53$ -ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำ $d = 0.16$				
15.วันวิสาข์ โลหะ สาร 2550 GINA	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง				-ทักษะการจัดการตนเอง $d = 2.12$	-ความรู้เรื่องโรค $d = 1.82$
16.ศิริพร เพิ่มพูน 2547 Kanfer	ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้ โยคะและการทำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	-ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี $d = 0.31$				
17.สุภัสสร ชมพู 2551 Kanfer	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	-ความดันโลหิต $d = 2.67$			-พฤติกรรมสุขภาพ $d = 0.87$	

ชื่อ/ ปีพ.ศ./ แนวคิด	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้าน พฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
18.สมพร พงศ์ชู 2550 Kanfer	ผลของโปรแกรมการส่งเสริม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและ ผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ ติดเชื้อไวรัสโรค	-ผลการรักษาไวรัสโรค ปอด $d = 0.71$			-พฤติกรรมกร สังเกตตนเอง d $= 1.50$ -พฤติกรรมกร ดูแลตนเอง $d =$ 0.93	
19.เสาวลักษณ์ คุณทวี 2550 Tobin et al.	ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองและการบริหารกาย-จิต แบบที่กตอระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีและความดันโลหิตของ ผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาท ตา	-ระดับฮีโมโกลบินเอวัน ซี $d = 0.48$ -ความดันโลหิต $d = 0.56$				
20.อุทัยพรรณ รุดคง 2549 Tobin et al.	ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มี น้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	-ระดับฮีโมโกลบินที่มี น้ำตาลเกาะ $d = 0.32$				-คุณภาพชีวิต $d = 1.14$

ชื่อ/ ปีพ.ศ./ แนวคิด	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้าน พฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
21.Chodchoi Wattana 2549 Tobin et al.	Effects of the diabetes self-management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular risk, and quality of life among people with diabetes	-ระดับฮีโมโกลบินเอวัน ซี d = 0.53				-ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน d = 0.81 -ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด d = 0.01 -คุณภาพชีวิต d = 0.59
22.Mayulee Samranyat 2549 Kanfer	Effectiveness of Self-management training program among Thai cancer patients with pain	-ความรุนแรงของความเจ็บปวด d = 1.13 -การรบกวนจากความเจ็บปวด d = 3.34			-การควบคุมความเจ็บปวด d = 4.83	

ชื่อ/พ.ศ./แนวคิด	ชื่อเรื่อง	ผลลัพธ์ด้านร่างกาย	ผลลัพธ์ด้านอาการ	ผลลัพธ์ด้านจิตใจ	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ด้านองค์รวม
23.Pawana Keeratiyutawong 2548 Kanfer	A self-management program for improving knowledge, self-care activities, quality of life, and glycosylated HbA1c in Thais with type 2 diabetes mellitus	-ค่าน้ำตาลสะสม d = 0.13			-กิจกรรมการดูแลตนเอง d = 0.78	-ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน d = 0.75 -คุณภาพชีวิต d = 0.69
24.Sureeporn Thanasilp 2545 Tobin et al.	Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with pneumocystis carinii pneumonia		-อาการปวดอีกเสบ d = 0.68			-คุณภาพชีวิต d = 0.92
25.Waree Kangcha 2545 Tobin et al.	Efficacy of self-management promotion program for elderly women with urinary incontinence	-ความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ d = 1.19		-ภาวะซึมเศร้า d = 1.63	-การปฏิบัติการจัดการตนเอง d = 7.89	

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวเฉลาศรี เสงี่ยม พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ มกราคม 2552

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เลื้อกกิจ

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

เนื่องด้วย นางสาวณัชชา ภิรมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวณัชชา ภิรมย์ โทร. 08-9650-7374



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ มกราคม 2552

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

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

เนื่องด้วย นางสาวณัชชา ภิรมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวณัชชา ภิรมย์ โทร. 08-9650-7374

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2552

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต

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

เนื่องด้วย นางสาวณัชชา ภิรมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

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

ชื่อนิสิต นางสาวณัชชา ภิรมย์ โทร. 08-9650-7374

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัชชา ภิรมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเฉลาศรี เสงี่ยม พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวเฉลาศรี เสงี่ยมงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813ที่อนิสิต นางสาวณัชชา ภิรมย์ โทร. 08-9650-7374

ภาคผนวก ช
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิธีคำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ กลาส แม็คกอร์ และสมิธ (Glass, McGaw, and Smith, 1981)

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

โดยที่ \bar{X}_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
 \bar{X}_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
 S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

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

โดยที่ \bar{X}_{post} = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง
 X_{pre} = ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง
 S = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

โดยที่ X_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
 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)

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

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

โดยที่	\bar{G}_E	=	ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง
	\bar{G}_C	=	ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม
	r_{EC}	=	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	S_E	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
	S_C	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
	S_G	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

6. กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และเสนอค่าสถิติ t และ F
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

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

- เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

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

โดยที่ S_Y = $MS_W = MS_B / F$

MS_B = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้น

การจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย :

การวิเคราะห์อภิमान

โดย

นางสาวณัชชา ภิรมย์

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารสุขภาพบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

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

โดยที่ r_{pb} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ้อยไบซีเรียล

U = Ordinate of unit normal distribution

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

โดยที่ U = ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

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

โดยที่ \bar{Y}_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{Y}_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SY = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

SS_B = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

SS_{AB} = ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์

SS_W = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม

df_B = ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม

df_{AB} = ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์

df_W = ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

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} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัชชา ภิรมย์ เกิดวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2517 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ปฏิบัติงานสำนักงาน
เลขานุการปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารกลาง กระทรวงสาธารณสุข