

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิमान



นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์

ศูนย์วิทยพัทยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SELF MANAGEMENT IN ADULT PATIENTS WITH
CHRONIC ILLNESS: A META ANALYSIS



Miss Jarinee Tirapattarapun

ศูนย์วิทยทรัพยากร

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

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาน

โดย

นางสาวจารินี ติรภัทรพันธ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

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

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุตักดี ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิทยานิพนธ์พยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จารินี ธิรภัทรพันธ์ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ช่วยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาน. (FACTORS RELATED TO SELF MANAGEMENT IN ADULT PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESS: A META ANALYSIS) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 219 หน้า

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ใหญ่ 2) ศึกษาปัจจัยและวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ใหญ่ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกตามตัวแปรปัจจัย 4) อธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสหสัมพันธ์จำแนกตามตัวแปรปัจจัย โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2552 จำนวน 20 เรื่อง เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสรุปคุณลักษณะงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หากความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw & Smith (1981) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำนวน 115 ค่า

ผลการสังเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัย (70%) และศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด (50%) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (42.10%) และคุณภาพของงานวิจัยส่วนมากดีมาก (95%)
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในภาพรวมสูงสุด คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ($r = .445$) และน้อยสุด คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ($r = .332$)
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าปัจจัยทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมกายภาพและปัจจัยด้านส่วนบุคคล
4. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา สามารถร่วมกันทำนายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 5.7

สาขาวิชา..... พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา..... 2552.....

ลายมือชื่อนิสิต..... จารินี ธิรภัทรพันธ์.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5177555236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS : FACTORS RELATED TO SELF MANAGEMENT / SELF MANAGEMENT /
ADULT PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESS / META ANALYSIS

JARINEE TIRAPATTARAPUN: FACTORS RELATED TO SELF MANAGEMENT IN
ADULT PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESS: A META ANALYSIS. THESIS
ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 219 pp.

The purpose this meta-analysis were: 1) to study methodological and substance characteristic to of the studies related to self management in adult patients with chronic illness; 2) to identify the factors related to self management in adult patients with chronic illness; 3) compare mean correlation coefficients across factors 4) to study the influences of factors variables on the correlation coefficients. Twenty correlation studies conducted in Thailand and foreign countries during 2000-2009 were recruited. Studies were analyzed for methodological, and substantive characteristics. Correlation coefficients were calculated using the method of Glass, McGaw & Smith (1981). This meta-analysis yielded 115 correlation coefficients.

The results of this meta-analysis were as follows:

1. The majority of the study were research (70%). Almost of the studies conducted in patients with diabetic mellitus (50%). Factors related to self-management mostly investigated was the personal factor (42.10%) and more than half of them were at very good quality (95%).
2. The factor is correlation self-management was the highest behavior factor ($\bar{r} = .445$), and personal factor was the least correlation ($\bar{r} = .332$).
3. Behavior factor had mean correlation coefficients highest environmental – social factor and personal factor.
4. Personal factor, behavior factor, environmental – social factor, and physiological factor were statistically significant correlation factors related and self management in adult patients with chronic illness of 5.7%.

Field of Study : Nursing Science

Student's Signature Jarinee Tira pattara pun

Academic Year : 2009

Advisor's Signature Ch

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัยและกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์และนิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ รวมทั้งเพื่อน นิสิตร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่ศึกษัลยกรรมหญิงเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้โอกาสทางการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณา มอบ “ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์” และ “ทุนของทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับ นิสิต” เพื่อสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเกษม ธิรภัทรพันธ์ ผู้ที่เป็นที่รักและอยู่ในใจของผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนคุณแม่นิสา ธิรภัทรพันธ์ พี่ชายและพี่สะใภ้ ที่เป็นกำลังใจ และให้แรงบันดาลใจจนสำเร็จการศึกษาด้วยดี รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	16
ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	16
ลักษณะของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วย.....	19
เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	21
ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับตนเอง.....	26
ความหมายของการจัดการตนเอง.....	26
แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง.....	28
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง.....	42

บทที่ 2	หน้า
(ต่อ) บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	50
แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	51
ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	53
คุณลักษณะการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	55
ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	57
หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	58
ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	58
ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	63
ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	64
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	65
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	74
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
จริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	113
สรุปผลการวิจัย.....	117
อภิปรายผลการวิจัย.....	121
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	135
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	135
รายการอ้างอิง.....	137
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	160

ภาคผนวก ค	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	165
ภาคผนวก ง	รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	173
ภาคผนวก จ	ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าขนาดอิทธิพลของ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองแยกตามรายด้าน.....	177
ภาคผนวก ฉ	สถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	200
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		219



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง ที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน.....	92
2	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	93
3	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	97
4	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	98
5	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย แบ่งตามตัวแปรต้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	99
6	จำนวนและร้อยละของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง.....	100
7	จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	101
8	จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่แยกตามรายด้าน.....	103
9	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	105
10	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	106

ตารางที่		หน้า
11	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	107
12	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามปัจจัยด้านส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA.....	108
13	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามปัจจัยด้านส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA.....	109
14	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยของงานวิจัยกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	111
15	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบแบบ Enter ของตัวแปรปัจจัยของงานวิจัยที่อธิบายความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	112
16	แสดงรายละเอียดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าอิทธิพล ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และการจัดการตนเองในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	178

สารบัญญภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment) (แหล่งที่มา: Bandura, 1986).....	29
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และด้านสรีรวิทยา.....	30
3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์.....	31
4	Stages of the Common Sense Model (Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003).....	36
5	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	76
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่.....	105

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก (Gray, 2006) และนับวันจะมีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (Neifing, 1995; Phipps, 1999, Nodhturft et al., 2000) จากสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรไทยมีอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังต่อประชากร 100,000 คนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นเรื่อยๆ จากเดิม ปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 796,309 คน ปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้น 957,842 คน และปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1,084,337 คน (ศูนย์ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

โรคเรื้อรัง (chronic illness) เป็นภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (LeMone and Burke, 2000) ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างถาวร มีความพิการเหลืออยู่ไม่สามารถกลับคืนได้ดังเดิม (Lubkin, 1995; Curtin and Lubkin, 1995; Phipps, 1999) ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540; Garrett, 1997; LeMone and Burke, 2000; Adelman, 2001) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ คือ มีอาการท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ทางด้านอารมณ์มีอาการเศร้าโศก ก้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกผิด (Johnson, 1990; Taylor, 1990; Falvo, 1991) และมักใช้ชีวิตโดยคิดว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Phipps, 1999; Phipps, 2003) ทำให้รู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้างในครอบครัวและทีมสุขภาพ (ยุพิน โกรินทร์ วันเพ็ญ เข้มมัจฉัย และฉวีวรรณ ธงชัย, 2538; Kee, 1998; Phipps, 2003) ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีอาการกำเริบรุนแรง และอาการสงบไม่สามารถพยากรณ์ได้ จึงทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต้องได้รับการดูแล ฟันฟู

อย่างต่อเนื่อง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; Garrett, 1997) ซึ่งเป็นภาวะต้องพึ่งพิงที่มีสุขภาพ ตลอดเวลา ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียทั้งเวลา แรงแรงงาน และมีภาระค่าใช้จ่ายสูง (Neifing, 1995; Phipps, 1999) เพื่อรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้

ในปัจจุบันการรักษาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีเป้าหมายหลัก คือ การลดอัตราการป่วย การตายด้วยโรค (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกรรมการการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2551; Tobin et al., 1986; Center for Disease Control and Prevention, 1997; Sapiro-Longo, 1999; Eliopoulos, 2005) คงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของร่างกาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิต อยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม (Demers, 1999; Eliopoulos, 2005) ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ประคอง อินทสมบัติ, 2536; ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยขอนแก่น, 2543; Burks, 1999; Crotty et al., 2009) และส่งเสริมการปรับตัวให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีแรงจูงใจ มีพลังในการต่อสู้หรือเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ และในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น คือ เน้นในการเพิ่มขีดความสามารถในการดำรงอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้แก่ผู้ป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; Garrett, 1997; Eliopoulos, 1997; Jowsey et al., 2009) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีการดูแลสุขภาพของตนเอง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค (Eliopoulos, 2005) และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (ประยงค์ ลี้มตระกูล, 2543) และลดการพึ่งพาผู้อื่น เพื่อช่วยป้องกันการกำเริบรุนแรงซ้ำของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551)

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการและเป็นประสบการณ์การจัดการ (Price, 1993) ที่บุคคลยอมรับและมีความพยายามที่จะควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเองหรือการยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา (Coates and Boore, 1995; Kyngas, Hentinen, Koivukangas, and Ohinmaa, 1996; Kyngas, Hentinen, and Barlow, 1998; Lorig and Holman, 2000; Lerman et al., 2004; Krein, Heisler, Piette, Makki, and Kerr, 2005) มีการรับรู้และมีความรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ (Curtin and Mapes, 2001; Curtin, Bultman Sitter Dorian Schatell, and Chewing, 2004) และกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยอย่าง

สม่าเสมอ (Schilling, Colland, Kuijer, Ridder, and Elderen, 2002) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถอยู่กับโรคได้ (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, and Hainsworth, 2002; Schreurs et al., 2003) โดยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในการรักษา (Tobin et al., 1986; Kyngas et al., 1996; Kyngas et al., 1998; Jerant, Von Friederichs, and Moore, 2005) ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลยอมรับภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ บทบาทและเตือนตนเองเพื่อควบคุมโรค (Ruggiero, Glasgow, Dryfoos, and Rossi, 1997; Schilling et al., 2002) ลดผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Hentinen and Kyngas, 1992; Bartholomew et al., 1993; Burks, 1999; Bennett, Cordes, Westmoreland, Castor, and Donneily, 2000; Riegel, Carlson, and Glaser, 2000) คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ความผาสุกและความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; Kyngas et al., 1996; Kyngas et al., 1998; Barlow et al., 2002; Stromberg, 2002; Schilling et al., 2002; Egede and Bonadonna, 2003)

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ Kanfer (1981) กล่าวว่า การจัดการตนเองต้องใช้ร่วมกันทั้ง กาย จิตและสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการดูแลตนเอง และจัดการกับตนเองที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งนั้นถ้ามีการดูแลตนเองหรือการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้นและส่งผลทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้มีอาการเครียดกลัว และวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Stromberg, 2002; Dowson, Town, Frampton, and Mulder, 2004; Jerant et al., 2005) จากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง (พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ, 2548; Phipps, 1999; Phipps, 2003) หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ ส่งผลให้รายได้ลดลงและเกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา (อัมพรพรรณ ธีรบุตร และคณะ, 2541; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ถูกต้อง (ชูชัย ศรีขำนิ, 2549) เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นมีชีวิตอยู่กับภาวะของโรคได้อย่างปกติสุขมากที่สุด โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Coates and Boore, 1995; Berg, Dunbar-Jacob and Sereika, 1997; Riegel et al., 2000; Creer, 2000; Bartholomew et al., 2001; Egede and Bonadonna, 2003; Bourbeau, Nault, Dang-Tan, 2004; Methakanjanasak, 2005; McGowan, 2007) และสามารถตัดสินใจ ในการวางแผนเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(Clark, et al., 1991; Cormier and Nurius, 2003) นอกจากนี้บุคคลากรทางสุขภาพมีบทบาทเพียงกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ (ประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2543) ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ ส่งเสริมพัฒนาความรู้ความสามารถ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545; Watson et al., 1997; Bourbeau et al., 2004, Neuman, Steed, and Mulligan, 2004; McGowan, 2007) ของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และคอยช่วยแนะแนวทางเลือกตัดแปลงให้เหมาะสม ซึ่งผลของการจัดการตนเองนั้นจะมีประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ คือ จะช่วยป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดง รวมถึงการจัดการผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อร่างกาย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการรักษา (Burks, 1999; Schreurs et al., 2003) มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Lorig and Holman, 2000; Barlow et al., 2002) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ (Neuman, et al., 2004) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543; Barlow et al., 2002; Schilling et al., 2002; Egede and Bonadonna, 2003; Lorig, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเอง พบว่า แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกลวิธีที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีจุดประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ และพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเองมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Bandura, 1986) และงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยและต่างประเทศจะศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคหัวใจ และโรคไต เป็นต้น และงานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาหลายปัจจัย ดังนี้ เพศ อายุ เชื้อชาติ และชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา รายได้ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แบ่งประเภทของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองโดยการประยุกต์จากทฤษฎีการเรียนรู้ ปัญญาทางสังคม ของ Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin (1986) และ

แบ่งปัจจัยของการจัดกับการตนเองออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Personal factor) หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดการจัดการตนเอง ได้แก่ เพศ (Ponzo et al., 2006; McCabe, Schad, Hampton and Holland, 2008) อายุ (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; Glesson-Kreig, Bernal, and Woolley, 2002; Whittemore, Melkus and Grey, 2005; McCabe et al., 2008) เชื้อชาติและชาติพันธุ์ (Misra and Lager, 2009; Ponzo et al., 2006) รายได้ (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; Tang, Anderson, and Fitzgerald, 2007) ระดับการศึกษา (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; Curtin et al., 2004; Whittemore, Melkus and Grey 2005; Tang et al., 2007; McCabe et al., 2008; Xu, Toobert, Savage, Pan, and Whitmer, 2008; Misra and Lager, 2009) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Changming, 2003; นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551; Haobin, 2000; Glesson-Kreig et al., 2002; Searle, Norman, Thompson, and Vedhara, 2007; Xu et al., 2008; Chenoweth, Gallagher, Sheriff, Donoghue, and Stein-Parbury, 2008) ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; Dowson, Town, Frampton, and Mulder, 2004; Ponzo et al., 2006) ประสบการณ์การเจ็บป่วย (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551; Searle et al., 2007)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factor) หมายถึง ลักษณะที่บุคคลลงมือกระทำเอง ขณะเดียวกันการกระทำที่เกิดขึ้นมีผลกระทบและมีส่วนกำหนดความคิด และอารมณ์ของผู้อื่นด้วย เช่นกัน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ (ชุตินธร เวียนแพง, 2548; Haobin, 2000; Whittemore et al., 2005; Searle et al., 2007; Tang et al., 2007)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ (Environmental – social factor) หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคม คือ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพดินฟ้าอากาศ เป็นต้น ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม (Changming, 2003; นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551; Weijman et al., 2005; Whittemore

et al., 2005; Ponzio et al., 2006; Searle et al., 2007; Tang et al., 2007; Brody, Kogan, Murry, Chen, and Brown, 2008; Xu et al., 2008)

ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factor) หมายถึง องค์ประกอบด้านกายภาพหลายอย่างทั้งกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรค ร้ายแรงขึ้น ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้ ความรุนแรงของโรค (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; Dowson et al., 2004; Whittemore et al., 2005; Dilorio et al., 2006; Searle et al., 2007; Tang et al., 2007; Brody et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาของ ณัชชา ภิรมย์ (2551) ที่มีการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ การจัดการตนเองด้านพฤติกรรม (32.20%) โดยส่วนใหญ่เน้นการฝึกทักษะในการปฏิบัติ ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ด้านร่างกาย (41.40%) และค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ($d = 21.11$) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวมให้ค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด ($d = 0.90$) คุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระการวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$) และเมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย และต่างประเทศนั้น พบว่ายังมีงานวิจัยอีกจำนวนมากที่ผลการวิจัยที่แตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการกับตนเอง แต่จากการศึกษาของ Misra และ Lager (2009) พบว่าความแตกต่างทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ คือ เพศหญิงจะมีความยุ่งยากและข้อจำกัดในการปฏิบัติสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่า และจะมีเวลาว่างน้อยกว่าเพศชายในพฤติกรรมจัดการตนเอง ส่วนเรื่องระดับการศึกษาก็มีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ

แต่จากการศึกษาของ Weijman และคณะ (2005) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และบทบาทการทำงานของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูงจะมีแบบแผนการรับประทานอาหารที่เข้มงวดน้อยเพราะผู้ป่วยพวกนี้ไม่ได้มีการจำกัดในการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยพวกนี้จึงต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลบ่อย และปรับระดับอินซูลินบ่อย แพทย์จึงต้องมีการให้คำแนะนำแบบแผนการรับประทานอาหารที่เฉพาะกว่าผู้ป่วยมีระดับการศึกษาน้อย เป็นต้น

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ยังคงคลุมเครือ และผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถให้ข้อสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีอะไรบ้าง จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาเพราะการวิเคราะห์จะช่วยแยกแยะลักษณะต่าง ๆ ของงานวิจัยในอดีตทั้งหมด (Debbie, Hopker and Stephen, 2001) สอดคล้องกับคำกล่าวของ Hunter and Schmidt (1990) ซึ่งกล่าวว่า พื้นฐานของวิทยาศาสตร์จำเป็นต้องผ่านการรวบรวมและสะสมความรู้ที่ได้จากงานวิจัยจำนวนมาก งานวิจัยนับว่าเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ, 2534) แต่การนำงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ทางด้านปฏิบัติการพยาบาลก็มีอุปสรรคและข้อจำกัดอยู่มาก นอกจากอุปสรรคเกี่ยวกับการไม่มีเวลาของพยาบาล ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร และจากพยาบาลผู้ร่วมงาน การไม่สามารถทำความเข้าใจจากการอ่านรายงานวิจัยด้วยตนเองแล้ว (พองคำ ติลกสกุลชัย พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และตรุณี กาญจนคุณกร, 2543: 50) ยังพบว่าข้อจำกัดของงานวิจัยแต่ละเรื่อง ได้แก่ ข้อจำกัดจากกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง การที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป กลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดจากแบบแผนการวิจัย หมายถึง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย (กรองไต่ อุณหสุติ, 2539 : 12 ; Yucha et al., 2001: 29)

จากประเด็นปัญหาที่ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ยังคงคลุมเครือ และผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถให้ข้อสรุปได้นั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ และเป็นการส่งเสริมบทบาทพยาบาลในนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยการช่วยเหลือ ส่งเสริม พัฒนาความรู้ความสามารถ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่งก็คือ การวิเคราะห์

อภิมาน (Meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณวิธีหนึ่งที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพลอันเป็นดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ (กรองไต่ อุณหสูต, 2539)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ มาทำการวิเคราะห์อภิมานโดยมีค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เป็นตัวแปรตามและมีคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวแปรอิสระ โดยเลือกใช้วิธีของ Glass, McGaw and Smith (1981) ซึ่งเป็นวิธีวิเคราะห์ข้อมูลในการทำให้ได้ผลการสังเคราะห์ที่สามารถนำไปอ้างอิงและเป็นแหล่งข้อมูลในการพัฒนางานวิจัย เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และได้นำงานวิจัยที่ได้ไปพัฒนาการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ทำให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจนข้อสรุปเหล่านี้สามารถบ่งชี้ถึงทิศทางและแนวโน้มของงานวิจัย รวมทั้งลดการสะสมงานวิจัยที่ซ้ำซ้อน (วัลลา ตันยาศัย, 2540; สุขคนธ์ มีเนตรทิพย์, 2540; วรณีย์ อริยสินสมบุญ, 2544; Likitrachoen, 2000) ทำให้งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย และต่างประเทศเกิดความครอบคลุมและต่อเนื่อง และสามารถเป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ ในอนาคตได้ (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) และยังเป็น การนำเอางานวิจัยที่มีอยู่เดิมมาใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า และสามารถชี้แนะแนวทางการพัฒนางานวิจัยในอนาคตต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัย ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่อย่างไร
3. ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มีขนาดเท่าไร และมีความแตกต่างหรือไม่ อย่างไร

4. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

4. เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw and Smith (1981)

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ รายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จัดกระทำแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552 แต่เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ของต่างประเทศร่วมด้วย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และเชื้อชาติร่วมด้วย

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ รายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จัดกระทำแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ.2552 ซึ่งใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

3. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ

ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย และลักษณะด้านเนื้อหาสาระการวิจัย

ตัวแปรตาม คือ ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **การจัดการตนเอง (Self-management)** หมายถึง วิธีการที่กระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และการรักษาของตนเอง สามารถต่อรองต่อแผนการดูแลและร่วมกระทำกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงของสภาวะสุขภาพตนเอง และจัดการกับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม

2. **ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Patients with chronic illness)** หมายถึง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างถาวร มีความพิการเหลืออยู่ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิม หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาด ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบไม่สามารถพยากรณ์ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาพยาบาลจึงมีความต้องการการดูแล ฟันฟู อย่างต่อเนื่องได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเอดส์ โรคหืด โรคไต โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

3. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง (Self-management factors)** หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของ Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin (1986) และแบ่งปัจจัยของการจัดการตนเองออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสตรีวิทยา

3.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Personal factor) เป็นลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดการจัดการตนเอง ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

เพศ (Gender) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย โดยเพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งออกเป็นเพศชายและเพศหญิง

อายุ (Age) หมายถึง ตัวเลขที่บอกระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล รวมทั้งเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม

เชื้อชาติ และชาติพันธุ์ (Race and ethnos) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงแหล่งกำเนิดของตนเองว่ามาจากประเทศหรือเผ่าพันธุ์ใด

รายได้ (Income) หมายถึง รายรับหรือจำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน นับจำนวนเต็มเป็นบาทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ อาจเป็นเงินเดือน เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัว

ระดับการศึกษา (Education) หมายถึง วุฒิกการศึกษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร และระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป) มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติในการจัดการตนเอง

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของบุคคลหนึ่งที่จะบริหารและจัดการเพื่อให้กิจกรรมนั้น บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย (Health elief) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วย และระบบความเชื่อนี้จะส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ประสบการณ์การเจ็บป่วย (Experience) หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการมี การเจ็บป่วยมาก่อนเป็นปัจจัยในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองดีขึ้น

3.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factor) หมายถึง ลักษณะที่บุคคลลงมือกระทำเอง ขณะเดียวกันการกระทำที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อและมีส่วนกำหนดความคิด และอารมณ์ของผู้อื่นด้วยเช่นกัน ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรืองดเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

3.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ (Environmental-social factor) หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคม คือ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพดินฟ้าอากาศ บรรทัดฐานทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับค่านิยม ศาสนา (Social norms) เป็นต้น ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร เพื่อน ญาติ แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ เป็นต้น

3.4 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factor) หมายถึง กระบวนการของโรคหรือสิ่งต่างๆ ที่ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้นประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

ความรุนแรงของโรค (Severity) หมายถึง การดำเนินของโรคทางคลินิกที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความก้าวหน้า และการพยากรณ์โรคและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

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

5. **คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of research)** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์หรืออภิปราย ประกอบด้วย คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

5.1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ได้แก่ ประเภทของงานวิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล และสาขาที่ผลิตงานวิจัย

5.2 ข้อมูลด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ แบบแผนงานวิจัย การตั้งสมมุติฐานในงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ และประเภทสถิติทดสอบที่ใช้ในงานวิจัย

5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด (แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา คุณภาพของงานวิจัย และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

6. **ค่าดัชนีมาตรฐาน (Standard index)** หมายถึง ขนาดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ที่แสดงถึงปริมาณความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เป็นค่าที่ได้มาจากการนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่าสถิติอื่นที่สามารถแปลงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องมาคำนวณสูตรของ Glass, McGaw and Smith (1981)

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และใช้ในการอ้างอิงเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ต่อไป

2. ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำผลการวิจัยเป็นแหล่งข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปอ้างอิงหรือใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่เคยมีใครศึกษาวิจัยมาก่อน เป็นแนวทางในการพัฒนา

งานวิจัยทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศาสตร์และทฤษฎีทางการแพทย์ ให้ความก้าวหน้ามากขึ้นในอนาคต

3. ด้านเศรษฐกิจ ข้อค้นพบที่ได้จะช่วยให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล ลดโอกาสในการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเอง รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประเทศด้วย



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw and Smith (1981) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถ สรุปสาระสำคัญ ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่
 - 1.1 ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.2 ลักษณะของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วย
 - 1.4 เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.5 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับตนเอง
 - 2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง
 - 2.4 บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.2 คุณลักษณะการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.3 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.4 หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.5 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
 - 3.7 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

1.1 ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำนิยาม โรคเรื้อรัง 2 แบบ ดังนี้

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาพักตัวของโรค รวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยการสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกาย และรักษาไม่หาย

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย เป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนั้นยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้ แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน แล้วยังไม่หายยังต้องรักษาต่อไปให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ได้มีบุคคลให้ความหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้ คือ คณะกรรมการเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของสหรัฐอเมริกา (Commission on Chronic illness, 1955 cited in Lubkin and Larsen, 2002) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นการเสียหายที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ มีพยาธิสภาพหรือโรคที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง ดังต่อไปนี้

1.1.1 เกิดจากพยาธิสรีรวิทยาที่ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่สามารถกลับคืนดั้งเดิมได้

1.1.2 ทำให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น

1.1.3 ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายขาด หรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้

1.1.4 ผู้ป่วยต้องการการฝึกเกี่ยวกับสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่องการปฏิบัติแบบพิเศษเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และต้องการการดูแลระยะยาวต่อไป

Center for Disease Control and Prevention (1998) ให้ความหมายความการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยทันที และมีโอกาสรักษาหายได้น้อยมาก

Phipps (1999) ให้ความหมายความการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่อาการและอาการแสดงปรากฏขึ้นในระยะเวลาที่ไม่แน่นอนมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ แต่สามารถเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือมีอาการรุนแรงขึ้นอีกเป็นครั้งคราว (Exacerbation periods)

Garrison (2000) ให้ความหมายความการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันตรงที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องนานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ และทางด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ต้องการวิชาชีพด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

LeMone and Burke (2000) ให้ความหมายความการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต

Adelman (2001) ให้ความหมายความการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง อาการด้านร่างกายหรือด้านจิตใจที่ต้องการการติดตามและ/หรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) และเพื่อจัดรูปแบบในระหว่างการเจ็บป่วย นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นอาการที่เป็นร่วมกันที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อน และมีปัญหาที่หลากหลายที่เป็นผลมาจากการอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Corbin and Strauss (2001) ให้ความหมายความการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง อาการทางร่างกาย และจิตใจ ที่ต้องการการติดตามการดูแลและจัดการ

ประคอง อินทรสมบัติ (2540) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคล ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการรักษา และการช่วยดูแลที่ยาวนานตลอดชีวิต และการรักษาไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดเวลา ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองทุกวันที่บ้านได้ แต่อาจกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว และมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จารุวรรณ มานะสุรการ (2544) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน มีลักษณะไม่แน่นอนหลายด้านได้แก่ อาการและอาการแสดงปรากฏในเวลาที่ไม่แน่นอน ระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้ เป็นต้น เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มักไม่หายขาด แต่สามารถทำให้อาการทุเลาไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อาจมีการกำเริบของโรคหรือมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ภาวะนี้จึงเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือไปตลอดชีวิต รวมทั้งต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดังเดิมได้ ยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการติดตาม สังเกตอาการ และการดูแลติดต่ออย่างน้อย 3-6 เดือน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่หลากหลาย และซับซ้อน ต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างถาวร มีความพิการเหลืออยู่ไม่สามารถกลับคืนได้ ดั้งเดิม หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาด ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือนหรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรง และอาการสงบไม่สามารถพยากรณ์ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวและต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาพยาบาลจึงมีความต้องการการดูแล ฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง

1.2 ลักษณะของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย และสามารถกระจายไปทุกระบบของร่างกาย มีผู้ป่วยน้อยมากที่จะเป็นโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นทำให้เกิดการเสียหายที่ หรือเบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ (Lubkin, 1995, Curtin and Lubkin, 1995) ร่างกายจะได้รับผลกระทบจากโรคนี้ทั้งระบบ นอกจากนี้การดำเนินการของโรคจะดำเนินการไปอย่างช้าๆ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ยังไม่ปรากฏให้เห็นในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคอาการมักจะรุนแรง และลุกลามไปทั้งระบบของร่างกายทำ

ให้เกิดโรคอย่างถาวร ซึ่งไม่สามารถรักษาพยาบาลได้ ทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงมีความต้องการการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ได้อธิบายลักษณะของโรคเรื้อรังไว้ว่า

1. เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้าๆ บุคคลจะไม่สามารถสังเกตอาการได้ในระยะแรก ทำให้เป็นโอกาสของพยาธิสภาพที่จะลุกลามเป็นมากขึ้น จนถึงขั้นรุนแรงเกิดอาการ และอาการแสดงซึ่งบ่งบอกถึงว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้การรักษาโรคอาจกระทำได้น้อยลงยิ่งๆ การพยากรณ์โรคไม่ดี และทำให้การดูแลตนเองมีความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น

2. เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบบมีระยะที่โรคสงบ (Remission) และมีระยะที่โรคกำเริบ (Exacerbation) การเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีระยะของการ “เป็นๆ หายๆ” บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาจนมีระยะที่โรคสงบเกิดขึ้น ไม่ได้หมายความว่าความเจ็บป่วยหรือโรคได้รับการรักษาจนหายขาด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงลักษณะของโรคที่ “เป็นๆ หายๆ” ก็อาจจะคิดไปเองว่าตนเองได้รับการรักษาจนหายขาดจากโรคแล้ว และเมื่อเข้าใจเช่นนี้ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง กลับดำเนินชีวิตตามปกติ ทำให้โรคกำเริบลุกลามขึ้นมาอีกได้ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเข้าใจ และยอมรับในลักษณะของโรคที่มีระยะสงบ และระยะกำเริบ ดังกล่าว

3. เป็นการเปลี่ยนแปลง หรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบบถาวร ก้าวหน้าต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การรักษาก็ไม่ช่วยให้โรคหรือพยาธิสภาพดังกล่าวหายขาดจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาล เกิดความท้อแท้หมดหวังในการรักษา มีปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาอื่นๆ ทำให้แสวงหาการรักษารูปแบบต่างๆ ที่ผู้ป่วยเชื่อ และศรัทธาว่าจะสามารถรักษาโรคให้หายได้

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วย (Trajectory framework)

วิถีทางของความเจ็บป่วยสร้างขึ้นโดย Corbin and Strauss ในปี 1960 ขอบเขตของวิถีทางได้ถูกนำมาพัฒนาขึ้นอีกครั้งในปี ค.ศ.1980 (Corbin and Strauss, 1992) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้จากการศึกษาชีวิต และการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดนี้มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ที่เกี่ยวกับอาการ ความเชื่อในการเจ็บป่วยและ

ประสบการณ์อื่นๆ ในชีวิต มโนทัศน์หลักของแนวคิดนี้ คือ วิถีทางของความเจ็บป่วย (Trajectory) หมายถึง เส้นทางของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีหลายมิติ และสะท้อนให้เห็นผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง อาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้เป็นลักษณะเฉพาะที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง (Corbin and Strauss, 2001: 1-15) และวิถีทางความเจ็บป่วยของการเจ็บป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะแตกต่างกัน อาการเพิ่มหรือลดลงจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ และเพื่อที่จะสามารถติดตามกระบวนการและการเปลี่ยนแปลงลักษณะของอาการเรื้อรัง จึงมีการเพิ่มแนวคิดของระยะต่างๆ เข้าไปในวิถีหรือเส้นทางของความเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 9 ระยะ และในแต่ละระยะจะมีเป้าหมายเพื่อการดูแลรักษาที่แตกต่างกันออกไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551 101-103; Corbin and Strauss, 2001)

1.3.1 ระยะก่อนการเจ็บป่วย (Pretrajectory) เป็นระยะก่อนเริ่มเจ็บป่วย ยังไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏ เป้าหมายการจัดการระยะนี้คือ การป้องกันการเกิดขึ้นของโรคเรื้อรัง (Prevent onset of chronic illness)

1.3.2 ระยะการเจ็บป่วย (Trajectory) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ และอาการแสดงเริ่มปรากฏ รวมถึงมีการวินิจฉัยโรค มีเป้าหมายเพื่อสร้างแบบการทำนายวิถีความเจ็บป่วยที่เหมาะสม

1.3.3 ระยะทรงตัว (Stable) เป็นระยะที่ความเจ็บป่วยและอาการสงบจากแผนการรักษา มีเป้าหมายเพื่อพยายามทำให้อาการเจ็บป่วยทรงตัว และคงกิจกรรมประจำวันไว้

1.3.4 ระยะอาการเปลี่ยนแปลง (Unstable) เป็นระยะที่แผนการรักษาไม่สามารถควบคุมอาการได้ แต่ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อการกลับไปอยู่ในระยะทรงตัว

1.3.5 ระยะเฉียบพลัน (Acute) เป็นระยะที่ความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นรุนแรงที่ต้องการการดูแลในโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อพยายามทำให้อาการเจ็บป่วยกลับเข้าสู่ภายใต้การควบคุม และการช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม

1.3.6 ระยะวิกฤต (Crisis) เป็นระยะที่ชีวิตตกอยู่ในภาวะอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มีเป้าหมายเพื่อพยายามจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตออกไป

1.3.7 ระยะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ (Comeback) เป็นระยะกลับเข้าสู่ภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไปขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ ที่รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ

ร่างกาย จิตสังคม และเริ่มปรับตัวเข้าสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีเป้าหมายเพื่อการเคลื่อนไหว การทำนวยวิถีทางของโรค และรูปแบบการช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ

1.3.8 ระยะเวลาที่ทรุดลง (Downward) เป็นระยะที่เริ่มมีการเสื่อมลงของร่างกายและจิตใจโดยมีลักษณะความพิการและอาการต่างๆมากขึ้น มีเป้าหมายเพื่อปรับตัวให้เข้ากับภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้นตามระยะอาการที่ทรุดลง

1.3.9 ระยะเวลาสุดท้าย (Dying) อาจเป็นวันสุดท้าย หรืออาทิตย์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายจะหยุดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปล่อยวาง ไม่มีความสนใจในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ เป้าหมายเพื่อนำไปสู่ระยะสุดท้ายในชีวิต ปล่อยให้ไป และเสียชีวิตอย่างสงบ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเข้าใจระยะต่างๆ ในวิถีทางความเจ็บป่วยเรื้อรังช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะใด และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับระยะของความเจ็บป่วย พร้อมทั้งสามารถร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

1.4 เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีการกำเริบเป็นครั้งคราว และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายอย่างถาวร (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งเน้นในการช่วยเหลือและจัดการกับอาการของโรคมากกว่าการรักษาให้หายขาดจากโรค และเน้นการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (Garrett, 1997; Phipps, 1999) โดยการลดหรือค้นหาปัจจัยเสี่ยงให้เร็วที่สุด (นิตยา พันธุ์เวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ, 2552) เป้าหมายของการป้องกันภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงกระทำเพื่อการลดอัตราการป่วย การตาย (CDC, 1997; Sapio-Longo, 1999) และคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของร่างกาย รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม (Demers, 1999) และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะต้องตระหนักในเรื่องการตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (Roach, 2001; Eliopoulos, 2005)

1.4.1 การเพิ่มระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Increase self-care capacity) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการ คงอาการหรือปรับปรุงสุขภาพ

1.4.2 การจัดการกับโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (Manage the disease effectively) แต่บุคคลควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง และได้รับการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้อง และอาจต้องมีทักษะที่ดี เช่น การชีดยาเบาหวานหรือการทำแผล เป็นต้น

1.4.3 การกระตุ้นความสามารถการหายของร่างกาย (Boost the body's healing abilities) คือ ร่างกายมีแนวโน้มที่จะต่อสู้กับโรค และมีการฟื้นฟูตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม หน้าที่สำคัญของพยาบาล คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรวบรวมแหล่งสำรองตามธรรมชาติที่มีอยู่ ดังนั้นการจัดการกับความเครียด (Stress management) การจินตนาการโดยการชี้แนะ (Guided imagery) การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน และbiofeedback จึงเป็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมการหายด้วยตนเอง (Self-healing) ที่ควรนำมาใช้

1.4.4 ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevent complication) โรคเรื้อรัง และการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง และมีความพิการเพิ่มขึ้น เช่น จากผู้ป่วยเบาหวานที่มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไปเป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขา หรือตาบอด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.4.5 การชะลอความเสื่อมถอยของอาการ (Delay deterioration and decline) โดยธรรมชาติของโรคเรื้อรัง อาการของโรคจะเลวลงไปเรื่อยๆ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการประเมินการดูแล และการระบุปัญหาโดยเร็ว เพื่อที่จะวางแผนการพยาบาลการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.4.6 การส่งเสริมคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (Promote highest possible quality of life) ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความรื่นเริงหรือการได้รับรางวัล ประเมินการได้รับการตอบสนองของความต้องการทางด้านสังคม จิตวิญญาณ อารมณ์ เพศสัมพันธ์ และครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองของความต้องการเหล่านั้น

1.4.7 ช่วยให้การระบวณการไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน และตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Support in dying with comfort and dignity) เมื่อสุขภาพทรุดลง ผู้ใหญ่จะต้องเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องการการสนับสนุนด้านร่างกาย และจิตใจเพิ่มมากขึ้น สิ่งสำคัญคือ การลดภาวะปวด ลดการใช้พลังงาน ดูแลให้ความสุขสบาย ช่วยเหลือในความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆ พยาบาลควรมีความไวในการฟังหรือการพูดคุยกับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ให้ความมั่นใจว่าพยาบาลจะอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาในช่วงเวลานี้

การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความซับซ้อนเพราะการเจ็บป่วยจะแทรกเข้าไปในชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งจากโรค กลุ่มอาการ และปัญหาที่ไม่เกี่ยวกับโรค และจะส่งกระทบต่อการพัฒนาในวัยต่างๆ กรอบแนวคิดของวิถีความเจ็บป่วย (Trajectory framework) ช่วยให้พยาบาลเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่แตกต่างจากสาเหตุของโรค (Corbin and Strauss, 2001) ซึ่งผู้ป่วย ครอบครัว และวิชาชีพจะต้องช่วยปรับหรือจัดการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตที่ดี การจัดการกับตนเองนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้กับข้อจำกัดหรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้

1.5 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่รักษาไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอย่างถาวร ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งต่อผู้ป่วย และครอบครัว เศรษฐกิจของชาติ และสังคมโดยรวม โดยเฉพาะตัวผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (จารุวรรณมานะสุรการ, 2544) ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร และผลกระทบด้านร่างกายที่พบบ่อยมีดังนี้

1.5.1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Phipps, 1999, 2003) เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง และทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปจึงมักมีอาการอ่อนเพลีย และมีขีดจำกัดของการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายตลอดจนมีความพิการหรือรอยโรคหลงเหลืออยู่ (จารุวรรณมานะสุรการ, 2544) จึงทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความเป็นอิสระ (Loss of independence) ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Phipps, 2003) จากการศึกษาของชลกร ภูสกุลสุข (2547) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้พลังจักรวาลในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การทำงานไม่ได้ตามปกติ มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง และ Miller (1992: 403-411) ได้กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดความสูญเสียทุกข์ทรมานอย่างมากต่อสุขภาพของตนเอง และการควบคุมหน้าที่การทำงาน เช่น การสูญเสียการประสานงานของร่างกายเพียงบางส่วน

1.5.1.2 การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ เมื่อบุคคลถูกคุกคามด้วยภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องประสบปัญหา หรือความขัดแย้งต่างๆ มากมาย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) และผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทางด้านร่างกายนั้น จะแสดงออกให้เห็นถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียหน้าที่ หรือพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นทำให้โครงสร้าง และส่วนต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จะมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อย่างมากเนื่องจากเต้านมเป็นเอกลักษณ์ของผู้หญิงเมื่อถูกตัดทิ้งไปทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าไม่เป็นธรรมชาติ และขาดความสมบูรณ์ของร่างกาย รู้สึกเหมือนเป็นคนพิการ (Al-Ghazal, 2000: 1938) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ความเป็นหญิงลดลง (Hopwood, et. al., 2000: 462) สำหรับผู้ป่วยที่ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบางรายจะมีความรู้ว่ามีเพียงครึ่งซีกหรือครึ่งคน เนื่องจากประสาทความรู้สึกเสียไป จึงทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก อัมพาตท่อนล่างหรืออัมพาตแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเคลื่อนไหวที่ลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ในผู้ป่วยที่ภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีพยาธิสภาพที่ถุงลมในปอด ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์เสียไป จึงทำให้การหายใจขาดประสิทธิภาพ ร่างกายมีการชดเชยในการหายใจ ทำให้บริเวณทรวงอกใหญ่ขึ้นคล้ายถังเบียร์ สีผิวหน้างอมเหลืองซีด และจากการที่ผู้ป่วยประเมินภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้มีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิม และส่วนใหญ่มักต้องใช้ชีวิตอยู่แต่ในบ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2546) จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา

1.5.1.3 การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเองและ/หรือเกิดจากความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งพบได้เสมอ เช่น ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีอาการหอบในช่วงกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) ซึ่งมีผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ (Braunwald, 2001) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหอบหืดเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรง บางรายไม่ได้นอนตลอดทั้งคืนเพราะนอนราบไม่ได้ และในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งจะมีอาการปวดรุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานจนไม่สามารถนอนหลับหรือพักผ่อนได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (จาวรุวรรณ มานะสุการ, 2544)

1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ จากการเจ็บป่วยด้านร่างกายของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ จนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถลดลง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540; Phipp, 2003) และผลกระทบด้านจิตใจที่พบบ่อย คือ

ความเครียด (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2543) ที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากธรรมชาติของโรคเรื้อรัง คือ เป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต รักษาไม่หาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เสมอ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) หรือจากความไม่สุขสบาย จากความเจ็บปวด อ่อนเพลีย หอบเหนื่อยหรืออัมพาต ฯลฯ หรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นตามอีกหลายๆ โรค รวมทั้งผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532; สุรีย์พร ธนศิลป์, 2551; Miller, 1992) การสูญเสียพลังอำนาจจะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการตัดสินใจ และความพยายามควบคุมการเจ็บป่วย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540)

1.5.3 ผลกระทบด้านจิตสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยออกจากสังคม (Social isolation) และเกิดความว่าเหว่ (Corbin and Strauss, 2001) และเกิดความพร่องในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Impaired social interaction) (Hodges, Keeley and Grier, 2001) เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ มากมายที่เป็นอุปสรรคในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป สถานะทางเศรษฐกิจแย่งลง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม (Social status) ความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าคนอื่น การกำเริบของโรค ความพิการ การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และพึ่งพาผู้อื่น ความต้องการพักผ่อนมากขึ้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ฟาวล์โวได้กล่าวว่า บางครั้งผู้ป่วยจะต้องการคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางสังคม หรือถูกสังคมรังเกียจ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทั้งภายในภายนอกครอบครัวของผู้ป่วยลดลง ผลกระทบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ผลกระทบต่อบทบาททางสังคมเกี่ยวกับครอบครัว และการทำงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทส่งผลกระทบต่อเด็กน้อยถึงรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละราย (Garrett, 1997) เช่น ภรรยาต้องทำงานนอกบ้านเพื่อเลี้ยงครอบครัวแทนสามี และสามีต้องช่วยทำงานบ้านแทนหรือผู้ป่วยบางคนจึงต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนแปลงอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพราะภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย และต้องการการพักผ่อนสมรรถภาพเป็นเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องย้ายไปทำงานในแผนกที่ไม่ออกแรงมากหรือใช้กำลังมากหรือแผนกที่ไม่มีฝุ่นละออง ทำให้ผู้ป่วยพยายามแยกตัวออกจากสังคมจนในที่สุดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า อยู่อย่างโดดเดี่ยว และเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิมอำนวยลาภและวิพร เสนารักษ์, 2534; O'Brien, 1999) ซึ่งผู้ป่วยที่มี

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องปรับตัวต่อการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเครือข่ายทางสังคมที่ลดลงเป็นอย่างมาก และจะต้องพยายามคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เหมือนเดิมมากที่สุด (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1.5.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ภาวะจิตวิญญาณช่วยให้บุคคลฝ่าฟันอุปสรรคและมีการความหมายต่อบุคคลในหลายๆ เรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ส่งผลกระทบต่อความสมดุลของกาย จิต และวิญญาณ ความเชื่อมโยงกันของผู้ป่วยหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่นๆ ทำให้เกิดความเบี่ยงเบนของความเข้มแข็งทางจิตใจ ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวหรือสิ่งมีคุณค่าสำหรับตนเองได้ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวหาสิ่งอื่นมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ รวมกับการแสวงหาวิธีรักษาอื่นๆ ร่วมด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก การเข้าใจถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้สามารถประเมินปัญหาความต้องการ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องนำไปสู่การให้การรักษาพยาบาล และการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข และเหมาะสม

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับตนเอง

2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีหลายหลากวิชาชีพด้านสุขภาพได้มีการนำการจัดการตนเองลงสู่การปฏิบัติ เช่น ทางกายภาพบำบัด ทางกายภาพบำบัด ด้านการฟื้นฟู กายภาพบำบัด ด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตจะเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า การจัดการตนเอง (Self-management) ที่ครอบคลุมทั้งหมด ที่นำมาใช้ในปัจจุบันจึงยังไม่มีคำตอบชัดเจน (Deaton, 2000) หรือเป็นมาตรฐานเดียวกัน (Barlow et al., 2002) มีการใช้คำว่าจัดการตนเอง และการดูแลตนเองแทนกันได้ อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

ในมุมมองของทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (Social cognitive theory) กล่าวถึงการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการป้องกันหรือปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ในมุมมองของนักจิตวิทยา กล่าวถึงการจัดการตนเอง หมายถึง เป็นกลยุทธ์ และวิธีปฏิบัติที่ควบคุมกระบวนการรู้คิดและพฤติกรรม (Rehm and Rokke as cited in Kangchai, 2002)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย (Tobin et al., 1986)

การจัดการตนเอง หมายถึง เป็นกิจกรรมทั้งหมดที่ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นรวมถึงป้องกันผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sally and Barbara, 2001)

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการของโรค การรักษา ผลกระทบของความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และการเปลี่ยนวิถีชีวิตอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Barlow et al., 2002)

การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ การติดตามและจัดการกับอาการ และอาการแสดง รวมถึงการจัดการผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อร่างกาย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการปฏิบัติตามการรักษา (Schreurs et al., 2003)

การจัดการตนเอง หมายถึง เป็นทักษะส่วนบุคคลเพื่อให้ใช้ชีวิตร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เกี่ยวกับการเคารพตนเองในการร่วมจัดการการรักษา จัดการบทบาท และจัดการอารมณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการเป็นกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยปรับใช้ความรู้จากการเรียนรู้ด้วยตนเองในการเพิ่มประสบการณ์การจัดการตนเองที่ผ่านมาใช้ใช้ชีวิตร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีสุขภาพที่ดีและปรับปรุงคุณภาพชีวิตพวกเขาให้ดีขึ้น (Lorig, 2004)

การจัดการตนเอง หมายถึง เป็นบทบาทหน้าที่ของบุคคลจะต้องกระทำเพื่อชีวิตที่ดีที่จะอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม หน้าที่ดังกล่าว คือ การได้รับการจัดการด้านการรักษา การบริหารจัดการตนเอง และการจัดการด้านอารมณ์ ส่วนการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยบุคลากรทีมสุขภาพ (Self management support) หมายถึง รูปแบบการให้ความรู้และกิจกรรมการส่งเสริมทักษะ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหา (Problem) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การแก้ไขปัญหา (Problem-solving) และการประเมินความก้าวหน้า (Progress) (Adams et al., 2004)

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการให้ความรู้หรือรูปแบบกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์เฉพาะบุคคล เป็นการเตรียมบุคคลให้จัดการตนเองด้านสุขภาพทุกวัน การปฏิบัติพฤติกรรม ผีกทักษะ และลดกิจกรรมทางร่างกาย อารมณ์ที่จะกระทบต่อความเจ็บป่วยโดยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพหรือไม่ก็ได้ (McGowan, 2007)

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยส่วนที่สำคัญคือ การกำกับตนเอง (Self-monitoring) ซึ่งมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรมคือ การสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-recording) (สมโภช เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

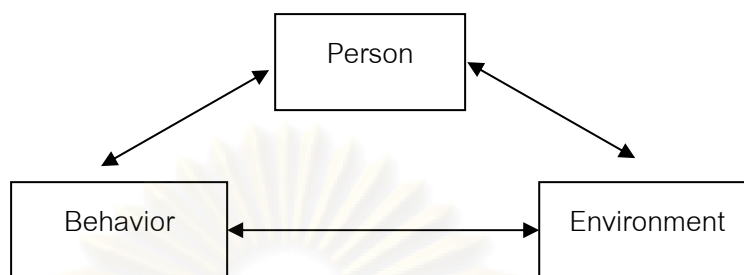
ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดการตนเอง เป็นวิธีการที่กระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และการรักษาของตนเอง สามารถต่อรองต่อแผนการดูแลและร่วมกระทำกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงของสภาวะสุขภาพตนเอง และจัดการกับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการตนเอง เป็นทฤษฎีของการเชื่อมโยงกันของกายและจิต เป็นระบบของการกำกับตนเอง (Self-regulatory system) และทฤษฎีนี้ได้มาจาก Social learning and cognitive theory และ Psychophysiological theory เนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วยแนวคิดของ Regulation และ Dysregulation ซึ่ง Regulation หมายถึง ภาวะที่มีการปรับสมดุลของร่างกาย ส่วน Dysregulation หมายถึง การแตกสลาย (Breakdown) ของกลไก Self-regulatory ของร่างกาย ดังนั้นหัวใจของ Self-management ตามทฤษฎีนี้ คือ การร่วมกันของ Psychophysiology และ Social learning and cognitive theory (Nakagawa-Kogan and Betrus, 1984)

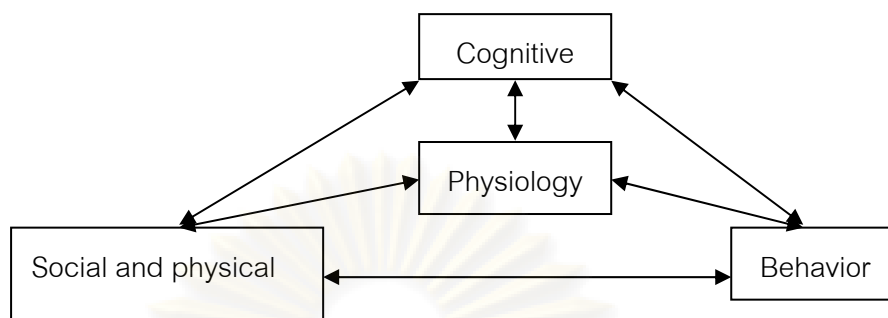
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการเสนอทฤษฎีของการจัดการตนเองที่หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานของการจัดการตนเอง ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Albert Bandura (1986) เป็นแนวคิดพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (Person) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment) (Bandura, 1986)

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทั้ง 3 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกัน และกันซึ่งก็หมายความว่า ถ้าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเปลี่ยนแปลง ก็จะมีผลทำให้ปัจจัยอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปด้วย แต่ทั้ง 3 ปัจจัย ก็มีได้มีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกัน และกันอย่างเท่าเทียมกัน และไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลา แต่เบนดูรา ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราที่เกิดจากการเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นต้องแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้แล้วแม้ว่าจะยังไม่มีแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของเบนดูรา จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในนั่นก็คือ ปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของคนเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ และอารมณ์ ปัจจัยทางพฤติกรรมเป็นการกระทำ และการตอบสนองเฉพาะบุคคล และปัจจัยทางสภาพแวดล้อมจะรวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและกายภาพ แต่ในทฤษฎีของเบนดูราไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา ซึ่ง Thorenen and Kimi – Gray (1983) เห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยาเป็นปัจจัยที่สำคัญ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค และปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม Tobin และคณะ (1986) จึงได้เสนอปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไว้ 4 ประการ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรมด้านสังคม สิ่งแวดล้อมกายภาพ และด้านสรีรวิทยา

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กันโดยพฤติกรรมและปัจจัยทั้ง 4 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน

1. ปัจจัยด้านการรับรู้ (Cognitive factor) มีบทบาทสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ ปัญหาทางสังคมในรูปแบบของการจัดการตนเอง ซึ่งส่วนประกอบของการรับรู้มีเป้าหมายทั้งทางด้านทักษะความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตน การรับรู้สามารถก่อให้เกิดการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามกระบวนการทางกายภาพ และควบคุมกระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral factor) สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ความชำนาญเพื่อสร้างความสามารถของตนเอง และจะส่งผลต่อกระบวนการของโรค

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ (Environmental-social factor) จะก่อให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมจะบอกถึงลำดับการตอบสนอง บอกถึงการกระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่โดยสรีรวิทยาโดยตรง

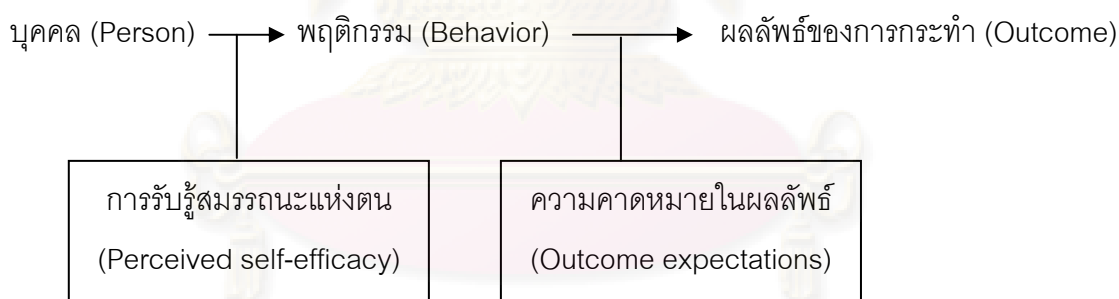
4. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factor) การรักษาโรคเรื้อรังต้องพิจารณาองค์ประกอบด้านกายภาพหลายอย่างทั้งกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมจะพบว่า Bandura ได้เน้นองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และการรับรู้ความคาดหวัง (Outcome expectations) และพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนมาเรื่อยๆ ต่อมา Bandura (1997) ได้ใช้คำจำกัดความของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) หมายถึงความเชื่อในความสามารถของบุคคล (Efficacy beliefs) ที่สามารถจัดการ และดำเนินตามแนวทางที่ทำได้ด้วยพลังของความตั้งใจอย่างมีเป้าหมายที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จ

การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบ ดังนี้ คือ Bandura (1997)

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งดังนี้

1. การใช้คำพูดจูงใจ (Verbal persuasion) เป็นการพูดโน้มน้าวให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีที่

ง่ายที่จะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น คำพูดที่ใช้จะเป็นลักษณะที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้นๆ ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นเกิดการประสบความสำเร็จมาแล้ว

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน กระทำพฤติกรรมใดๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท (Bandura, 1997) ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ควรจะมีทัศนคติและความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตนเอง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วีดิทัศน์ และการ์ตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมาก และในสถานที่ต่างๆ ได้ ปัจจุบันสื่อมีความสำคัญ และมีอิทธิพลมากเนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านสื่อได้ง่าย

Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observational learning) นั้นประกอบด้วย 4 กระบวนการได้แก่

1. กระบวนการตั้งใจ (Attention process) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจ และสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และจะเป็นตัวกำหนดว่าคุณจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือ ตัวแบบต้องมีความเหมาะสม มีลักษณะที่เด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต้องไม่ซับซ้อนและมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต รวมทั้งควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตด้วย ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ เช่น ความสามารถในการเห็นและการได้ยินประสบการณ์เดิม ความสามารถทางปัญญาที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมตัวแบบและตีความสิ่งที่ได้รับรู้แตกต่างกัน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention process) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลของพฤติกรรมของตัวแบบ และแปลงข้อมูลไปเป็นรูปสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้จดจำได้ง่ายขึ้น

3. กระบวนการกระทำ (Production process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ การกระทำพฤติกรรมนั้นจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การได้รับข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตจะต้องมีสมรรถภาพทางกายและทักษะที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะมีการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยจูงใจให้กระทำ ได้แก่ สิ่งจูงใจภายนอก เช่น สิ่งของรางวัล ความรู้สึกพอใจ การยกย่อง ชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม สิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมนั้น เพราะบุคคลอาจจะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลเหมือนดังเช่นที่ตัวแบบได้รับสิ่งจูงใจของตนเองอาจเป็นสิ่งของหรือการประเมินตนเอง บุคคลจะมีมาตรฐานของตนเองที่เป็นแรงจูงใจให้กระทำตามตัวแบบ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ ถ้าการกระทำนั้นเกิดผลดีต่อตนเอง

5. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับการที่ตนเองกระทำได้สำเร็จ การที่บุคคลกระทำและประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลายๆ ครั้งจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการกระทำที่ได้ใช้ความพยายามจนประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะทำกิจกรรมต่างๆ แม้จะพบอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้ง แต่ก็จะไม่ล้มเลิกมากนักเพราะบุคคลจะไม่ได้มองความล้มเหลวนั้นมาจากการที่ตนเองไม่มีความสามารถแต่มาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความไม่พยายามและสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย แต่ในบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงหรืออยู่ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้

6. ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states)

ภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมีภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่หากบุคคลมีภาวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือมีการเจ็บป่วย เช่น อากาศเจ็บปวด เหนื่อยล้า ไม่สุขสบาย เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่วนภาวะด้านอารมณ์ อารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลจะรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้าม อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะมีผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีภาวะร่างกาย และอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ พร้อมต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการจัดการพฤติกรรมของตนเอง สามารถที่จะเสริมสร้างให้เกิดขึ้นได้ และดำรงพฤติกรรมเหล่านั้นไว้ โดยการพัฒนาจากประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับสื่อสารชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ และทางสรีระ

2.2.2 Common sense model of self-regulation

ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล เพราะจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจการตอบสนองการเจ็บป่วยและสามารถจัดการพยาบาลให้เหมาะสมกับบุคคลได้ ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness representation) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและเริ่มมีการนำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น ค.ศ. 1970 Leventhal และคณะได้เป็นผู้เริ่มพัฒนาแนวคิดนี้ และมีการศึกษาต่อมาเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน สามารถสรุปข้อตกลงเบื้องต้นที่เป็นพื้นฐานของแนวคิดนี้ได้ 3 ประการ กล่าวคือ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549)

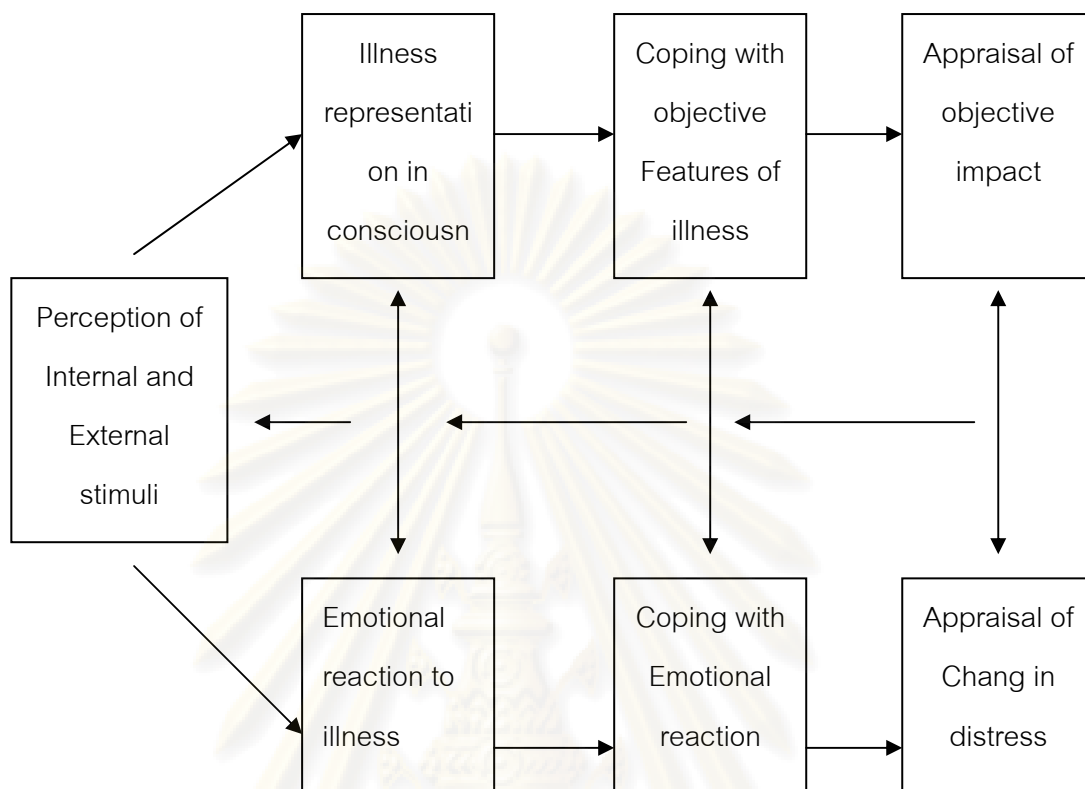
1. บุคคล (มนุษย์) เป็นนักแก้ปัญหา (Active problem solvers) โดยมีความพยายามที่จะทำความเข้าใจโรคและปัญหาสุขภาพที่คุกคามตนเองอยู่ ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ปัญหาตามการรับรู้หรือความเข้าใจที่ตนเองมีอยู่ (Individuals and self-regaling systems)
2. กระบวนการในการแก้ไขปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับตัวของบุคคล จะอ้างอิงอยู่กับความคิดความเข้าใจ หรือภาพต่อการรับรู้การเจ็บป่วย นั่นก็คือ illness representation หรือ ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยนั่นเอง จึงอาจกล่าวได้ว่าภาพ

สะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness representation) อาจไม่ใช่ภาพเดียวกันกับการมอง การเจ็บป่วยใช้มุมมองทางการแพทย์ (Biomedical model)

3. แนวคิดของ Illness representation หรือภาพสะท้อนทางความคิดต่อ การเจ็บป่วยซึ่งมีความแตกต่างจากมุมมองทางการแพทย์ จะเน้นที่บทบาทของสังคม วัฒนธรรม และการอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อการสร้างภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เป็นตัวหล่อหลอมหรือสร้างภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ทีมสุขภาพ และสิ่งต่างๆ ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยที่สร้างขึ้น โดยบุคคลนี้จะเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจไม่ใช่พฤติกรรมถาวร ยังมีการปรับเปลี่ยนได้เสมอหากมีปัจจัยที่ส่งผลให้ภาพที่ได้ความแตกต่างไปจากเดิม

ในปี ค.ศ. 1991 Leventhal และ Schaefer ได้เสนอ Common Sense Model of Self-Regulation ภายหลังจากการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดยเชื่อว่า กระบวนการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยไม่มีการหยุดนิ่ง (Dynamic system or self-regulation system) และการตอบสนองนั้นๆ ของบุคคลจะตอบสนองภายใต้การให้ความหมาย ของสิ่งที่เข้ามาคุกคามหรือภาพสะท้อนทางความคิดนี้เอง ภาพสะท้อนทางความคิดดังกล่าวมี 2 ส่วน คือ 1) ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย และวิธีการรักษา และ 2) ภาพสะท้อนทาง ความคิดด้านปฏิบัติทางอารมณ์ ดังแผนภาพที่ 4

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 4 Stages of the Common Sense Model (Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003)

ทฤษฎีภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการจัดการตนเอง เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบต่อบุคคล เช่น เมื่อมีอาการผิดปกติในร่างกายบุคคลจะรับรู้ทำความเข้าใจต่อสิ่งเร้า และสร้างระบบข้อมูลเฉพาะตนต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาโดย Leventhal และคณะศึกษา และสรุปว่าภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบหลัก 5 อย่าง คือ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549; Diefenbach and Leventhal, 1996; Hagger and Orbell, 2003; Lobban et al., 2003)

1. ภาพของคุณลักษณะเฉพาะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identify) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องลักษณะที่บ่งบอกว่าเจ็บป่วยด้วยสิ่งเร้าชนิดใดชนิดหนึ่งตามการรับรู้และความเข้าใจของบุคคล จนเกิดขึ้นเป็นภาพที่ชัดเจนว่าเป็นลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยนั้นๆ ทั้งนี้อาจจะเป็นอาการต่างๆ ที่บุคคลประสบโดยตรง หรืออาจเป็นภาพทางความคิด (Label) ที่บุคคลสร้างขึ้น เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยทั่วไปบุคคลจะมองลักษณะเฉพาะโรคที่ 1

อาการ เช่น น้ำหนักลด ถ่ายเหลว มีผื่นแผลตามตัว มีฝ้าขาว และ 2. ภาพทางความคิดที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น เช่น โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อ น่าขยะแขยง เป็นที่รังเกียจของสังคมเป็นแล้วเสียชีวิต ไม่มีทางที่จะรักษาให้หายได้ ซึ่งภาพทางความคิดของโรคเอดส์ที่บุคคลทั่วไปกลัว และมีผลต่อการปรับตัว หรือการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย คือ การเป็นที่รังเกียจของสังคมเพราะเป็นโรคติดต่อ บุคคลที่เป็นมีการสำสอนทางเพศ ซึ่งอาจมีผลให้บุคคลปฏิบัติสิ่งที่ จะเข้ารับการรักษาตามระบบสุขภาพทั่วไป

2. ภาพสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย (Causes) เป็นภาพที่บุคคลรับรู้ว่าจะไร เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยนั้นๆ เช่น การเป็นหวัด หากบุคคลรับรู้หรือมีภาพทางความคิดว่าเกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ ก็จะทำให้บุคคลพยายามดูแลตนเองให้ได้นอนหลับเพียงพอ ในขณะที่อีกบุคคลหนึ่งมองว่าการเป็นหวัดเกิดจากการดื่มน้ำน้อย ก็จะทำให้ในช่วงที่เป็นหวัดบุคคลนั้น ก็จะมีการดูแลตนเองที่ต่างออกไป คือ จะดื่มน้ำให้มากขึ้น

3. ภาพของการเจ็บป่วยที่เนื่องกับระยะเวลา (Timeline) ซึ่งเป็นภาพสะท้อนทางความคิดที่บุคคลสร้างขึ้นเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่น เป็นโรคเฉียบพลัน (Acute) เป็นโรคเรื้อรัง (Chronic) เป็นโรคที่ไม่หายขาด มีอาการทรงๆทุุดๆ (Cyclical) เป็นต้น ยกตัวอย่าง เช่น โรคหวัด บุคคลทั่วไปมีภาพของการเจ็บป่วยด้วยโรคหวัดเกี่ยวกับระยะเวลาว่าเป็นโรคไม่เรื้อรัง สามารถหายได้เมื่อเวลาผ่านไป แต่ในทางกลับกันหากบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งหรือโรคไตวายเรื้อรัง บุคคลจะมีภาพสะท้อนทางความคิดว่าโรคทั้งสองเป็นโรคเรื้อรัง ด้วยใช้ระยะเวลาในการเผชิญกับโรครดังกล่าว จากภาพสะท้อนทางความคิดเกี่ยวกับระยะเวลาจะทำให้บุคคลตอบสนองต่อโรคที่มีลักษณะเฉียบพลัน และเรื้อรัง แตกต่างกันได้ กล่าวคือ ถ้าเป็นหวัด อาจไม่ต้องแสวงหาการรักษามากนัก แต่ถ้าเป็นโรคมะเร็งหรือโรคไตวายเรื้อรัง บุคคลจะแสวงหาการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

4. ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ (Controllability or curability) เป็นภาพสะท้อนทางความคิดที่บุคคลสร้างขึ้นว่าโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆ จะรักษาหรือควบคุมการดำเนินโรคได้หรือไม่ เช่น การเป็นหวัด บุคคลจะรับรู้ว่าจะสามารถรักษาให้หายได้แน่กับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบางชนิดที่รักษาไม่หายขาดได้ อาจทำได้เพียงชะลอการดำเนินโรคหรือควบคุมไม่ให้โรคแพร่กระจาย ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งสอง ย่อมมีผลให้บุคคลตอบสนองแตกต่างกัน

5. ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) ซึ่งเป็นภาพของการรับรู้ต่อผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วหรือคาดการณ์ว่าจะเกิดก็ได้ โดยอาจจะเป็นผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ การมีชีวิตอยู่ในสังคม และ/หรือผลกระทบด้านเศรษฐกิจก็ได้ โรคใดที่มีผลกระทบต่อบุคคลมาก และรุนแรง ก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองแตกต่างไปจากที่ผลกระทบเพียงเล็กน้อย

2.2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1988)

เป็นแนวคิดที่เห็นว่ากลวิธีที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการด้วยตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้นั้น โดยใช้กลวิธีจัดการตนเองที่เน้นพฤติกรรม (Self-management behavior approach) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมาย คือ สิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายจะไม่ประสบผลสำเร็จถ้าเป้าหมายนั้นขัดแย้งกับเป้าหมายอื่นของเขา การตั้งเป้าหมายในกิจกรรมต่างๆ ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน จะทำให้งานนั้นสำเร็จได้

2. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกต และติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกตติดตาม และบันทึก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วยการติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังตัวที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัว

ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งเมื่อมีการนำไปใช้อาจต้องมีการปรับ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

2.1 ให้เหตุผลของการกำกับตนเอง (Treatment rationale) เป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายเหตุผลของการกำกับตนเองให้ผู้ป่วยได้ทราบ และเข้าใจ ก่อนที่จะเริ่มใช้กลยุทธ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ว่า การกำกับตนเองมีประโยชน์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

2.2 แยกแยะพฤติกรรมหรือการตอบสนอง (Discrimination of a response) เป็นการค้นหาหรือเลือกพฤติกรรมที่ต้องการกำกับ การแยกแยะพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบว่าอะไรที่ต้องการกำกับ ในบางครั้งอาจต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ช่วยเหลือหรือผู้เชี่ยวชาญวิธีการกำกับตนเองมีผลต่อพฤติกรรมที่ต้องการกำกับ เช่น ในผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก ผู้ที่มีการบันทึกน้ำหนักตนเองทุกวันกับผู้ที่มีการบันทึกทั้งจำนวนพลังงานที่รับประทานเข้าไป และน้ำหนักตัว ในกรณีหลังอาจเกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าในผู้ที่ยังไม่เคยใช้เทคนิคการกำกับตนเอง ควรเริ่มต้นจากพฤติกรรมที่ไม่ยากหรือไม่ซับซ้อนจนเกินไป เมื่อสามารถปฏิบัติได้แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มรายละเอียดหรือความยากเข้าไปภายหลัง

2.3 บันทึกพฤติกรรม (Record of a response) หลังจากได้เรียนรู้วิธีการแยกแยะพฤติกรรมหรือได้พฤติกรรมที่ต้องการกำกับแล้ว พยาบาลควรอธิบายหรือแสดงรูปแบบหรือวิธีการบันทึกให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ ซึ่งควรใช้วิธีการบันทึกที่ง่าย ๆ สะดวก เข้าใจง่าย พร้อมทั้งมีการกำหนดเวลาในการบันทึกที่เหมาะสม จะเป็นการทำให้การกำกับตนเองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลักษณะของแบบบันทึกควรออกแบบที่สามารถบันทึกได้ง่าย พกพาได้สะดวก มีความประหยัด และคุ้มค่า

2.4 แสดงข้อมูลที่ได้การบันทึกพฤติกรรม (Charting of a response) การนำข้อมูล que ผู้ป่วยได้รวบรวมและบันทึกไว้ มาแปลงลงในตารางหรือกราฟ เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินผลหรือเพื่อใช้เป็นข้อมูลเพื่อดูการกำกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดการให้กำลังใจตนเองได้ เมื่อพบว่าผลที่ได้เป็นไปในทางที่ดี การบันทึกสามารถบันทึกลงในตารางหรือกราฟได้ทุกวัน ควรเลือกตารางหรือกราฟที่ง่าย ๆ พยาบาลควรแนะนำวิธีการประเมินผลข้อมูลให้ผู้ป่วยได้ทราบ และเข้าใจ รวมทั้งแนะนำวิธีการอ่านผลของข้อมูลจากตาราง และ/หรือ ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.5 การแสดงข้อมูล (Display of data) อาจมีการแสดงข้อมูลจากที่ได้มีการบันทึกลงในตารางหรือกราฟในที่สาธารณะ เพื่อให้ผู้อื่นได้ทราบ ทั้งนี้ที่ระวังเรื่องสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบข้อมูลของตน

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of data) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการกำกับตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลจะช่วยสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจและมองเห็นพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติในช่วงเวลาที่ผ่านมาว่าได้ผลดีหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรม พยาบาลสามารถเปรียบเทียบข้อมูลที่บันทึกกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการที่จะปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพต่อไปได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น พยาบาลควรอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ การวิเคราะห์ข้อมูลอาจทำได้ทุกสัปดาห์ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลได้ปรับปรุงหรือวางแผนการกำกับตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนได้ดีขึ้น

3. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

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

4.1 การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดภายหลังพฤติกรรมนั้น สิ่งทีภายหลังพฤติกรรมนั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรง

4.2 การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้ว สามารถถอดถอนหรือหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนา ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าบุคคลนั้นมีความต้องการการเสริมแรงหรือไม่ ในการเสริมแรงต้องต้องเสริมแรงทันที และเป็นวิธีที่ง่าย ตามความต้องการและความเหมาะสม โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา

2.2.4 แนวคิดการจัดการตนเองของนาคากาวา – โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1984)

นาคากาวา – โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1984) ได้นำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องไว้ 3 แนวคิด คือ การกำกับตนเอง (Self-regulation) การควบคุมตนเอง (Personal control) และการย้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)

2.2.4.1 การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นแนวคิดหลักของการปฏิบัติการจัดการตนเอง การกำกับตนเองเป็นระบบการป้อนกลับอัตโนมัติของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล ซึ่งการกำกับตนเองนี้จะไม่สามารถบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาโดยมีหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นด้วย

2.2.4.2 การควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นเป้าหมายของการฝึกการจัดการตนเอง ในภาวะ Dysregulation นั้นสิ่งที่คุกคาม คือ การขาดการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลสามารถจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จนั้นก็หมายความว่า บุคคลสามารถจัดการตนเองได้ ตัวบ่งชี้ถึงการควบคุมตนเองได้ คือ 1) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) 2) การควบคุมการเรียนรู้ (Cognitive control) 3) การควบคุมการตัดสินใจ (Decision control) ซึ่งใช้ตัวใดตัวหนึ่งเป็นตัววัดก็ได้

2.2.4.3 การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นเครื่องมือพื้นฐานทางการดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการป้อนข้อมูลกลับที่แสดงโดยสัญญาณหรืออาการทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การป้อนกลับนี้ต้องมีการรวมข้อมูลป้อนกลับอื่นๆ ด้วยไม่ใช่เฉพาะทางชีวภาพ และข้อมูลป้อนกลับนี้จะต้องได้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับเหล่านี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรเป็นข้อมูลป้อนกลับที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปแค่ไหนแล้ว เพราะข้อมูลป้อนกลับนั้นถ้ามีความคลุมเครือก็ว่าจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.2.5 แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มีดังนี้

2.2.5.1 การเลือกเป้าหมาย (Goal selecting) บุคคลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การให้ข้อมูล การสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพ และความผาสุกเพิ่มขึ้น การตั้งเป้าหมายเป็นกิจกรรมที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลสุขภาพทางด้านสุขภาพ หลังจากการตั้งเป้าหมาย มีการอภิปราย การต่อรอง และสุดท้ายการพิจารณาตัดสินใจ

2.2.5.2 การรวบรวมข้อมูล (Information collection) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเองและการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การติดตามตนเองเป็นพื้นฐาน และมีความสำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย และเพื่อให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

2.2.5.3 การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Creer and Holroyd, as cited in Creer, 2000) ผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้ และประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้วสามารถตัดสินใจได้

2.2.5.4 การตัดสินใจ (Decision making) การตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยจัดเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำ และประเมินผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.2.5.5 การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่ผลต่อสุขภาพ เพื่อจัดการภาวะเรื้อรังทันที เช่น หาแหล่งช่วยเหลือ การวางแผน และแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การเสริมแรง (Reinforcement) การมีต้นแบบ (Modeling) เป็นต้น

2.2.5.6 การสะท้อนกลับ (Self -reaction) คือ การที่บุคคลประเมินความสามารถตนเองการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบพลวัตผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรัง ต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับในความสามารถ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการจัดการตนเอง การให้ความรู้ผู้ป่วยสิ่งจำเป็น โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ ความรู้ (Knowledge) เป็นสิ่งจำเป็นแต่ต้องสามารถผสมผสานเข้าสู่ทางเลือกของวิถีชีวิตได้ ความรู้ที่ช่วยผสมผสานการจัดการตนเองเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความเหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Connelly, 1987 as cited in Coates & Boore, 1995) จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของ Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin (1986) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Person factor) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral factor) ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ (Environmental-social factor) และปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factor) เนื่องจากทั้งทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมและแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองที่ครอบคลุมในทุกด้าน

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่พบว่าสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ของ Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin (1986) และแบ่ง

ปัจจัยของการจัดการตนเองออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา

2.3.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Personal factor) เป็นลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดการจัดการตนเอง ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

2.3.1.1 เพศ (Gender) เป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลและส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Pender, 1996) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่ของร่างกาย และสวัสดิภาพ (Orem, 2001) เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม และกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำมีผลต่อการรับรู้ โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัวเป็นผู้สืบสกุลจึงได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาในชั้นสูงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงมีความพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติให้ชีวิตปลอดภัย และเมื่อเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทในครอบครัวความสามารถในการทำกิจกรรม ถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่าเกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอจะเป็นผู้ตามมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย และไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนในการศึกษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงคาดว่าเป็นอะไรไม่มาก บางรายปล่อยให้การดำเนินโรครุนแรง และจากการศึกษาของ จันท์เพ็ญ ชูประพาพรรณ (2539) พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 -2 เท่า ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองและการดูแลทำไม่มีความแตกต่างกันในเพศหญิงและชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการกับตนเอง แต่จากการศึกษาของ McCabe และคณะ (2008) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดปกติ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันเรื่องเพศ คือ เพศหญิงที่สมรสแล้วจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ในเรื่องการใช้ยาละลายลิ่มเลือดสูงกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ Ponzio และคณะ (2006) พบว่า ความแตกต่างทางเพศในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลต่อการจัดการเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Misra และ Lager (2009) พบว่า ความแตกต่างทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองและตัวชี้วัด

คุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ คือ เพศหญิงจะมีความยุ่งยากและข้อจำกัดในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่า และจะมีเวลาว่างน้อยกว่าเพศชายในพฤติกรรมกาจัดการตนเอง

2.3.1.2 อายุ (Age) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด และพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541: 14) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001) และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย จากการศึกษาของ Methakanjanasak (2005) ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 41-60 ปี (46%) มีการจัดการกับตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง (2548) ผลการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 45-54 ปี (30.70) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในชีวิตมากขึ้น สามารถตัดสินใจเผชิญปัญหา จึงทำให้มีการรับรู้จุดจำอาการและอาการแสดงของโรค ในระดับความรุนแรงที่ยังสามารถควบคุมได้ ทำให้ระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาจัดการกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{r} = .19, P < .01$) (สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, 2549) และจากการศึกษาของ Weijman และคณะ (2005) ศึกษาลักษณะงานและปัจจัยส่วนบุคคลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองตามคำแนะนำของนักโภชนาการในทางบวก โดยเฉพาะผู้ป่วยชนิดที่ 1 ที่มักมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่คงที่สม่ำเสมอ

2.3.1.3 เชื้อชาติ และชาติพันธุ์ (Race and Ethnos) เป็นลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงแหล่งกำเนิดของตนเองว่ามาจากประเทศหรือเผ่าพันธุ์ใด จากการศึกษาของ Misra และ Lager (2009) ศึกษาความแตกต่างทางชาติพันธุ์ และเพศ ปัจจัยทางจิต และสังคมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างทางชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความยากลำบากในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดในการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ($P = 0.001$) การรับประทานอาหาร ($P = 0.01$) และการออกกำลังกาย ($P = 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชาว African-Americans จะมีความยากลำบากในการออกกำลังกายมากที่สุด ขณะที่

ชาว Non-Hispanic whites มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร และชาว Hispanics มีความยากลำบากในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ชาว Asian-Indians มีความยากลำบากในการออกกำลังกาย และการวัดระดับน้ำตาลในเลือดน้อยที่สุด ขณะที่ชาว African-Americans มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีค่ามากที่สุดในเรื่องการทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด (0.13) และต่ำสุดในเรื่องการเก็บประวัติการรักษา (0.02) พบนัยสำคัญในเรื่องความรุนแรงของโรค โดยชาว Hispanics มีการควบคุมโรคต่ำ (\bar{X} = 8.41%) ขณะที่ชาว Asian-Indians มีการควบคุมโรคได้ดี (\bar{X} = 6.8%) ความแตกต่างทางชาติพันธุ์ยังสัมพันธ์กับการยอมรับเรื่องการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในส่วนของ การรับรู้ และการป้องกัน ชาว Hispanics มองเรื่องการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่แย่มาก ขณะที่ Asian-Indians จะมองในเชิงบวก และจากการศึกษาของ Ponzio และคณะ (2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ชาย และหญิงชาวอิตาลี ผลการศึกษาพบว่า ส่วนมากเพศและอุปสรรคทางเชื้อชาติ วัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน และการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

2.3.1.4 รายได้ (Income) เป็นฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง และรายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้สูง ย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ด้วยเหตุนี้ รายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และคณะ (2007) ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางจิตสังคม การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเบาหวาน และผลกระทบอันเนื่องมาจากการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นคนผิวขาว และชาวแอฟริกัน จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ที่แตกต่างกันของชาวผิวขาว และชาวแอฟริกันมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ($\chi^2=22.0$, d.f. 2, $P<0.001$)

2.3.1.5 ระดับการศึกษา (Education) เป็นปัจจัยหนึ่งในการกำหนดการ จัดกับตัวเอง จากการศึกษาของจรรยา คนใหญ่ (2550) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง และการดูแลทำเป็นตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ดูแลทำเป็นพิเศษ ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับมัธยมมีการดูแลตนเอง และการดูแลทำดีกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล (2549) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\bar{r} = .23, P < .01$) คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ Weijman และคณะ (2005) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และบทบาทการทำงานของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูงจะมีแบบแผนการรับประทานอาหารที่เข้มงวดน้อย เพราะผู้ป่วยพวกนี้ไม่ได้มีการจำกัดในการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยพวกนี้จึงต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลบ่อย และปรับระดับอินซูลินบ่อย แพทย์จึงต้องมีการให้คำแนะนำแบบแผนการรับประทานอาหารที่เฉพาะกว่าผู้ป่วยมีระดับการศึกษาน้อย

2.3.1.6 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) ความรู้สึก
 มั่นใจในความสามารถของบุคคลหนึ่งที่จะบริหาร และจัดการเพื่อให้กิจกรรมนั้นๆ บรรลุผลสำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bundura, 1997; Bodenheimer et al., 2002) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง (Robinson et al., 2008) และจากการศึกษาของ Krichbaum และคณะ (2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weijman และคณะ (2005) พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โรคเบาหวานสามารถรักษาหรือควบคุมการดำเนินโรคได้จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้โรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ และการที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าโรคที่ตนเองเผชิญอยู่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามเรียนรู้ และปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างดีที่สุด ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าโรคนั้นๆ รักษาหรือควบคุมได้ยากอาจมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป หรือแสวงหาทางเลือกอื่นเพิ่มเติม (Methakanjanasak, 2005; สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, 2549) และจากการศึกษาของกาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 90 ราย พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{r} = .816,$

$p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.3.1.7 ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย (Health Belief) ความคิดเห็นของบุคคลที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วย และระบบความเชื่อนี้จะส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของสิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล (2549) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะสาเหตุการเป็นโรคเบาหวานว่าเกิดจากความโชคร้ายกรรมเก่าหรือการหลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.26$) และจากการศึกษาของ Dowson และคณะ (2004) ศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิต และความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยอาจจะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน

2.3.1.8 ประสบการณ์การเจ็บป่วย (experience)-ความรู้ที่เกิดจากการมีการเจ็บป่วยมาก่อน จากการศึกษาของชุตินธร เรียนแพง (2548) ศึกษาการจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มีเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี (45.50) จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้จากประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรค อาการที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงส่งผลให้มีการจัดการตนเองในระดับสูง และจากการศึกษาของ สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล (2549) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะสาเหตุการเป็นโรคเบาหวานว่าเกิดจากการดูแลรักษาที่ไม่ดีในอดีต ภาวะสาเหตุการเป็นโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์ ภาวะสาเหตุการเป็นเบาหวานว่าเกิดจากสรีรวิทยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .19$, $r = .28$, $r = .21$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Methakanjanasak (2005) ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .565$)

2.3.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factor) เป็นลักษณะที่บุคคลลงมือกระทำเอง ขณะเดียวกันการกระทำที่เกิดขึ้นมีผลกระทบและมีส่วนกำหนดความคิด และอารมณ์ของผู้อื่นด้วยเช่นกัน (นรลักษณ์ เข็อกิจ, 2550)

2.3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรืองดเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น จากการศึกษาของ Misra และ Lager (2009) ศึกษาความแตกต่างทางชาติพันธุ์ และเพศ กับปัจจัยทางจิต และสังคมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($\bar{r}=0.23$, $\bar{r}=-0.26$, $P<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Searle และคณะ (2007) ศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการควบคุมตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสำหรับกิจกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\bar{r}=0.26$, $\bar{r}=0.21$)

2.3.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ (Environmental – social factor) สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท

- 1) สภาพแวดล้อมทางสังคม คือ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง
- 2) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพดินฟ้าอากาศ เป็นต้น ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

2.3.3.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ และตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแล และใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร เพื่อน ญาติ แพทย์ และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; House, 1985) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง สมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน เช่น การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน การให้คำแนะนำหรือการช่วยเหลือเป็นอิสระในการซื้อของที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงกับโรคของผู้ป่วย (Illness-specific support) สามารถทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพได้มากกว่าการสนับสนุนโดยทั่วไป (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2551) จากการศึกษาของ ชูตินธร เรียนแพง

(2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส/บุตร (86.4%) จากผลดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยการที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวมีการจัดการกับตนเองที่ดี และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุขประเสริฐ (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ($r = .318$, $p < 0.1$) และหน้าที่ด้านจิตใจ และการสนับสนุนจากคนใกล้ชิดช่วยให้การจัดการตนเองดีขึ้น (Bodenheimer, et al., 2002; Dilorio et al., 2006) และจากการศึกษาของ Gallant (2003) ได้วิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งหมด 29 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 22 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพ 7 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Whittemore และคณะ (2005) ทำการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome การจัดการตนเอง และการปรับทางจิตสังคมในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.3.4 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factor) เป็นองค์ประกอบด้านกายภาพหลายๆ อย่าง ทั้งกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้นประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

2.3.4.1 ความรุนแรงของโรค (Severity) การดำเนินของโรคทางคลินิกที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความก้าวหน้าและการพยากรณ์โรค และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544: 96) จากการศึกษาของ ชุตินธร เรียงแพง (2548) ศึกษาการจัดการตนเอง และความพึงพอใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 69.30 มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย โดยการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกายตามปกติจะทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เหนื่อยหอบเล็กน้อย ทำให้การจัดการกับตนเองอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณญา ชิดชอบ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางมีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ponzio และคณะ (2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ชาย และหญิงชาวอิตาลี ผลการศึกษาพบว่า อาการ

ป่วยที่รุนแรงหรืออาการป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.4 บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลถือว่าเป็นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในกลไกการเกิดโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสามารถพัฒนาโปรแกรมมาใช้ทางคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีทักษะและประสบการณ์ สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากกรอบบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

2.4.1 บทบาทการให้ความรู้ (Health education) พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การที่ผู้ป่วยมีความรู้หรือได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ร่วมกับการฝึกทักษะจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ (Bourbeau et al., 2004)

2.4.2 บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้ เข้าใจ ยอมรับตนเอง และยอมรับปัญหาของตนเอง ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาปรับตัว และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้อง (อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย, 2549) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยอมรับที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.3 บทบาทเป็นผู้ดูแล (Care provider) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้น และให้การดูแล แก้ไขปัญหาที่อาจลุกลาม รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกหรือภาวะคับข้องใจ ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนการจัดกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2.4.4 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Collaborator) พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับผู้ป่วยในการใช้กระบวนการพยาบาลตามแผนสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมที่

เหมาะสม และปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง และพยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นที่ร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ประโยชน์สูงสุดจากการดูแล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 57)

2.4.5 บทบาทในการจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Effective management of rapidly changing situation) เนื่องจากภาวะโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องมีการควบคุมโรคตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการรักษาพยาบาลจึงต้องใช้ความสามารถในการจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพด้านการส่งเสริมและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ และตระหนักคุณค่าของตนเอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการควบคุมโรคให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเอง ทำให้รู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรคของตนเองได้ นอกจากนี้พยาบาลต้องเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับรู้ถึงข้อจำกัด และพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน ด้วยการให้ข้อมูลความรู้ และทักษะเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพรับสภาพความเจ็บป่วย ทำให้มีความหวังในการมีชีวิตรต่อไป (ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

2.4.6 บทบาทผู้วิจัย (Research) โดยการนำเอาผลงานวิจัยมาร่วมในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย และยังเป็นการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังของผู้ป่วยอีกด้วย

2.4.7 บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 2550) และครอบครัว มีผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้ประโยชน์สูงสุดจากการดูแล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 57)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งเป็นผู้ดูแล ผู้ให้คำปรึกษาทั้งในภาวะที่แบบแผนสุขภาพปกติ และผิดปกติ รวมทั้งเป็นผู้ให้ความรู้สอนทักษะการปฏิบัติต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพยาบาลควรมีความรู้พื้นฐาน และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละโรคอย่างเหมาะสม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic reviews) โดยอาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนกำหนดเป้าหมาย และขอบเขตไว้

อย่างชัดเจน สาเหตุที่ต้องมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเนื่องจากมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในปัญหาเดียวกัน แต่ให้ผลการวิจัยที่มีทั้งเป็นไปในทางเดียวกัน และขัดแย้งกัน ทำให้มีความยากลำบากในการตัดสินใจในการสรุปเป็นองค์ความรู้ และการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการทบทวนอย่างเป็นระบบแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Glass, McGaw and Smith, 1981; สมเกียรติ โภชสิทธิ์ รัตนา พันธุ์พานิช และโยธี ทองเป็นใหญ่, 2545) คือ

1. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพ (Qualitative systematic reviews) เป็นการทบทวน และการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้เชิงคุณลักษณะหรือเชิงบรรยายเนื้อหาโดยไม่ใช้สถิติเข้ามาเกี่ยวข้อง การทบทวนวิธีนี้มีโอกาสเกิดอคติในการสรุปผลได้สูงเนื่องจากผู้ทบทวนสรุปผลตามความเข้าใจ ความคิด และประสบการณ์

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ (Quantitative systematic reviews) เป็นการทบทวนโดยใช้วิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และการสังเคราะห์ผลการทบทวน ซึ่งงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณมี 3 วิธี ได้แก่ การนับคะแนนเสียงข้างมาก (Vote-counting method) การพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (Integrating significant test) และการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ซึ่งการวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการทบทวนผลการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัญหาเดียวกันโดยใช้วิธีการทางสถิติตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ทำการวิเคราะห์สรุปผลการวิจัยหรือการวิเคราะห์งานวิจัยโดยกระบวนการวิจัยหรือที่เรียกว่า การวิจัยงานวิจัย (Glass, McGaw and Smith, 1981)

การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่มีหลักการ และวิธีการเป็นแบบเดียวกับ การวิจัยทั่วไป เริ่มใช้ครั้งแรกในสาขาวิทยาศาสตร์การเกษตร และได้มีแนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์อภิมาน เริ่มต้นในราวปี ค.ศ. 1933 โดยระยะแรก Thorndike และ Gheselli (Thorndike, 1933; Gheselli, 1949 อ้างถึงใน ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเชิงความสัมพันธ์โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระยะต่อมา Cohen (1969) ได้เสนอวิธีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าขนาดอิทธิพลได้ถูกนำมาใช้เป็นดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมาน Glass, (1976) เป็นผู้วางพื้นฐานในการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้ค่าดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเรียกว่า ขนาดอิทธิพล และได้บัญญัติศัพท์คำว่า “meta-analysis” ซึ่งตรงกับศัพท์ภาษาไทยว่า “การวิเคราะห์อภิมาน” ขึ้นใช้ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 1976 โดยให้ความหมายว่าเป็นการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ (The analysis of analysis) หรือเป็นระเบียบวิธีการบูรณาการงานวิจัย (Research of researches)

3.1 ความหมายของการวิเคราะห์อภิมาน

ความหมายของการวิเคราะห์อภิมานมีหลากหลาย แตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ตามความหมายเดิมของ Glass (1976) การวิเคราะห์อภิมาน หมายถึง การวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (The analysis of analyses) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ข้อมูลสำหรับการสังเคราะห์ ได้แก่ ลักษณะการวิจัย (Research characteristics) และผลการวิจัย (Research outcomes) ต่อมา Glass, McGaw and Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่าการวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีทางสถิติในการวิเคราะห์อภิมาน ข้อมูลประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

Hunter and Schmidt (1990) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นกระบวนการวิเคราะห์สรุปผลรวมเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล และบรรยายด้วยวิธีทางสถิติ

Kulik and Kulik (1989) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีวิธีการวิเคราะห์สองลักษณะ ลักษณะแรก คือ การประมาณค่าดัชนีความสัมพันธ์ทั้งแบบที่เป็นการประมาณค่าด้วยวิธีทางสถิติ และการประมาณค่าโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรในงานวิจัย ลักษณะที่สอง คือ การรวมค่าดัชนีความสัมพันธ์ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับดัชนีความสัมพันธ์ที่ประมาณค่าได้

Rosenthal (1990) Hedges and Olkin (1985) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นแทนข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานแยกได้เป็น 3 แบบ แบบแรกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationship) แบบที่สอง เป็นการศึกษาค้นหาตัวแปรปรับ (Determining moderator variables) แบบที่สาม เป็นการศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม (Establishing relationships by aggregate analysis)

โดยหาค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแยกกลุ่มงานวิจัยตามตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

Burns and Grove (2001; 2005) ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิमानว่าเป็นวิธีการหาข้อสรุปจากผลงานวิจัยจากงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปรากฏการณ์เดียวกัน ด้วยวิธีทางสถิติเฉพาะอย่างจากค่าสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่อง

Polit and Beck (2006) ให้ความหมายว่าการวิเคราะห์อภิमान เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นความรู้ใหม่ โดยม้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยในการวิจัย

อุทุมพร ทองอุไทย (2531: 4) ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิमान ว่าเป็นการวิเคราะห์เพื่อผสมผสานผลการวิเคราะห์ของงานวิจัยที่เสร็จแล้วเข้าด้วยกันด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์ เพื่อให้ได้คำตอบใหม่ที่ยังไม่มีใครค้นพบมาก่อน

รัตนะ บัวสนธิ์ (2534) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิमान เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณประเภทหนึ่งที่ใช้วิธีการที่มีระบบ ให้หลักการและระเบียบวิธีการทางสถิติเพื่อหาคำตอบสรุปให้กับงานวิจัยเชิงปริมาณที่มีผู้ทำการวิจัยหลายคนในเรื่องเดียวกัน มีลักษณะปัญหาการวิจัยคล้ายกัน แต่อาจใช้กลุ่มตัวอย่าง วิธีการทางสถิติวิเคราะห์หรือตัวแปรบางตัวต่างกัน

กรองไต่ อุณหสูติ (2539: 3) ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิमानว่า เป็นกรรมวิธีศึกษาโดยการรวบรวมข้อเท็จจริงจากงานวิจัยที่มีผู้วิจัยศึกษาไว้แล้วมาวิเคราะห์ โดยการสร้างดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วจึงนำไปสังเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติอย่างเป็นระบบ

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542: 44) ให้ความหมายว่าของการวิเคราะห์อภิमानว่า เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่งโดยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกัน มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวาง และลุ่มลึก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิमान เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยการใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยการวิเคราะห์ ผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจะถูกปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกันและนำมาเป็นตัวแปรตามในการสังเคราะห์งานวิจัย ส่วนตัวแปรอิสระคือคุณลักษณะงานวิจัย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และการตรวจสอบ

ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ (Moderator variables) ซึ่งได้แก่ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

3.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Glass, McGaw and Smith (1987) ได้สรุปคุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้ดังนี้

3.2.1 การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ตัวเลขและวิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล ประชากรที่ศึกษา คือ งานวิจัย ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะงานวิจัย ตัวแปรตาม คือ ผลการวิจัยซึ่งปรับให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐาน ที่เรียกว่า ค่าขนาดอิทธิพล

3.2.2 การวิเคราะห์ห่อภิมาณช่วยให้ได้มาซึ่งข้อสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยไม่ได้ตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ เพราะเชื่อว่าแม้งานวิจัยจะไม่มีคุณสมบัติในบางอย่าง แต่อาจมีคุณค่าต่อข้อค้นพบในการวิเคราะห์ ส่วนสำคัญของ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ อีกส่วนหนึ่ง คือ การบันทึกจุดอ่อนของระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การออกแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดการกระทำกับตัวแปร เนื้อหางานวิจัย และผลลัพธ์ที่ได้ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้น คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพงานวิจัย จึงถูกนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ในภายหลัง

3.2.3 การวิเคราะห์ห่อภิมาณมุ่งแสวงหาข้อสรุปที่มีนัยทั่วไป (General conclusions) ในประเด็นที่ต้องการ ข้อสรุปนั้นหมายถึง ผลของตัวแปรจัดการกระทำที่มีผลต่อตัวแปรตามในปริมาณที่ชัดเจนว่ามากหรือน้อยเพียงใดในรูปของการประมาณค่าขนาดอิทธิพล

3.2.4 การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร และเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ ซึ่งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะที่เหมือนกันทุกๆ ด้าน เพราะในทางปฏิบัติจริงไม่สามารถหางานวิจัยที่เหมือนกันทุกด้านได้ และหากเป็นงานวิจัยที่เหมือนกันในทุกด้านย่อมให้ผลการวิจัยที่ไม่แตกต่างกัน ควรทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยที่เหมือนกันในบางด้านเท่านั้น ได้แก่ ระเบียบวิธีวิจัย เพื่อช่วยให้สามารถวิเคราะห์ประเด็นที่แตกต่างกันของงานวิจัย และบอกได้ว่ามีความแตกต่างกันนั้นมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยหรือไม่ จากขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสถิติ

นอกจากนี้ นงลักษณ์ วิวัชชัย (2542) ได้อธิบายลักษณะที่แตกต่างของการวิเคราะห์อภิमानกับการปริทัศน์แบบพรรณนา หลักการปริทัศน์แบบพรรณนาเป็นการศึกษางานวิจัยอย่างพินิจพิเคราะห์ แล้วนำข้อสรุปจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมาจัดหมวดหมู่ เพื่อเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่าง และหาคำอธิบายถึงที่มาของงานวิจัยนั้นๆ สรุปได้ 5 ประการ ดังนี้

1. ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิमान คือ ผลการวิจัยและคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ การนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยต้องครอบคลุมนิยามตัวแปรจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง และมีความชัดเจนว่า ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยแต่ละเรื่องเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าให้คำนิยามที่มีขอบเขตแคบมากจะได้งานวิจัยจำนวนน้อย และสรุปผลได้ไม่กว้างขวาง แต่ถ้าคำนิยามขอบเขตกว้างเกินไป จะได้งานวิจัยที่มาสังเคราะห์เป็นจำนวนมาก และผลการวิจัยที่หลากหลายทำให้เกิดการสังเคราะห์ที่ซับซ้อนขึ้นด้วย

2. การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิमान ต้องมีการสร้างเครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่สำคัญ คือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ และในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยทีมงาน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลแต่ละคนด้วย

3. ในการวิเคราะห์ข้อมูล ต้องนำผลการวิจัยแต่ละเรื่องมาประมาณค่าสถิติที่มีหน่วยเป็นมาตรฐานหรือดัชนีมาตรฐานก่อน ค่าดัชนีมาตรฐานที่สำคัญ คือ ขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งเป็นค่าสถิติบอกถึงปริมาณผลของตัวแปรจัดกระทำ (Treatment) ที่มีต่อตัวแปรตามในการวิจัยเชิงทดลอง ดัชนีที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ซึ่งบอกขนาดของความแปรผันร่วมกันระหว่างตัวแปรสองตัวในการวิจัยเชิงสัมพันธ์ และนำผลการวิจัยทั้งแบบวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์มาสังเคราะห์ร่วมกันได้

4. แบบแผนการวิจัยหรือแบบการวิจัย (Research design) เป็นแบบการวิจัยเชิงสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการอธิบายความแตกต่างของปรากฏการณ์ ต้องสำรวจรายงานการวิจัยแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่จะใช้เป็นตัวแปรต้นหรือตัวแปรปรับในการอธิบายความแตกต่างของดัชนีมาตรฐาน

5. หลักสำคัญของกาวิเคราะห์อภิमानอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาในงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีค่าเป็นเท่าไรในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการวิเคราะห์อภิमानให้ผลการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากกว่าผลการวิจัยเดิม

3.3 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีรูปแบบแตกต่างกัน 6 วิธี ดังนี้ (ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2536; นางลักษณ วิรัชชัย และสุวิมลว่องวานิช, 2541; นางลักษณ วิรัชชัย, 2542; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

3.3.1 วิธีของ Rosenthal (Rosenthal, 1991) เป็นลักษณะสำคัญ คือ การนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการสังเคราะห์ และกำหนดสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้สูตรการประมาณค่าตามแนวคิดของ Cohen (1977)

3.3.2 วิธีของ Glass (Glass, McGaw., & Smith, 1981) เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองรวมกับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์จุดเด่นของวิธีนี้สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) มีสูตรในการประมาณค่าอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองที่แตกต่างกัน 2) มีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสหสัมพันธ์แบบอื่นๆ เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 3) มีสูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบ คือ สูตรประมาณค่าจากสถิติโดยตรง และสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ

3.3.3 วิธีของ Hunter (Hunter and Schmidt, 1991) เป็นวิธีการที่เน้นการวิจัยเชิงสัมพันธ์มากกว่าการวิจัยเชิงทดลอง ใช้หลักปรับแก้เพื่อลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของดัชนีมาตรฐาน จุดเด่นของวิธีนี้ สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) สามารถตรวจสอบความคลาดเคลื่อนได้ 2) ใช้กับการวิจัยเพื่อสรุปนัยทั่วไปของความตรงได้เป็นอย่างดี 3) สามารถสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนน้อยได้ แม้จะมีการศึกษาปัญหาเดียวกันเพียง 3-4 เรื่อง

3.3.4 วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) ใช้แนวคิดการประมาณค่าของ Cohen (1977) แต่วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อน แต่ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.3.5 วิธีของ Slavin (1986) เน้นความสำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูง เป็นการสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุดแต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์

3.3.6 วิธีของ Mullen (1989) เป็นวิธีการที่ได้รับการพัฒนาน่าสนใจ จุดเด่น คือ มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยตรง ซึ่งโปรแกรม

สามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน และทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้

3.4 หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณนับเป็นการวิจัยประเภทหนึ่งซึ่งมีหลักการและกระบวนการในลักษณะเดียวกันกับการวิจัยโดยทั่วไป สรุปได้ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 62)

3.4.1 จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ อธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวแปรตาม

3.4.2 ลักษณะประเภทตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตัวแปรตาม คือ ดัชนีมาตรฐาน ส่วนตัวแปรต้นคือ คุณลักษณะการวิจัย ซึ่งบางส่วนจะถูกนำมาใช้เป็นตัวแปรปรับในขั้นตอนการวิเคราะห์ และคุณลักษณะการวิจัยส่วนที่เหลือจะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน

3.4.3 การวางแผนการวิจัย ให้หลักการควบคุมความแปรปรวน (Control of variance) ตามหลักการวิจัย เช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงบรรยาย คือ เพิ่มความแปรปรวนระบบให้มีค่าสูงสุด ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนให้มิต่ำน้อยที่สุด และควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ (Max-Min-Con) โดยการนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษา (Inclusion) แล้วควบคุมด้วยวิธีการทางสถิติ (Statistic control)

3.5 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analytic process)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนเช่นเดียวกับการดำเนินงานวิจัยทั่วไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย และ สุวิมล ว่องวาณิช, 2541; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545; Glass, McGaw, and Smith, 1981; Hunter, Schmidt, and Jackson, 1982; Rosenthal and Rosnow, 1991; Likitratcharoen, 2000) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

การกำหนดปัญหาการวิจัยของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีลักษณะเช่นเดียวกับปัญหาการวิจัยทั่วไป เพราะปัญหาการวิจัยจะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และมีลักษณะที่แตกต่างจากงานวิจัยทั่วไป เนื่องจากการกำหนดปัญหาจะได้มาจากการสำรวจงานวิจัยเบื้องต้นในหัวข้อที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย นอกจากนี้ยังต้องมีการระบุความเป็นมา และความสำคัญ

ของปัญหาเช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป โดยจุดมุ่งหมายของการกำหนดปัญหาการวิจัยของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ การกำหนดปัญหาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของปัญหา ที่เป็นปัญหาหลัก 3 เรื่อง ได้แก่ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1. ค่าแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางของดัชนีมาตรฐานหรือการหาคำตอบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดหมายจากงานวิจัยที่นำมาศึกษานั้น มีความสัมพันธ์อย่างไรกับสิ่งที่ต้องการศึกษา (ตัวแปรตาม) และมีขนาดเท่าไร

2. ความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานหรือการหาคำตอบจากค่าความสัมพันธ์ที่ได้จากผลการวิจัยแต่ละเรื่องว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

3. ลักษณะหรือสิ่งใดอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นได้ หมายถึง การหาคำตอบว่าผลการวิจัยที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาศึกษาอย่างไร การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการวิเคราะห์ปัญหาวิจัย เพื่อตัดสินใจว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีวัตถุประสงค์ที่จะตอบปัญหาการวิจัยในประเด็นใด

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ การสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้ง หรือมีจำนวนมากเพื่อให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ และได้ข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขที่สามารถนำไปกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 : การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเป็นขั้นตอนของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ เพื่อให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับระดับขององค์ความรู้ที่มีอยู่ และทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาที่จะนำมาซึ่งกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ โดยต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน และไม่นิยมใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพราะจะเป็นงานซ้ำซ้อนกับงานวิจัยที่จะใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในการทบทวนวรรณกรรมนั้นโดยใช้หลักเหมือนการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยทั่วไป

ขั้นตอนที่ 3 : การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 การสำรวจและรวบรวมงานวิจัย ต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยที่ต้องการเพื่อให้ได้งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาลักษณะเดียวกัน Mullen (1989) ให้แนวทางในการสืบค้น

ไว้ 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 (Decadency)

จากทั้ง 6 แนวทางพบว่าวิธีการสืบค้นย้อนหลังและการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมาก การสืบค้นส่วนใหญ่จะได้แหล่งรายการอ้างอิง และบทความเพื่อให้สามารถสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็มต่อไป และในระยะหลังการสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ออนไลน์สามารถค้นได้เอกสารงานวิจัยฉบับเต็มได้ด้วย

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

3.2.1 การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ วิธีนี้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ครอบคลุม แต่จะเสียเวลา และงานวิจัยบางส่วนที่ไม่มีคุณภาพอาจมีปัญหาในการสังเคราะห์

3.2.2 การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัย วิธีนี้นักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัยแล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น

3.2.3 การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการพิมพ์เผยแพร่สำหรับวิธีนี้แม้ว่าจะเชื่อมั่นได้ว่า ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพแต่ก็อาจเกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้ เพราะงานวิจัยที่ไม่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่มักจะให้ผลการวิจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.4 การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการประเมินจากนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Slavin (1987) ผู้บัญญัติศัพท์ คำว่า การสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุด (Best –evidence synthesis) แต่ Glass, McGaw and Smith (1981) ไม่เห็นด้วยโดยแย้งว่า งานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในการวิจัยสำหรับประเด็นเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนงานวิจัยที่เหมาะสมที่จะนำมาสังเคราะห์ ต้องพิจารณาจากประชากรงานวิจัยทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าใด มีผลการวิจัยที่แตกต่างกันหลากหลายหรือคล้ายคลึงกัน สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยมาทำการวิเคราะห์หรือเลือกโดยสุ่มหรือจะเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกให้ชัดเจนตามที่ต้องการ

3.3 การสร้างเครื่องมือวิจัยเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณทุกประเภท มีเพียง 2 แบบ คือ

3.3.1 แบบสรุปและบันทึกข้อมูลงานวิจัย เพื่อพิจารณารายละเอียดของงานวิจัยว่ามีค่าสถิติเพื่อการวิเคราะห์ห่อภิมาณหรือไม่ (อุทุมพร ทองอุไทย, 2531) โดยจัดทำเป็นตารางหรือคำถามปลายเปิดหรือปลายปิดก็ได้

3.3.2 แบบประเมินงานวิจัย นิยมสร้างเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยมีข้อความแบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่องและปัญหาการวิจัยใช้วิธีสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลักการในการสร้างแบบสอบถามเป็นแบบเดียวกันกับการสร้างแบบสอบถามทั่วไป กล่าวคือ ต้องมีการกำหนดขอบข่ายข้อมูลที่ต้องการรวบรวมก่อน ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณมี 3 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นผลการวิจัยซึ่งวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปดัชนี เช่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ส่วนที่สอง เป็นคุณลักษณะของรายงานวิจัยด้านแบบแผนการวิจัย ส่วนที่สาม เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบและการจัดพิมพ์รายงาน เมื่อได้ขอบข่ายข้อมูลแล้วจึงสร้างแบบบันทึกให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการและกำหนดรหัสสำหรับตัวแปรจากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5-10 เรื่อง และมีการปรับปรุงแบบเครื่องมือจนกว่าจะลงตัวใช้งานได้จริง ในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลหลายคน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลด้วย

3.4 การบันทึกข้อมูล ขั้นตอนนี้ คือ การบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกผลการวิจัยโดยต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานถ้าในทางปฏิบัติมีรายงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยหลากหลาย และรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw and Smith (1981) ได้นำเสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่องโดยนำเสนอวิธีการประมาณค่าสองวิธี คือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การตรวจสอบลักษณะของการแจกแจงตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าของขนาดอิทธิพล หลักการสำคัญ คือ การวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่งวัดในรูปดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่าง

ก็จะสามารถสรุปผลการวิจัยเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ แต่ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่างหรือความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานเกิดขึ้นเนื่องมาจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ครอบคลุมงานสำคัญ 3 งาน คือ

4.1 การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ได้แก่ การสร้างไฟล์ข้อมูล และการตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดมีค่าขาดหาย (missing) บ้าง ถ้ามีค่าขาดหายมากต้องตรวจสอบว่าการขาดหายเกิดขึ้นโดยการสุ่มหรือมีระบบรวมทั้งการพิจารณาประมาณค่าการขาดหาย

4.2 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปรและการตรวจสอบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์หรือไม่อย่างไร

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัยซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่งวัดในรูปของดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันนักวิจัยจะสามารถสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่าง คือ ความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องมาจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้อาจทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีการบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ สถิติวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอย และการวิเคราะห์พหุระดับหลักสำคัญในการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยประกอบด้วยการรวมค่า (Combination) ดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยในกรณีที่มีความแปรปรวนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบ (Comparison) ค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยในกรณีที่มีความแปรปรวนมีนัยสำคัญทางสถิติ จุดมุ่งหมายของการเปรียบเทียบ คือ การวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานด้วยตัวแปรปรับ (Moderator variables) เพื่อให้ทราบถึงเงื่อนไขและปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw and Smith (1981) เนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยประเภทสหสัมพันธ์ที่

ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง ซึ่งมีสูตรในการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้จริง

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและนำเสนอรายงาน

การสรุปผลการวิเคราะห์ ต้องมีการอภิปรายเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีต และความรู้ทางทฤษฎี ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เชิงวิชาการ ผลการวิเคราะห์อภิปรายต้องให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งกว้างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในแต่ละเรื่อง และข้อเสนอแนะต้องมีความกว้างทั่วไปมากกว่างานวิจัยปกติสำหรับการจัดทำรายงานมีลักษณะเหมือนกับรายงานวิจัยโดยทั่วไป สิ่งที่แตกต่าง คือ การวิเคราะห์อภิปรายจะมีบรรณานุกรมแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นบรรณานุกรมสำหรับรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

3.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์อภิปราย

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีทางสถิติวิเคราะห์ เป็นการพยายามที่จะพัฒนาวิธีการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณให้มีระบบและมีความเป็นปรนัยมากขึ้น โดยการสร้างดัชนีมาตรฐาน (Standard indices) จากค่าสถิติที่มีอยู่แล้วของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาบอกค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) ต้องมีการแปลงค่าข้อมูลทางสถิติหรือข้อค้นพบ ให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผล และสรุปด้วยวิธีการวิเคราะห์ต่างๆ ต่อไป ดัชนีมาตรฐานที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 3 แบบ คือ

3.6.1 ขนาดอิทธิพล (Effect size) หมายถึง ค่าขนาดหรือปริมาณผลของตัวแปรต้นหรือตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม ซึ่งพัฒนาสูตรคำนวณโดย Cohen (1977) กำหนดว่าขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม และต่อมามีการพัฒนาสูตรโดย Glass, McGaw and Smith (1981) โดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมแทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลสามารถทำได้หลายวิธีตามคุณลักษณะของงานวิจัย

3.6.2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เป็นดัชนีมาตรฐานที่บ่งบอกถึงขนาด และทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ จะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3.6.3 การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีบอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติ เป็นการวิเคราะห์ขั้นต้นโดยพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียกว่า วิธีแจงนับจำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป จุดอ่อนของการใช้วิธีนี้คือ ไม่ได้คำนึงถึงลักษณะงานวิจัย โดยเฉพาะขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละงานวิจัย นอกจากนี้ยังไม่สามารถอธิบายถึงขนาด และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ อาจเลือกใช้วิธีการสังเคราะห์ความน่าจะเป็นของค่าสถิติ แล้วทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแทนการแจงนับ (Hunter and Schmidt, 1990 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) แม้ว่าดัชนีมาตรฐานจะได้รับการสร้างและพัฒนาขึ้นมาหลายชนิดแต่ที่ได้รับความนิยมในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ดัชนีขนาดอิทธิพล และดัชนีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพราะว่าดัชนีทั้งสองชนิดนี้ไม่มีหน่วยและมีระดับการวัดถึงระดับอันตรภาค (Hunter and Schmidt, 1990 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

3.7 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

จากคุณลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ที่มีความแตกต่างจากการวิเคราะห์ โดยทั่วไป ได้มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้หลายท่าน (นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545; Hunter and Schmidt, 1991; Hunt, 1997) พอสรุปได้ดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ห่อภิมาณสามารถสรุปผลที่ได้จากข้อมูลหรือสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยโดยตรงในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่สนใจได้อย่างถูกต้อง และเชื่อถือได้ เพราะมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นระบบและใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้ ในขณะที่การสังเคราะห์งานวิจัยประเภทพรรณนาใช้วิธีการที่ค่อนข้างเป็นอัตนัยจึงมีความแตกต่างระหว่างงานวิจัยแต่ละคน

3.7.2 เป็นประโยชน์ในการทำรายงานหรือการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพราะการวิเคราะห์ห่อภิมาณจะช่วยชี้ให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายในแง่มุมต่างๆของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และชี้แนะให้เห็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.7.3 ในกรณีที่มีงานวิจัยบางเรื่องให้ผลการวิจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีกระบวนการตรวจสอบสาเหตุที่ทำให้งานวิจัยเหล่านั้นมีผลการวิจัยแตกต่างจากเรื่องอื่น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในแง่มุมใหม่ๆ ต่อไป

3.7.4 การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไข โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ (Moderator variable) กับผลงานวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ข้อค้นพบส่วนนี้จะหาไม่ได้จากงานวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว

3.7.5 มีความสำคัญในการพัฒนาทฤษฎี (Brown, 1991: 352) เพราะข้อค้นพบที่กว้างขวางทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตความรู้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

3.7.6 การวิเคราะห์อภิमानสามารถนำงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการตัดสินผลของโปรแกรม ต่อผลลัพธ์ที่ต้องการวัด ด้วยนัยสำคัญทางสถิติ

3.7.7 สามารถหาคำตอบของปัญหาที่สนใจโดยไม่ต้องลงมือทำการวิจัยซึ่งประหยัดค่าใช้จ่ายกำลังคนและทรัพยากรได้อย่างมาก

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

ชุตินธร เรียนแพง (2548) ศึกษาการจัดการตนเอง และความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการจัดการตนเองใช้แนวคิดของ Riegel, Carlson, and Glaser (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย โดยใช้แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของรีเกล คาร์สัน และเกลเซอร์ และแบบประเมินความผาสุกของแคนทริล ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.50 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 27.30 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 10.20 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในแต่ละอาการพบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยขณะมีกิจกรรม (ร้อยละ 100) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 90.91) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการใจสั่น (ร้อยละ 89.77) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยขณะนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.05) และอาการที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเท้าบวม (ร้อยละ 39.77) และการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว (ร้อยละ 10.23)

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.90 มีความผาสุกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.90 มีความผาสุกอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 10.20 มีความผาสุกอยู่ในระดับต่ำ

3. การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{r} = .348, p < .01$)

สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ทฤษฎีการใช้สามัญสำนึก (Common sense model) ของ Leventhal และคณะ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา จำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง คือ การมีความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาโรคเบาหวานได้ การมีภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวานจากกรรมพันธุ์ การมีภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวานจากสรีรวิทยา การมีภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวานจากความเชื่อเรื่องความโชคร้าย กรรมเก่า หรือการหลบหลีกสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อาชีพ และการมีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 27.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัชชา ภิรมย์ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยการวิเคราะห์ห่อภิมาน ผลการศึกษาพบว่า

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (80.00%) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทั้งหมด ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในปี 2550 (40.00%) เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยง (55.36%) คุณภาพโดยรวมของงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (88.00%) โดยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (44.00%) การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ การจัดการตนเองด้านพฤติกรรม (32.20%) โดยส่วนใหญ่เน้นการฝึกทักษะในการปฏิบัติ ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ ด้านร่างกาย (41.40%)

2. ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ($d = 21.11$) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านองค์รวม ให้ค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด ($d = 0.90$) ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกตามรายโรค ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ($d = 4.02$) โรคปวดหลังส่วนล่างมีค่าอิทธิพลขนาดเล็กที่สุด ($d = 0.23$)

3. คุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระการวิจัยส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.30$)

กาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 90 ราย โดยใช้แบบตรวจสอบทางสติปัญญา แบบประเมินการรับรู้ภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{r} = .213, p < .05, \bar{r} = .816, p < .01, \bar{r} = .318, p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Haobin (2000) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของ Bandura (1977) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ

โรงพยาบาลกัณจน แห่งมณฑลเซียงไฮ้ จำนวน 60 ราย เครื่องมือใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง
2. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก
3. มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\bar{r}=.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายได้ พบว่า ในแต่ละด้านของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแต่ละด้านของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาตรวจตามนัด ($\bar{r}=.42$, $p<.01$) การรับประทานอาหาร ($\bar{r}=.31$, $p<.05$) การจับชีพจรและการสังเกตอาการผิดปกติ ($\bar{r}=.40$, $p<.01$) การออกกำลังกาย ($\bar{r}=.55$, $p<.01$) การรับประทานอาหาร ($\bar{r}=.52$, $p<.01$) การงดบุหรี่ ($\bar{r}=.86$, $p<.01$) และการจัดการความเครียด ($\bar{r}=.44$, $p<.01$)

Changming (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1980, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 100 ราย เครื่องมือวิจัย การรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อาการนำอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ การสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูงและการจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนข้างต่ำ การรับรู้อาการนำสามารถอธิบายความแปรปรวนการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 14.7 ($p < 0.05$) และการรับรู้อาการนำกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 29.4 ($p < 0.05$)

Methakanjanasak (2005) ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้ทฤษฎีภาพสะท้อนแห่งความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness representation) ของ Leventhal และคณะ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ณ แผนกไตและไตเทียม 6 แห่ง ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเอง ส่วนโรคร่วม (Co morbidity) และลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) มีผลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเอง ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 56 โดยสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .425, p < .001$) เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดตามมาด้วยโรคร่วม ($\beta = -.263, p < .001$) และลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ($\beta = -.226, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายน้อยที่สุด ($\beta = .200, p < .01$) โดยอายุและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายสมรรถนะแห่งตนได้ร้อยละ 28

2. คุณภาพชีวิตในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเอง ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ความเชื่อว่าการเจ็บป่วยสามารถควบคุม และรักษาได้ความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย และอายุ ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 54 โดยอายุมีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = -.264, p < .001$) ตามมาด้วยลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ($\beta = -.261, p < .001$) และความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ($\beta = -.235, p < .01$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสามารถทำนายได้โดยลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ผลที่ตามมาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และอายุ ปัจจัยทั้งสี่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 52 ผลที่ตามมาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ($\beta = -.439, p < .001$) เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดตามมาด้วยลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ($\beta = -.261, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .212, p < .01$)

Glesson-Kreig และคณะ (2002) ศึกษาเรื่องบทบาทการให้ความช่วยเหลือทางสังคมเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาว Hispanic กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ชาว Hispanic ที่ได้รับการฉีดอินซูลินในการรักษา จำนวน 95 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. สมาชิกในครอบครัว คือ แหล่งการให้ความช่วยเหลือที่พบมากที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้ 94% ของกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าสมาชิกในครอบครัว คือ แหล่งการให้ความช่วยเหลือที่สำคัญ โดยที่บุตรของผู้ป่วยนั้น คือ แหล่งให้ความช่วยเหลือแรก สำหรับผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพัง และไม่มีผู้เชี่ยวชาญคอยให้การช่วยเหลือนั้น พบว่า 47% รับการช่วยเหลือจากภายนอก ได้แก่ เพื่อน (37.9%) และเพื่อนบ้านหรือผู้ร่วมงาน (22.1%) กลุ่มตัวอย่างประเภทนี้มักจะมีอายุไม่มากนัก ($t = -2.025, p=0.046$)

2. รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือที่ต้องการกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมักจะต้องการความช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้าน ($r = 0.275, P = 0.011$) กลุ่มตัวอย่างที่สามารถคิดเงินชดเชยเองได้พบว่ามีความสำคัญกับความต้องการรับความช่วยเหลือที่ไม่มากนัก (ส่วนมากจะทำอะไรด้วยตนเองมากกว่ารับความช่วยเหลือจากผู้อื่น) ($t = -4.644, p = 0.000$) และมักจะมีอายุน้อยกว่า ($t = -2.235, p = 0.028$) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องเพศ

Dowson และคณะ (2004) ศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิต และความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษาลักษณะทางจิตที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 47 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD-SMI) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับอาการทางจิต ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย และพฤติกรรมจัดการตนเอง ผลการสัมภาษณ์จะเป็นคะแนนในด้านความรู้ และการปฏิบัติตนของแต่ละส่วน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายจำนวน 47 ราย ในจำนวนนี้มี 39 ราย ให้ความร่วมมือ 41% มีอาการกลัว (Panic attack) 33% วิตกกังวล (General anxiety) 35% มีประวัติหุดหู่ (Depression history) 31% มีประวัติวิตกกังวล (Anxiety history), และ 21% มีประวัติติดสุรา (Alcohol dependence history) ผู้ป่วย 26 ราย (67%) มีแผนการจัดการตนเอง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น คะแนนด้านความรู้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์จะสัมพันธ์กับการมีประวัติติดสุรา ($P = 0.025$) การไม่มีอาการตื่นกลัว ($P = 0.021$) และเพศชาย ($P = 0.028$) ผู้ที่เชื่อว่าไม่สามารถเอาชนะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีค่าคะแนนด้านการปฏิบัติต่ำ ($P = 0.01$) และในช่วงเริ่มต้นของภาวะความรุนแรง (Early exacerbation) ค่าคะแนนด้านความรู้ที่ต่ำกว่าในช่วงเริ่มต้นของภาวะความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการไม่ตื่นกลัว ($P = 0.01$) และการไม่มีแผนการจัดการตนเอง

Curtin และคณะ (2004) ศึกษาการจัดการตนเอง ความรู้ หน้าที่และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 372 ราย ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยขณะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลรักษา ($p = 0.045$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติทางด้านร่างกาย สำหรับการเลือกจัดการอาการ ($p = 0.003$) ไม่ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ($p = 0.029$) และมีการจัดการที่ดี ($p = 0.014$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับปฏิบัติทางด้านจิตใจ นอกจากนั้นพบว่ามีสามรายการของ

ดัชนีการจัดการตนเองที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญได้แก่ คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล การหาข้อมูล และการใช้ทางเลือกอื่นในการดูแลรักษา

Whittemore และคณะ (2005) ศึกษาเรื่องการควบคุมเมตาบอลิซึม การจัดการตนเอง และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีโรคเบาหวาน จำนวน 53 ราย ผลการศึกษาพบว่า การควบคุม metabolic การจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และสภาวะความเครียด มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงประสบความสำเร็จมากกว่าเกี่ยวกับเป้าหมายที่เหมาะสมในการออกกำลังกายมากกว่ากิจกรรมทางด้านร่างกายอื่นๆ และการที่ผู้หญิงจะมีการออกกำลังกายมากขึ้นต่อเดือนทำให้สามารถควบคุมเมตาบอลิซึมได้ดี ($r = .25$, $p = .001$) ส่งผลให้ผู้หญิงมีสุขภาพดีขึ้นและเกิดความมั่นใจในการจะอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน

Weijman และคณะ (2005) ศึกษาบทบาทการทำงาน และปัจจัยส่วนบุคคลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ลูกจ้างแรงงานผู้รับการรักษาโดยใช้อินซูลิน จำนวน 292 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ลูกจ้างแรงงานที่ทำงานหนักมีแนวโน้มที่ยอมรับว่าการฉีดอินซูลินนั้นเป็นภาระ นอกจากนี้ระดับการช่วยเหลือทางสังคมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่จะมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ขณะเดียวกันจากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทำให้ทราบว่าลักษณะการหลบเลี่ยงการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการทดสอบระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่บ่อยนัก และการมีความเชื่อที่ว่า การทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด คือ ภาระ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ไม่ดีนักมีแนวโน้มที่จะยอมรับว่ากิจกรรมการดูแลตนเอง คือ ภาระ จากผลการวิจัยนี้อาจสื่อได้ว่าการจะมีสุขภาพที่ดีได้ก็ต่อเมื่อปรึกษากับคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

Dilorio และคณะ (2006) ศึกษาปัจจัยทางด้านพฤติกรรม สังคม และอารมณ์มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้แบบจำลอง (Self-efficacy) ของ Bandura เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 317 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Epilepsy Self-Efficacy Scale, Personal Resource Questionnaire 85 Part 2 (PRQ85-2), Epilepsy Regimen Specific Support Scale, Epilepsy Patient Satisfaction Questionnaire-III (PSQ), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และสัมภาษณ์ถึง 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่มี

ความพึงพอใจในการรับบริการทางการแพทย์มักจะมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองสูง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า แพทย์มีส่วนสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการจัดการโรค epilepsy

Ponzo และคณะ (2006) ศึกษาเรื่อง เพศ เชื้อชาติวัฒนธรรม และจิตสังคมเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของชาวอิตาลีทั้งชาย และหญิงที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองในโรคเบาหวานด้านอาการซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ($\bar{r}=.45$, $p<.001$) และอุปสรรคทางด้านเพศและเชื้อชาติวัฒนธรรม ($\bar{r}=.44$, $p<.001$) และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้น ($\bar{r}=.67$, $p<.001$)

Tang และคณะ (2007) ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางจิตสังคม การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเบาหวาน และผลกระทบอันเนื่องมาจากการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นคนผิวขาว และชาวแอฟริกัน จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. มีความแตกต่างทางด้านระดับการศึกษา ($\chi^2=.564$, $df 1$, $P=0.018$) รายได้ ($\chi^2=22.0$, $df 2$, $P<0.001$) และการประกันสังคม ($\chi^2=26.2$, $df 1$, $P<0.001$) 23% ของผู้ป่วยเป็นคนผิวดำมีการศึกษาไม่จบมัธยมปลาย และมีรายได้ต่ำ และ 32% ที่ไม่มีประกันสังคม

2. ไม่มีความแตกต่างกันทางด้านเพศ และสถานภาพในการแต่งงาน จำนวนปีที่เป็นโรคของผู้ป่วยทั้งคนผิวขาว และชาวแอฟริกัน

3. ชาวแอฟริกันจะมีความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

Brody และคณะ (2008) ศึกษาเรื่อง กลไกทางจิตวิทยา การจัดการตนเอง และการควบคุม Glycemic ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวแอฟริกันวัยผู้ใหญ่ในเขตชนบทของอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวแอฟริกันในอเมริกา และผู้ดูแล จำนวนอย่างละ 200 ราย มาจาก 8 เมืองในเขตชนบททางตอนกลางของรัฐ Georgia ผลการศึกษาพบว่า กลไกทางจิตระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์ในทางอ้อมกับการควบคุม glycemic โดยการวัดระดับน้ำตาลในเลือด

Chenoweth และคณะ (2008) ศึกษาเรื่องปัจจัยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นข้อสรุปในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระดับปานกลางถึงรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองที่ดีขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน หากแต่จะเกิดขึ้นจากการตรวจสอบอาการบ่อยๆ และการมีศักยภาพในการจัดการตนเอง

อย่างสม่ำเสมอ และปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่นๆ ต่อการจัดการตนเองตนเอง เช่น ความรู้สึกที่สอดคล้อง จะเพิ่มขึ้นได้ด้วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และผู้อื่น สัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนที่ดีขึ้นโดยตรงผ่านทาง การพัฒนาความรู้สึกที่สอดคล้อง การได้รับการช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการมีความสำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเอง และความรู้สึกที่สอดคล้อง รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค Parkinson นอกจากนี้พบว่า พยาบาลมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ให้ช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วย รวมถึงการสอนทักษะในการดูแลตนเองผ่านทาง การตรวจสอบอาการ และการประเมินศักยภาพในตนเองและ ความรู้สึกที่สอดคล้อง

McCabe และคณะ (2008) ศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ ตรวจพบภาวะ Atrial Fibrillation กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะ Atrial Fibrillation จำนวน 100 ราย หลังได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษา พบว่า การขาดความรู้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ AF วัตถุประสงค์ของการรักษา ความเสี่ยง จากอาการปัจจุบัน สัญญาณเตือนของอาการปัจจุบัน โรคแทรกซ้อนของ Warfarin นอกจากนี้ การขาดความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่ไม่สูงนัก อย่างไรก็ตามการขาดความรู้มีส่วน ทำให้เกิดการเคร่งครัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และการตรวจสอบ anticoagulation

Xu และคณะ (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชาวจีน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 210 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และศักยภาพในตนเองมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สำหรับความรู้ การช่วยเหลือทางสังคม และการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลต่อการ ดูแลตนเองโดยตรง ผ่านทางความเชื่อ และศักยภาพในตนเอง ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถ นำไปสู่การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยชาวจีนได้

Khattab และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุม glycemc ใต้น้อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะการควบคุม glycemc ใต้น้อยในผู้ป่วยชาวจอร์แดนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่ม ตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นมานานกว่า 6 เดือน ในปี 2008 จำนวน 917 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจัดทำขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถิติสังคมประชากร ลักษณะ การรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทักษะติดต่อการใช้ยา และโรคเบาหวาน ขณะเดียวกันนำหน้า

ส่วนสูง และความยาวรอบเอวจะถูกวัดเพื่อตรวจสอบ นอกจากนั้นยังมีการสรุปข้อมูลเกี่ยวกับ Hb A_{1c} และอินทรียสารต่างๆ จากประวัติของผู้ป่วย การควบคุม glycemc ได้น้อย หมายถึง HbA_{1c} มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% ผลการศึกษาพบว่า จากผู้ป่วยจำนวน 917 ราย พบว่า 65.1% มีค่า HbA_{1c} มากกว่าหรือเท่ากับ 7% ในการวิเคราะห์เชิง multivariate ระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นของการเป็นโรคเบาหวาน (มากกว่า 7 ปี กับ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี) (OR=1.99, P<=.0005) ไม่ได้แปรผันตามแผนการรับประทานอาหารดังเช่นคำแนะนำของนักโภชนาการ (OR=2.98, P<=.0005) ทศนคติทางลบต่อโรคเบาหวาน และการเพิ่มขึ้นของอุปสรรคทางทัศนคติเหล่านี้ล้วนสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเป็นไปได้ของการควบคุม glycemc ได้น้อย

Misra และคณะ (2009) ศึกษาความแตกต่างทางชาติพันธุ์ เพศ ปัจจัยทางจิต และสังคม การควบคุม glycemc และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 180 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างระหว่างชาติพันธุ์ เพศ การยอมรับภาวะเจ็บป่วย การช่วยเหลือทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ความยากลำบากสำหรับการดูแลตนเอง การควบคุม glycemc และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญพบในกลุ่มเพศมากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์ โดยทั่วไปแล้ว การช่วยเหลือทางสังคม และการยอมรับภาวะเจ็บป่วยจะมีสูง แต่อย่างไรก็ตามความยากลำบากในการดูแลตนเองในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์นั้น กลุ่ม Hispanics จะมีความยากลำบากในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุด กลุ่ม Non-Hispanics whites จะมีความยากลำบากในการควบคุมอาหาร และกลุ่ม African-American จะมีความยากลำบากในกิจกรรมออกกำลังกาย นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่ม Hispanics ได้รับความรุนแรงจากภาวะเจ็บป่วยมากที่สุด เนื่องจากการควบคุม metabolic ได้ไม่ดี

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

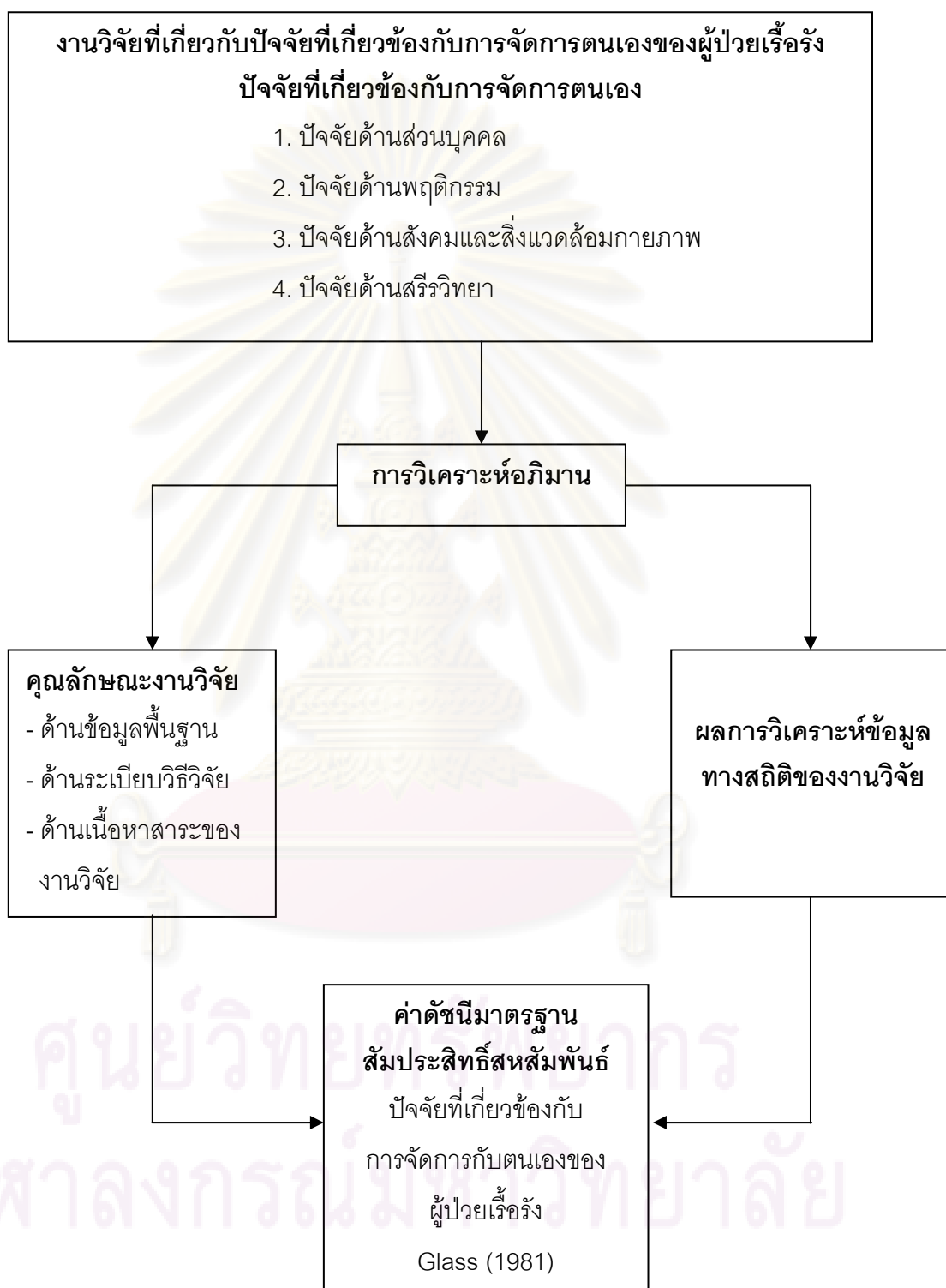
การวิเคราะห์อภิมานปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยแนวคิดการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Glass, McGaw and Smith(1981) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้สถิติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการสรุปผล โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยสังเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยที่ศึกษากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยไม่มีการตัดสินคุณภาพของงานวิจัยก่อนนำมาสังเคราะห์ และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกอย่าง แต่เป็นงานวิจัยที่มีความเหมือนกันใน

บางด้าน คือ เป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรต้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และตัวแปรตามเป็นการจัดการกับตนเอง นอกจากนี้ งานวิจัยอาจมีความแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาปรับเป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่า ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งเป็นค่าที่บอกค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรจัดการกระทำ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีต่อตัวแปรตาม คือ การจัดการกับตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้อาจไม่ได้เป็นผลมาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยอื่น จึงมีการวิเคราะห์หาความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ด้วยคุณลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์อภิमानที่จะบ่งบอกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแท้จริง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดการจัดการกับตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ ปัญหาทางสังคมของ Bandura (1986) ร่วมกับแนวความคิดการจัดการตนเองของ Tobin (1986) และแบ่งปัจจัยของการจัดการกับตนเองออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ที่แสดงในภาพที่ 5

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 5 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw and Smith (1981) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองทางด้านส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อค่าความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่ ปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552 ทั้งหมดรวมจำนวน 37 เรื่อง แต่เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ของต่างประเทศร่วมด้วย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และเชื้อชาติร่วมด้วย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการตีพิมพ์ และมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

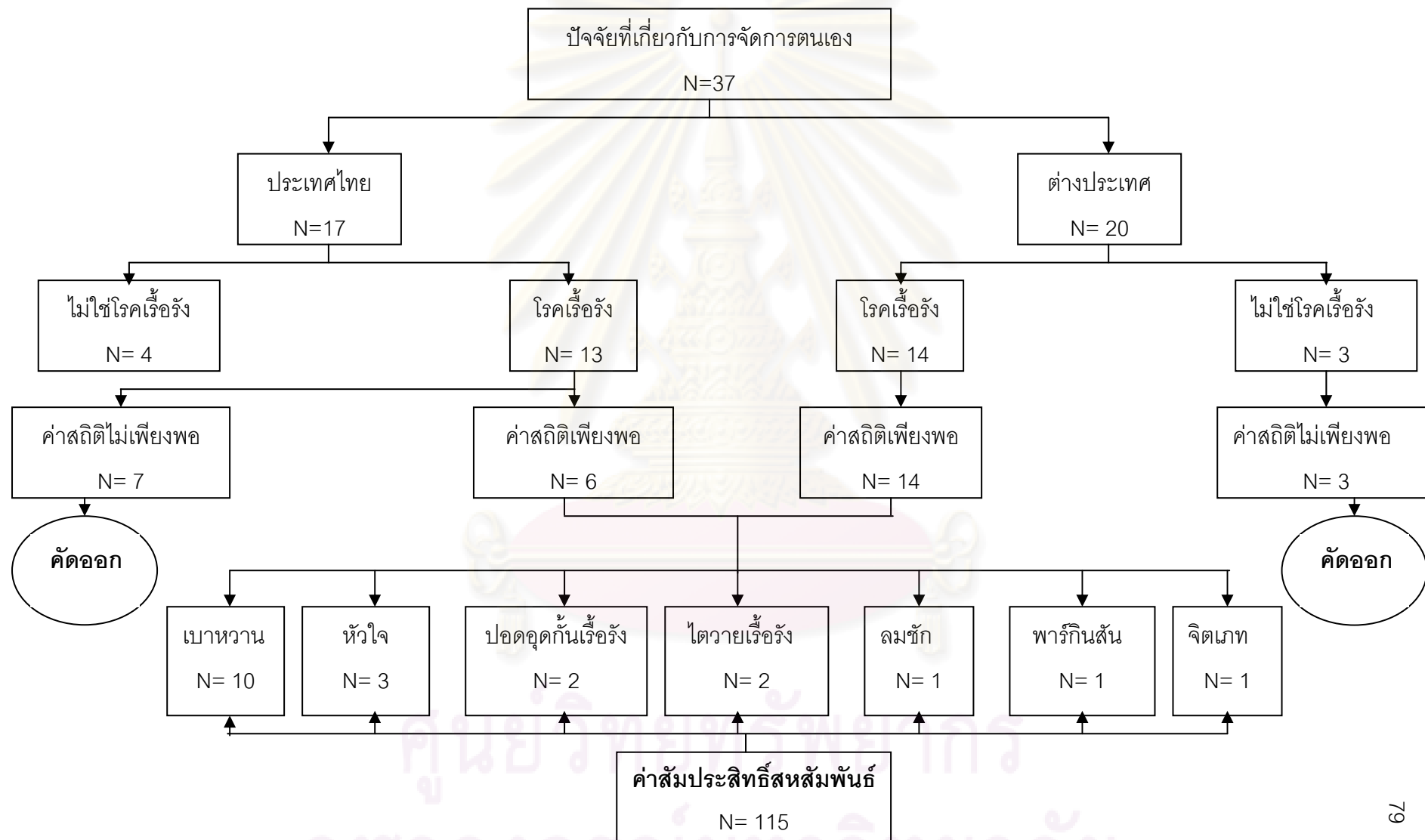
1. เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ที่ดำเนินการ และ/หรือได้รับการพิมพ์เผยแพร่ และทำเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552
2. เป็นงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาตัวแปรต้น หรือตัวแปรตามเกี่ยวกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่
3. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และสหสัมพันธ์ที่มีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการนำไปใช้คำนวณเพื่อแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามสูตรของ Glass, McGaw and Smith (1981) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F- test, χ^2
4. เป็นรายงานการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ

เนื่องจากประชากรซึ่งเป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ที่ทำสำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 – พ.ศ. 2552 ในประเทศไทยและต่างประเทศทั้งหมดรวมจำนวน 37 เรื่อง ไม่สามารถใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างได้ จึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงจากเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ของประเทศไทย จำนวน 6 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 14 เรื่อง ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด (รายละเอียดในภาคผนวกง)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของมจรุส กัลลโสภา (2551) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัย ประเภทของงานวิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล และสาขาที่ผลิตงานวิจัย

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 13 ข้อ แบบแผนงานวิจัย การตั้งสมมุติฐานในงานวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด (แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย) ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา คะแนนประเมินคุณภาพงานวิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลลักษณะของงานวิจัยทั้ง 3 ด้าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขนำไปเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

เพื่อให้แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มีความสมบูรณ์ และใช้แบบสรุปการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์ได้ครอบคลุมทุกด้าน ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการสร้าง และตรวจสอบแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

1.1 ศึกษาเอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิमान เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมเหมาะสมด้านข้อมูล และคุณลักษณะงานวิจัย

1.2 สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย โดยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของมธุรส กัลหไสภา (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น (2547) สินีช เส็นวงศ์ ณ ออยุธยา (2547) และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) โดยปรับข้อคำถามให้ครอบคลุมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ด้านระเบียบวิธีวิจัย และเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบข้อคำถาม และความครอบคลุม นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

1.2 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ฉบับที่ปรับปรุงแล้ว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะการวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์อภิमान จำนวน 2 ท่าน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง จำนวน 1 ท่าน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน

ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยทั่วไปควรมีคณะผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน (Polit and Hungler, 1999) ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป หรือผลการพิจารณาความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันและต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550)

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 0.83

1.3 ทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง จำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะการวิจัย นำมาปรับปรุงแก้ไข และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยตัวผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัย จำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาหาความเที่ยงของการสังเกต (ทศนิยม ๓ ตำแหน่ง, 2542: 33; บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550: 245; อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2552: 82; Burns and Grove, 2005; Polit and Beck, 2006) ตามสูตร

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

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทของเครื่องมือ เครื่องมือที่เป็นแบบสังเกตควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550: 232) ผลการตรวจสอบความเที่ยงจากการสังเกต เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่มีความเที่ยงสูง (Burns and Grove, 2005; Polit and Beck, 2006) หลังจากนั้นผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้อภิปรายสรุปรวมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก และการปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยการประเมินซ้ำ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือนได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.90

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของ มธุรส กัลหไสภา (2551) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การประเมินรายงานวิจัย 18 หัวข้อได้แก่ 1) ชื่อเรื่อง 2) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4) ขอบเขตของการวิจัย 5) คำจำกัดความ 6) กรอบแนวคิดทฤษฎี 7) สมมุติฐาน 8) รูปแบบการวิจัย 9) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 10) เครื่องมือการวิจัย 11) วิธีการรวบรวมข้อมูล 12) การวิเคราะห์ข้อมูล 13) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 14) ความทันสมัยของเอกสารและงานวิจัย 15) การสรุปผล 16) การอภิปรายผล 17) ข้อบ่งชี้ข้อเสนอแนะ 18) เอกสารอ้างอิง / บรรณานุกรม เพื่อเป็นแนวทางกำหนดหัวข้อและข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4 โดยมีความหมายการให้คะแนน ดังนี้

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

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

เพื่อให้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มีความสมบูรณ์ โดยสามารถประเมินคุณภาพจากงานวิจัยที่นำเป็น

กลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์ได้ครอบคลุมทุกด้าน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้าง และตรวจสอบแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำนวน 18 ข้อ ดังนี้

1.1 ศึกษาวิธีการสร้าง และรูปแบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) มธุรส กัลหไสภา (2551) ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น (2547) สีนินุช เสนิงส์ ณ อยุธยา (2547) และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2545)

1.2 กำหนดหัวข้อในการประเมินคุณภาพงานวิจัย เขียนประเด็นตามหัวข้อที่กำหนดเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องประเมิน พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนดซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ (Rubric) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

โดยมีความหมายการให้คะแนน ดังนี้

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

การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ คะแนนรวมของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0-72 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) โดยการเรียงจากคะแนนสูงสุดไปถึงคะแนนต่ำสุด และแบ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ไว้ ดังนี้

A = 1-25 %	ของคะแนนแรก	หมายถึง	ดีมาก
B = 26-50 %	ของคะแนนต่อมา	หมายถึง	ดี
C = 51-75 %	ของคะแนนต่อมา	หมายถึง	ปานกลาง
D = 76-100 %	ของคะแนนสุดท้าย	หมายถึง	ต้องปรับปรุง

ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยดังกล่าวมาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้ ในการวิจัยนี้จึงมีการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยเป็น 4 ระดับ

โดยมีเกณฑ์ในการแบ่ง ดังนี้

55-72	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
37-54	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
19-36	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
0-18	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับควรปรับปรุง

1.3 นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 2 ท่าน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง จำนวน 1 ท่าน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน

กำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ข้อความถามไม่ครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน |
| 2 | หมายถึง | ข้อความถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน |
| 3 | หมายถึง | ข้อความถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน |
| 4 | หมายถึง | ข้อความถามมีความครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน |

ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.84 ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป หรือผลการพิจารณาความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันและต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากูร, 2550)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยตัวผู้ประเมินร่วมกัน (Interrator Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาหาความเที่ยงของการสังเกต (ทศนีย์ นะแสง, 2542: 33; บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากูร, 2550: 245; อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2552: 82; Burns and Grove, 2005; Polit and Beck, 2006) ตามสูตร

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

ผลการตรวจสอบความเที่ยงจากการสังเกต เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าที่มีความเที่ยงสูง (Burns and Grove, 2005; Polit and Beck, 2006) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้อภิปรายสรุปพร้อมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก และการปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยการประเมินซ้ำ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือนได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สํารวจรายชื่อปริญญาโทและงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2552 โดยการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่นๆ เช่น <http://www.car.chula.ac.th>, <http://www.psu.ac.th>, <http://www.lib.cmu.ac.th>, <http://www.riclib.nrct.go.th>, <http://www.kku.ac.th>, <http://www.moph.go.th>, <http://www.li.mahidol.ac.th>, <http://www.swu.ac.th>, <http://www.lib.buu.ac.th> ภายใต้คำสำคัญ คือ “การจัดการตนเอง” ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง “self- management” “factors related to self- management”

2. สืบค้นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ทั้งหมดด้วยมือ ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์ข้อเสนอเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

3. สืบค้นรายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จากวารสารทางการแพทย์และพยาบาล ที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และสถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์ข้อเสนอเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ผลการสำรวจ พบว่า มีรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552 จำนวนทั้งสิ้น 37 เรื่อง

4. ติดต่อบัณฑิตแต่ละมหาวิทยาลัยหรือสถาบันตามรายชื่อที่มีงานวิจัยในการนำมาวิเคราะห์หรือมิตามทีสำรวจไว้แล้ว เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. นวัตกรรมวิจัยที่สำรวจได้ทั้งหมดศึกษา โดยการอ่านเนื้อหา เพื่อพิจารณาคัดเลือก งานวิจัย ที่มีคุณตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ของประเทศไทย จำนวน 4 เรื่อง ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจำนวน 7 เรื่อง เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่มีสถิติไม่เพียงพอที่จะใช้ในการแปลงค่าสถิติให้เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ของต่างประเทศ จำนวน 3 เรื่อง ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจำนวน 3 เรื่อง เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่มีสถิติไม่เพียงพอที่จะใช้ในการแปลงค่าสถิติให้เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา จึงเหลือรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ของประเทศไทย และต่างประเทศที่สามารถนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ จำนวน 20 เรื่อง

6. ศึกษาและบันทึกข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์กำหนดไว้อย่างละเอียดในรูปแบบสรุปงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้สร้าง และพัฒนาขึ้นมาโดยจะอ่านงานวิจัยอย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกจะอ่านเพื่อให้ทราบเนื้อหาสาระของงานวิจัยโดยละเอียดและทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบที่ 2 อ่านเพื่อเก็บสาระลงบันทึกลักษณะของงานวิจัย

7. การลงบันทึกข้อมูลในรูปแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ จำนวน 5 เรื่อง ลงในรูปแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่แล้วนำข้อมูลมาร่วมกันวิเคราะห์หว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ เพื่อให้ได้ความถูกต้องและแม่นยำในการบันทึกข้อมูล ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องครั้งแรกได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่มาปรับปรุง และลองประเมินความสอดคล้องซ้ำอีกครั้งโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 5 เรื่อง ได้ความสอดคล้องเท่ากับ 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยลงบันทึกข้อมูลทั้งหมดในรูปแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ด้วยตนเอง เมื่อลงบันทึกข้อมูลในรูปแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เสร็จแล้วได้นำข้อมูลทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

8. นำรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์ห่อภิมาณมาจัดกลุ่มตามปัจจัย ตามกรอบแนวคิด ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย
9. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass, McGaw and Smith (1981)

จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การที่จะได้มาซึ่งงานวิจัยที่ดีมีคุณภาพ นอกจากจะดำเนินการตามระเบียบวิธีการวิจัยอย่างมีคุณภาพแล้ว คุณธรรมหรือจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้วิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่นให้เกียรติ และอ้างอิงถึงบุคคลหรือแหล่งที่มาข้อมูลที่น่ามาใช้ในงานวิจัย มีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ และมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัยเพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพและป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาดอันก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย ผู้วิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดแก่ตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาและสังคม ผู้วิจัยจะต้องเสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตนหรือต้องการสร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น มีความรับผิดชอบ และรอบคอบในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ไม่เผยแพร่ผลงานวิจัยเกินความเป็นจริง เสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ยอมรับฟังความคิดเห็น และเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่น และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนเองให้ถูกต้อง (คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี, 2550)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เป็นงานวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรม แต่ผู้วิจัยก็ต้องมีจริยธรรม จรรยาบรรณของการเป็นนักวิจัยที่ดีในการเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ ไม่มีความลำเอียง (Bias) และไม่นำข้อมูลต่างๆจากงานวิจัยที่น่ามาสังเคราะห์ไปดัดแปลงเพื่อผลประโยชน์ของตนเองโดยเด็ดขาดในขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย ต้องบรรยายสรุปด้วยความเที่ยงธรรม และไม่ผนวกความคิดเห็นของตนเองลงไปในงานวิเคราะห์ (สมเกียรติ โภธิสัจย์ และคณะ, 2545)

การการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัย โดยใช้สถิติแยกตามลักษณะของตัวแปร ดังนี้

1.1 ตัวแปรจำแนกประเภท (Categorical variables) ได้แก่ ประเภทงานวิจัย ลักษณะงานวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย ประเภทตัวแปรต้น แบบแผนงานวิจัย การตั้งสมมติฐาน งานวิจัย ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในงานวิจัย วิเคราะห์ค่าความตรง และวิธีหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

1.2 ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) ได้แก่ จำนวนตัวแปรต้น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คะแนนคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย โดยนำมาหาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ในกรณีที่รายงานค่าสถิติ t , F , χ^2 และ แปลงค่าเหล่านี้ให้เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ตามวิธีการของ Glass, McGaw and Smith (1981) (สูตรการคำนวณในภาคผนวก ข)

3. คำนวณค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (สูตรการคำนวณในภาคผนวก ข)

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามตัวแปรปัจจัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway ANOVA) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และตัวแปรปัจจัยของงานวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (Multiple correlation) และอธิบายความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบ Enter (Enter multiple linear regression) โดยมีตัวแปรปัจจัยเป็นตัวแปรอิสระ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เป็นตัวแปรตาม และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 – พ.ศ. 2552 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของ Glass และคณะ (1981) ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์แยกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้คำย่อ และสัญลักษณ์ต่างๆทางสถิติในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

Mean	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
Ku	หมายถึง	ค่าความโด่ง
n	หมายถึง	จำนวนเล่มของงานวิจัย
k	หมายถึง	จำนวนค่าดัชนีมาตรฐาน
\bar{r}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบ t-test
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบ F-test

P	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญ
R	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ
R ²	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย ที่รวบรวมมาจากงานวิทยานิพนธ์ และ รายงานการวิจัยทั้งหมด 20 เล่ม ที่นำมาใช้สังเคราะห์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และ นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ประเภทงานวิจัย		
รายงานการวิจัย	14	70.00
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	5	25.00
วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต	1	5.00
สาขาที่ผลิตงานวิจัย		
พยาบาลศาสตร์	18	90.00
แพทยศาสตร์	2	10.00
ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย		
2543-2545	2	10.00
2546-2548	7	35.00
2549-2552	11	55.00

จากตารางที่ 1 คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัย จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 สาขาที่ผลิตงานวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90 และสาขา แพทย์ศาสตร์ จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนด้านปีที่พิมพ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการตีพิมพ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552 จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาเป็นงานวิจัยการที่ ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2548 จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 35

1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
รูปแบบการวิจัย		
การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์	9	45.00
การวิจัยเชิงบรรยาย	5	25.00
การวิจัยเชิงสำรวจ	5	25.00
การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ	1	5.00
การตั้งสมมติฐานในงานวิจัย		
ตั้งสมมติฐานแบบมีทิศทาง	2	10.00
ตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง	9	45.00
ไม่ระบุหรือไม่มี	9	45.00
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง	20	100.00
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	10	50.00
ผู้ป่วยโรคหัวใจ	3	15.00
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	10.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา			
ผู้ป่วยโรคไต	2	10.00	
ผู้ป่วยโรคลมชัก	1	5.00	
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	1	5.00	
ผู้ป่วยโรคจิตเภท	1	5.00	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง			
1 กลุ่ม	19	95.00	
2 กลุ่ม	1	5.00	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง			
30-90 คน	7	35.00	
91-150 คน	5	25.00	
151-210 คน	5	25.00	
มากกว่า 210 คน	3	15.00	
Min= 39	Max= 317	Mean= 129.90	SD= 81.38
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล			
แผนกผู้ป่วยนอก	13	65.00	
แผนกผู้ป่วยใน	4	20.00	
ที่บ้านหรือในชุมชน	3	15.00	
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล			
1 เดือน	3	15.00	
2 เดือน	1	5.00	
มากกว่า 3 เดือน	7	35.00	
ไม่ระบุ	9	45.00	
Min = 1	Max = 12	Mean = 4.70	SD= 3.83

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ		
นัยสำคัญทางสถิติ .05	7	35.00
นัยสำคัญทางสถิติ .01	6	30.00
นัยสำคัญทางสถิติ .001	6	30.00
ไม่ระบุนัยสำคัญทางสถิติ	1	5.00
จำนวนสถิติที่ใช้ทดสอบในงานวิจัย		
ใช้สถิติมากกว่า 1 ชนิด	20	100.00
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (n=37)*		
Multiple regression	10	27.03
Pearson's Product Moment Correlation	10	27.03
t-test	9	24.32
ANOVA	3	8.11
Chi-square	2	5.41
Spearman Rank Correlation	1	2.70
F-test	1	2.70
The Mann-Whitney U-Test	1	2.70
การสร้างเครื่องมือ (n=83)**		
ผู้วิจัยนำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้	51	61.45
ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาปรับใช้	17	20.48
ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเอง	15	18.07

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย (n=83)**		
ได้รับการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง	57	68.67
ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง	7	8.44
ไม่มีการรายงาน	19	22.89
ค่าความเที่ยง(n=83)**		
>.7-.8	27	32.53
> .8-.9	19	22.89
สูงกว่า .9	14	16.80
ไม่มีระบุ	23	27.71

* หมายถึง : งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

** หมายถึง : งานวิจัย 1 เรื่องใช้เครื่องมือมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 2 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบการวิจัยเชิงสัมพันธ์ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 ลักษณะของการสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง และไม่ระบุการตั้งสมมติฐานพบจำนวนเท่ากัน อย่างละ 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 งานวิจัยทุกเรื่องมีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 100 งานวิจัยส่วนใหญ่มีการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 1 กลุ่ม จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95 งานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30-90 คน พบจำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 35 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.90 ส่วนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 81.38) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 65 และงานวิจัยส่วนใหญ่จะไม่ระบุเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 ส่วนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 3.83) งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 พบจำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 35 งานวิจัยทั้งหมดมีการใช้สถิติที่ใช้ทดสอบในงานวิจัยมากกว่า 1 ชนิด พบจำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมากที่สุด คือ Multiple regression และ Pearson's Product Moment Correlation พบจำนวน 10 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.03 เครื่องมือในการวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 61.45 เครื่องมือวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 68.67 โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือส่วนใหญ่อยู่ในช่วง มากกว่า .7-.8 คิดเป็นร้อยละ 32.53

1.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย		
มีการระบุกรอบแนวคิด	12	60.00
ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของ Bandura	5	25.00
ทฤษฎีการใช้สามัญสำนึก (Common Sense Model) ของ Leventhal และ Nerenz	3	15.00
แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman	2	10.00
แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer	1	5.00
แนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel, Carson, and Glaser	1	5.00
ไม่มีการระบุกรอบแนวคิด	8	40.00

จากตารางที่ 3 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า มีการระบุนกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60 และไม่มีมีการระบุนกรอบแนวคิด จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40 งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของ Bandura เป็นกรอบแนวคิด จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ ทฤษฎีการใช้สามัญสำนึก (Common Sense Model) ของ Leventhal และ Nerenz จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 15 แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer แนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel, Carson, and Glaser มีการศึกษาเท่ากันจำนวนอย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพงานวิจัย	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ระดับดีมาก	19	95.00
ระดับดี	1	5.00
Min= 52 Max= 68	Mean= 60.80	SD= 3.60

จากตารางที่ 4 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.60) และคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย แบ่งตามตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง	จำนวน (n = 38) *	ร้อยละ
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	16	42.10
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	10	26.30
ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	8	21.10
ปัจจัยด้านพฤติกรรม	4	10.50

* หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องมีการศึกษาตัวแปรมากกว่า 1 ตัวแปร

จากตารางที่ 5 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีการศึกษามากที่สุด จำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.10 รองลงมา คือ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 26.30 ปัจจัยด้านพฤติกรรม จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 21.10 และปัจจัยด้านสรีรวิทยามีการศึกษาน้อยที่สุด จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.50

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

จากงานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ สามารถนำมาคำนวณค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ทั้งหมด 115 ค่า ได้ผลงานวิจัยดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง	จำนวน (K = 115)	ร้อยละ
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	66	57.30
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง	21	31.81
ประสบการณ์การเจ็บป่วย	17	25.76
ระดับการศึกษา	15	22.73
อายุ	4	6.06
ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3	4.55
เพศ	2	3.03
รายได้	2	3.03
เชื้อชาติและชาติพันธุ์	2	3.03
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	22	19.30
การสนับสนุนทางสังคม	22	100.00
ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	14	12.10
ความรุนแรงของโรค	14	100.00
ปัจจัยด้านพฤติกรรม	13	11.30
พฤติกรรมสุขภาพ	13	100.00

K : จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

จากตารางที่ 6 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ มีจำนวนทั้งสิ้น 115 ค่า และงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 66 ค่า คิดเป็นร้อยละ 57.30 เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้าน พบว่า จะศึกษาด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองมากที่สุด จำนวน 21 ค่า คิดเป็นร้อยละ 31.81 รองลงมา คือ ประสบการณ์การเจ็บป่วย จำนวน 17 ค่า คิดเป็นร้อยละ 25.76 ระดับการศึกษา จำนวน 15 ค่า คิดเป็นร้อยละ 22.73 อายุ จำนวน 4 ค่า คิดเป็นร้อยละ

6.06 ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวน 3 ค่า คิดเป็นร้อยละ 4.55 เพศ รายได้และเชื้อชาติ และชาติพันธุ์ มีการศึกษาเท่ากัน จำนวน 2 ค่าคิดเป็นร้อยละ 3.03 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมกายภาพ จำนวน 22 ค่า คิดเป็นร้อยละ 19.30 งานวิจัยทั้งหมดศึกษาการสนับสนุนทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 100 และปัจจัยด้านสรีรวิทยา จำนวน 14 ค่า คิดเป็น ร้อยละ 12.10 โดยงานวิจัยทั้งหมดศึกษาความรุนแรงของโรค คิดเป็นร้อยละ 100 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมจำนวน 13 ค่า คิดเป็นร้อยละ 11.50 โดยงานวิจัยทั้งหมดศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 7 จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ปัจจัยทางด้านต่างๆ (115)	ค่าสถิติ							
	K	Min	Max	\bar{r}	S.D.	r^2	Skew	Kur
ปัจจัยด้านพฤติกรรม	13	.230	.860	.445	.164	.198	1.19	2.66
ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	14	.100	.726	.405	.208	.164	.210	-1.21
ปัจจัยด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อมกายภาพ	22	.179	.560	.403	.096	.162	-.690	-.170
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	66	.024	.816	.332	.191	.110	.530	-.730

จาดตารางที่ 7 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในภาพรวมของทั้ง 4 ปัจจัย ที่ เกี่ยวกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่สูงสุด คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ($\bar{r} = .445$) มีค่าความเบ้เท่ากับ 1.19 ค่าความโด่งเท่ากับ 2.66 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .230 ถึง .860 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ($\bar{r} = .405$) มีค่าความเบ้เท่ากับ .210 ค่าความโด่งเท่ากับ -1.21 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .100 ถึง .726 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ ($\bar{r} = .403$) มีค่าความเบ้เท่ากับ -.690 ค่าความโด่งเท่ากับ -.170 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .179 ถึง .560 และปัจจัยด้านส่วนบุคคล ($\bar{r} = .332$) มีค่าความเบ้เท่ากับ .530 ค่าความโด่งเท่ากับ -

.730 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .024 ถึง .816 ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองเท่ากับ .445 ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการจัดการตนเองมีความแปรปรวนร่วมกัน 19.8% รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสรีรวิทยามีความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองเท่ากับ .405 ปัจจัยด้านสรีรวิทยาและการจัดการตนเองมีความแปรปรวนร่วมกัน 16.40% ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองเท่ากับ .403 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพและการจัดการตนเองมีความแปรปรวนร่วมกัน 16.20% และปัจจัยด้านส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองเท่ากับ .332 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลและการจัดการตนเองมีความแปรปรวนร่วมกัน 11%



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่แยกตามรายด้าน

ปัจจัยทางด้านต่าง ๆ (115)	ค่าสถิติ								
	K	Min	Max	\bar{r}	S.D.	r^2	Skew	Kur	
ปัจจัยด้านพฤติกรรม									
พฤติกรรมสุขภาพ	13	.230	.860	.445	.164	.198	1.19	2.66	
ปัจจัยด้านสรีรวิทยา									
ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค									
	14	.100	.726	.405	.208	.164	.210	-1.21	
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ									
การสนับสนุนทางสังคม									
	22	.179	.560	.403	.096	.162	-.690	-0.17	
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล									
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง									
	21	.123	.816	.481	.180	.231	-.250	-.60	
ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย									
	3	.065	.670	.331	.309	.110	1.00		
เชื้อชาติและชาติพันธุ์									
	2	.200	.440	.320	.169	.102			
ประสบการณ์การเจ็บป่วย									
	17	.132	.587	.316	.142	.100	.640	-.810	
รายได้									
	2	.139	.410	.274	.191	.075			
เพศ									
	2	.100	.440	.270	.240	.073			
ระดับการศึกษา									
	15	.024	.510	.203	.122	.041	1.39	2.25	
อายุ									
	4	.079	.275	.164	.088	.027	.60	-1.67	

จากตารางที่ 8 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้าน ในด้านพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 13 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .230 ถึง .860 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .445

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านสรีรวิทยา พบว่า ความรุนแรงของโรคมีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 14 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .100 ถึง .726 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .405

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 22 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .179 ถึง .560 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .403

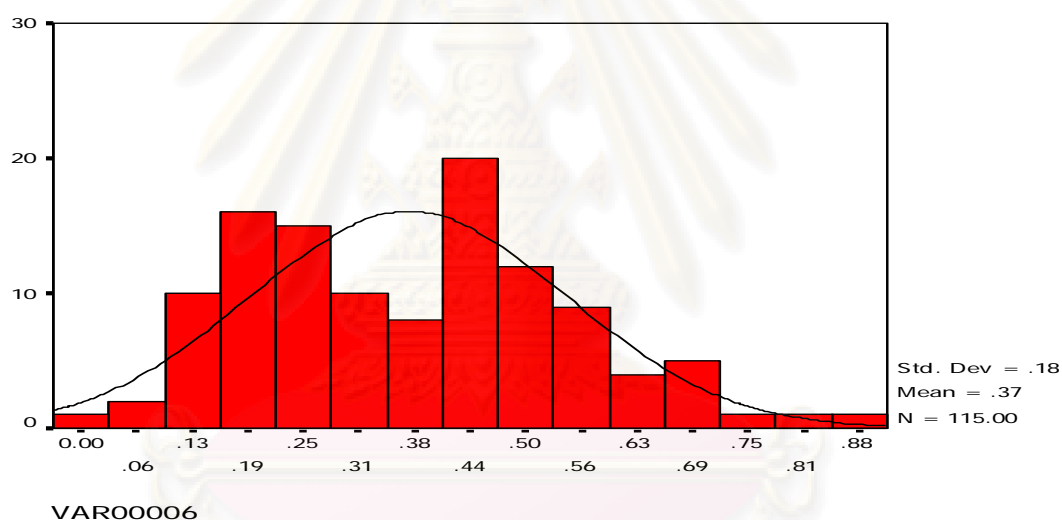
เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านส่วนบุคคล พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 21 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .123 ถึง .816 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .481 ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 3 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .065 ถึง .670 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .331 เชื้อชาติและชาติพันธุ์ มีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 2 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .200 ถึง .440 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .320 ประสบการณ์การเจ็บป่วย จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 17 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .132 ถึง .587 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .316 รายได้ จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 2 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .139 ถึง .410 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .274 เพศ จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 2 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .100 ถึง .440 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .270 ระดับการศึกษา จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 15 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .024 ถึง .510 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .203 อายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .079 ถึง .275 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .164

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

	N	Min	Max	Mean	S.D.	Skewness	Kurtosis
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	115	.024	.860	.367	.179	.327	-.467

Histogram



แผนภาพที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 20 เรื่อง สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ทั้งหมด 115 ค่า พบว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .367 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุด เท่ากับ .024 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด เท่ากับ .860 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .179

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ แบ่งตามตัวแปรปัจจัยและตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ตัวแปรปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			Test of homogeneity of variance		ANOVA	
	K	\bar{r}	S.D.	F	p	F	p
1. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	13	.445	.164				
2. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	14	.405	.208	5.821	0.001	2.459 ¹	0.075
3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	22	.403	.096				
4. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	66	.332	.191				

¹ Asymtotically F distributed

ในขั้นแรกผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ดังตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม ($\bar{r} = .445$) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ($\bar{r} = .405$) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ ($\bar{r} = .403$) และปัจจัยด้านส่วนบุคคล ($\bar{r} = .332$) พบว่ามีอย่างน้อยหนึ่งคู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ตัวแปรปัจจัย	Mean	ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	ปัจจัยด้านส่วนบุคคล
ปัจจัยด้านพฤติกรรม	.455	.....	.....	.052*	.113*
ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	.405	.....	.....	.....	.....
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	.403	.....	.....	.....	.....
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	.332	.....	.....	.....	.....

จากตารางที่ 11 ผลการทดสอบรายคู่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล ตามลำดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามปัจจัยด้านส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA

คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			Test of homogeneity of variance		ANOVA	
	K	\bar{r}	SD	F	p	F	p
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล							
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง	21	.481	.180				
ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3	.331	.309				
ประสบการณ์การเจ็บป่วย	17	.316	.142	1.700	0.127	4.629	<0.001
เชื้อชาติ	2	.320	.169				
รายได้	2	.274	.191				
เพศ	2	.270	.240				
ระดับการศึกษา	15	.203	.122				
อายุ	4	.164	.088				

¹ ทดสอบคู่ที่แตกต่างด้วยวิธี Scheffe'

จากตารางที่ 12 พบว่า แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามปัจจัยด้านส่วนบุคคล 8 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง ($\bar{r} = .481$) ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($\bar{r} = .331$) ประสบการณ์การเจ็บป่วย ($\bar{r} = .316$) เชื้อชาติ ($\bar{r} = .320$) รายได้ ($\bar{r} = .274$) เพศ ($\bar{r} = .270$) ระดับการศึกษา ($\bar{r} = .203$) และอายุ

($\bar{r} = .164$) พบว่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคลมีอย่างน้อยหนึ่งคู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่รายด้าน

ตัวแปรปัจจัย	Mean	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง	ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	เชื้อชาติ	ประสบการณ์การเจ็บป่วย	รายได้	เพศ	ระดับการศึกษา	อายุ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง	.481	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.278 *	.317*
ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.331	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
เชื้อชาติ	.320	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ประสบการณ์การเจ็บป่วย	.316	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
รายได้	.274	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
เพศ	.270	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ระดับการศึกษา	.203	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
อายุ	.164	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

จากตารางที่ 13 ว่า แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าระดับการศึกษา และอายุ ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ แบ่งตามตัวแปรปัจจัย

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามตัวแปรปัจจัย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เป็นตัวแปรตาม และมีตัวแปรปัจจัยเป็นตัวแปรต้น โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter multiple linear regression) โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ประกอบไปด้วย ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

โดยการนำตัวแปรปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยาจะถูกกำหนดค่าให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) โดยมีลักษณะและความหมาย ดังนี้ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Personal factor) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factor) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Environmental - social factor) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factor)

F_personal	หมายถึง	ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (0=ไม่ใช่ 1=ใช่)
F_behavior	หมายถึง	ปัจจัยด้านพฤติกรรม (0=ไม่ใช่ 1=ใช่)
F_Environmental	หมายถึง	ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (0=ไม่ใช่ 1=ใช่)
- social factor		
F_Physiological	หมายถึง	ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (0=ไม่ใช่ 1=ใช่)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient โดยเมื่อพิจารณาค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยทั้ง 4 ด้าน กับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีจำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($\bar{r} = -0.299$) (F_person)

ตารางที่ 14 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยของงานวิจัยกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. Correlation	1.000				
2. F_personal	-0.229*	1.000			
3. F_behavior	0.155	0.047	1.000		
F_Environmental	0.098	-0.104	-0.564*	1.000	
4. – social factor					
5. F_Physiological	0.079	0.050	-0.432*	-0.133	1.000

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ในเบื้องต้นไม่พบว่ามีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยตัวเอง หลังจากนั้นจึงได้ทำการทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ในขั้นต่อมาตามวิธีการของ Hair และคณะ (1998) ซึ่งมี 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาค่าดัชนีเงื่อนไข (Condition index) ซึ่งจากการวิเคราะห์ไม่พบว่าตัวแปรใดที่มีค่าดัชนีเงื่อนไขมากกว่า 30 แสดงว่าไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุของปัจจัยอิสระด้วยตัวเอง

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สัดส่วนของความแปรปรวน (Proportions of variance of coefficient) ร่วมด้วย พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์สัดส่วนของความแปรปรวนเกิน 0.90 และเมื่อพิจารณาจากค่า VIF (Variance inflation factor) และค่า Tolerance พบว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่า VIF เกิน 10 หรือมีค่า Tolerance ต่ำกว่า 0.10 ผลการวิเคราะห์แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ ดังนั้น ตัวแปรทั้งหมดจึงสามารถนำไปวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในขั้นตอนต่อไปได้

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบแบบ Enter ของตัวแปรปัจจัยของงานวิจัยที่อธิบายความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ปัจจัย	Unstandardized		Standardized	t	p-value
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่ (constant)	0.332	0.022		15.301	<0.001
F_behavior	0.113	0.053	0.200	2.108	0.037
F_social	0.071	0.043	0.157	1.642	0.104
F_physic	0.073	0.052	0.134	1.406	0.162
R	0.239				
R ²	0.057				
Adjusted R ²	0.032				
F	2.237				
p-value	0.088				
R ² change	0.057				

* p-value < 0.05

ตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter Multiple Linear Regression) พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา สามารถร่วมกันทำนายค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 5.7

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw and Smith (1981) ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 – พ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 4) เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ที่ทำสำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึง พ.ศ. 2552 จำนวน 37 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึง พ.ศ. 2552 จำนวน 20 เรื่อง ซึ่งคัดเลือกจากประชากรโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ที่ทำสำเร็จและตีพิมพ์เป็นรูปเล่มระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ที่สืบค้นได้ในห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ หอสมุดแห่งชาติ และสภาวิจัยแห่งชาติ

2. เป็นงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาตัวแปรต้นหรือตัวแปรตามเกี่ยวกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

3. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และสหสัมพันธ์ที่มีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็น เพียงพอสำหรับการนำไปใช้คำนวณเพื่อแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามสูตร-Glass, McGaw and Smith (1981) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F-test, χ^2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยโดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของ มจรุส กัลหไสภา (2551) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นเติมคำหรือเลือกตอบแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัย ประเภทของงานวิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล และสาขาที่ผลิตงานวิจัย

ส่วนที่ 2 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด (แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย) ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา และคะแนนประเมินคุณภาพงานวิจัย

ส่วนที่ 3 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยจำนวน 13 ข้อ แบบแผนงานวิจัย การตั้งสมมุติฐานในงานวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ประเภทสถิติทดสอบที่ใช้ในงานวิจัย และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.83 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดิม (Intrarater Reliability) ได้ค่าความเที่ยง

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 0.86 และ 0.90

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของ มธุรส กัลหไสภา (2551) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และเกณฑ์การให้คะแนนที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.84 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater reliability) ได้ค่าความเที่ยงแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ด้วยตนเอง และได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ถึงประสิทธิภาพ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล นำมาหาความสอดคล้อง โดยการทดลองบันทึกข้อมูลและบันทึกซ้ำ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. โดยสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย และต่างประเทศ

2. นำงานวิจัยที่สำรวจได้มาศึกษาโดยอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจ และ คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้าง และพัฒนาขึ้น
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และ ประเมินคุณภาพงานวิจัย
5. นำงานวิจัยที่ข้อมูลที่เพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดได้แก่ ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ด้านบุคลิก ด้านพฤติกรรม ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และด้านสรีรวิทยา เพื่อหาข้อสรุปจากผลการวิจัย
6. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ด้วยวิธีวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Glass, McGaw and Smith (1981)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยคุณลักษณะของงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ
 - ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ และ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และความโด่ง
 - ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติบรรยาย
 - ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกตามตัวแปรปัจจัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway ANOVA)
 - ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยใช้การวิเคราะห์ถ้อยความพหุคูณแบบ Enter (Enter multiple linear regression)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ผู้วิจัย นำเสนอการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ตามวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 4) เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

1.1 คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัย จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 70 สาขาที่ผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90 และงานวิจัยส่วนใหญ่มีการตีพิมพ์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55

1.2 คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ใช้แบบการวิจัยเชิงสัมพันธ์ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 ลักษณะของการสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง และไม่ระบุการตั้งสมมติฐานพบจำนวนเท่ากัน อย่างละ 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 งานวิจัยทุกเรื่องมีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 100 มีการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 1 กลุ่ม จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 30-90 คน พบจำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 35 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.90 ส่วนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 81.38) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 65 และงานวิจัยส่วนใหญ่จะไม่ระบุเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 ส่วนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 3.83) งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการ

ทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 พบจำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 35 งานวิจัยทั้งหมดมีการใช้สถิติที่ใช้ทดสอบในงานวิจัยมากกว่า 1 ชนิด พบจำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมากที่สุด คือ Multiple regression และ Pearson's Product Moment Correlation พบจำนวน 10 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.03

งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า เครื่องมือวิจัยทั้งหมด 83 ชนิด โดยที่งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด และเครื่องมือในการวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 61.45 เครื่องมือวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียวโดยหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 68.67 โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือส่วนใหญ่อยู่ในช่วง มากกว่า .7-.8 คิดเป็นร้อยละ 32.53

1.3 คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีการระบุนกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60 และใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของ Bandura เป็นกรอบแนวคิดมากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล จำนวน 66 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 57.30 และปัจจัยด้านพฤติกรรมมีการศึกษาน้อยที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.50 งานวิจัยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.60) และอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 5

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง พบว่า

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ศึกษา ปัจจัยด้านส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 42.10 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ คิดเป็นร้อยละ 26.30 และปัจจัยด้านพฤติกรรมมีการศึกษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.50

เมื่อพิจารณาในรายปัจจัยรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษามากที่สุด (K=22) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (K=21)

เมื่อพิจารณาในรายปัจจัยรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติและชาติพันธุ์ ปัจจัยด้านรายได้ และปัจจัยด้านเพศมีการศึกษาน้อยที่สุด (K=2)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัยผู้ใหญ่และวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง
จำนวน 20 เรื่อง สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยได้ทั้งหมด 115 ค่า และแบ่งกลุ่ม
ปัจจัยได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและ
สิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา
ส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 66 ค่า คิดเป็นร้อยละ 57.30
และปัจจัยด้านพฤติกรรมนำมาศึกษาน้อยสุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 13 ค่า คิดเป็น
ร้อยละ 11.30

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านของปัจจัยด้านส่วนบุคคล พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนเองมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำนวน 21 ค่า คิดเป็นร้อยละ 31.81 และเพศ รายได้
และเชื้อชาติและชาติพันธุ์มีการศึกษาน้อยสุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำนวน 2 ค่าคิดเป็นร้อยละ
3.03

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านของปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ มีค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำนวน 22 ค่า คิดเป็นร้อยละ 19.30 งานวิจัยทั้งหมดศึกษาการสนับสนุน
ทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านของปัจจัยด้านสรีรวิทยา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
จำนวน 14 ค่า คิดเป็นร้อยละ 12.10 โดยงานวิจัยทั้งหมดศึกษาความรุนแรงของโรค คิดเป็นร้อยละ
100

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านของปัจจัยด้านพฤติกรรมจำนวน 13 ค่า คิดเป็นร้อยละ
11.30 โดยงานวิจัยทั้งหมดศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับ
ตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในภาพรวมสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีจำนวนค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 13 ค่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .445 และปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ น้อยสุด คือ ปัจจัยด้านส่วน
บุคคล มีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 66 ค่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ
.332

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านพฤติกรรม พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพมีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 13 ค่า มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .445

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านสรีรวิทยา พบว่า ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคมีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 14 ค่า มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .405

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 22 ค่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .403

เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้านในด้านส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 21 ค่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดเท่ากับ .481 และปัจจัยด้านอายุ จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 4 ค่า มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด เท่ากับ .164

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองทั้งหมด 20 เรื่อง สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยได้ทั้งหมด 115 ค่า พบว่า

3.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านส่วนบุคคลตามลำดับ

3.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าระดับการศึกษา และอายุ ตามลำดับ

4. เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่กับค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter multiple linear regression) วิเคราะห์ถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ตัวแปรปัจจัยของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter multiple linear regression) พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา สามารถร่วมกันทำนายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 5.7

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw and Smith (1981) ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

1.1 ข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัย (ร้อยละ 70) และรองลงมา คือ วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 25) เนื่องจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษานั้นเป็นเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ทำให้มีการทำวิจัยมากกว่าในคลินิกหรือในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่สังเคราะห์อภิมาณงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ เช่น งานวิจัยของสินีนาวู ลิขิตรัตน์ เจริญ (Sineenart Likitratcharoen, 2000) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ และงานวิจัยของปิยะฉัตร

จำขึ้น (2547) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล และวัลญา ยิ้มยวน (2547) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดวิจารณ์ญาณ และงานวิจัยของมธุรส กัลลโสภา (2551) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัยต่างประเทศ เพราะในต่างประเทศเชื่อว่างานวิจัยที่ดี และมีคุณภาพคือ งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ (Slavin, 1986 อ้างใน นางลักษณวี วิรัชชัย, 2542) ดังนั้นงานวิจัยของต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นรายงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัย (Hymay, Feldman., Harris, et al., 1989; Rosalind, 1999; Hill- Westmoreland, Soeken, and Spellbring, 2002; Labyak, and Metzger, 1997; Yucha, Clark, Smith, et al., 2001) ผลการวิเคราะห์อภิमानในต่างประเทศซึ่งมักจะเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยในคลินิก (Hill-Westmoreland, Soeken, and Spellbring, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ Gallant (2003) สังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในการสังเคราะห์การวิจัยนั้นเน้นความสำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่คุณภาพมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์มีความเชื่อถือได้สูง เป็นการสังเคราะห์จาหลักฐานที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติเพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้อย และสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ แต่ประเด็นนี้ถูกโต้แย้งจากนักสถิติหลายท่านว่าอาจเกิดความลำเอียงในการคัดเลือกงานวิจัย (File-drawer problem) และ Glass, McGaw and Smith (1981) เสนอว่าควรใช้งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว และ Rosental (1991) ได้เสนอการตรวจสอบปัญหานี้โดยการจำลองสถานการณ์ว่าถ้ารวมงานวิจัยที่ไม่มีนัยสำคัญเข้ามา จะต้องนำมาเป็นจำนวนเท่าไรจึงจะให้ผลการสังเคราะห์มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่าปัญหาการลำเอียงนี้ไม่มีมากนัก

ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุด ได้แก่ ปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 55) สัมพันธ์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2549) ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2554) ที่สนับสนุนการวิจัย และพัฒนาทั้งในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจัดการภาวะสุขภาพ การวิจัยด้านสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ และการวิจัยด้านเทคโนโลยี สารสนเทศให้สามารถใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพียงพอ ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศและมีแนวโน้มมีการเพิ่มขึ้น (Neifing, 1995;

Phipps, 1999) และจากสถิติขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2548 พบว่ามีประชากรโลกถึง 35 ล้านคนเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และคาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ในปี 2558 และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ประกอบกับโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนไป โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น เพื่อช่วยป้องกันการกำเริบรุนแรงซ้ำของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ ณัฏชา ภิรมย์ (2551) ที่สังเคราะห์งานวิจัยประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ใหญ่ในประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2550 มีการทำการวิจัยมากที่สุด และแนวโน้มในการผลิตงานวิจัยน่าจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยในวารสารทางการแพทย์จะทำให้พยาบาลมีโอกาสนำงานวิจัยเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น (อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ผลิตจากคณะพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90 ทั้งนี้เนื่องมาจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์ห่อภิมานว่า ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่เท่านั้น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค (รัตนา พรหมบุตร, 2550; Eliopoulos, 2005) และปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (ประยงค์ ลิมตระกูล, 2543; กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ใช้กลวิธีการจัดการตนเองที่เน้นพฤติกรรม (Self-Management behavior approach) โดยมีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) (Kanfer, 1988) เพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการควบคุมตนเองไม่ให้โรคกำเริบหรือมีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) และพยาบาลในฐานะเป็นผู้ให้บริการ

ทางด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 78 ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทั้งหมด (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) พยาบาลจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวความคิดในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม และปรับเปลี่ยนการให้บริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ซึ่งการปรับเปลี่ยนดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าหรือการวิจัย เพื่อเป็นฐานข้อมูลของการการคิด การตัดสินใจ และกำหนดทิศทางหรือแนวทางการให้บริการ การวิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาเพื่อสร้างองค์ความรู้หรือหาคำตอบที่ต้องการ ประกอบกับในการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษานั้นเป็นหลักสูตรต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา จึงส่งผลให้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์หोगิมาณครั้งนี้ส่วนใหญ่จากคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรา นุตตะโร (2546) การวิเคราะห์หोगิมาณประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ และงานวิจัยของ ณัชชา ภิรมย์ (2551) การวิเคราะห์หोगิมาณประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

1.2 ด้านระเบียบวิธีการวิจัย พบว่า รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบเชิงสัมพันธ์ (ร้อยละ 45) เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อบรรยายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ซึ่งเน้นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมากกว่าการทดสอบทฤษฎี เพื่อนำผลการวิจัยมาสนับสนุนทฤษฎีหรือสนับสนุนงานวิจัยอื่นๆ สำหรับตัวแปรอิสระหรือตัวแปรตามที่คัดเลือกมาศึกษานั้น ให้คัดเลือกตัวแปรที่มีแนวคิดหรือทฤษฎีและงานวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ของตัวแปร การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรไม่ใช่เป็นการวิจัยที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเหตุและผล เนื่องจากไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และไม่มีจัดการตัวแปรอิสระให้กับกลุ่มตัวอย่าง (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550: 156)

สมมติฐานของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางและไม่ระบุการตั้งสมมติฐานจำนวนเท่ากัน อย่างละ 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) การตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง และไม่ระบุการตั้งสมมติฐาน ทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ เนื่องจากสมมติฐานแบบมีทิศทางเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะระบุทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือระบุทิศทางความแตกต่างของตัวแปร แสดงให้เห็นว่างานวิจัยมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างมากเพียงพอ มีเหตุผลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ ได้รับการคาดคะเนคำตอบได้ ซึ่งในระดับนัยสำคัญที่เท่ากัน การระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางมีโอกาสยอมรับผลการทดสอบสมมติฐานมากกว่าการตั้งสมมติฐาน

อย่างไม่มีทิศทาง และมีอำนาจจำแนกทางสถิติมากกว่าสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550: 66)

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด คือ ไม่มีการระบุระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 35) เนื่องจากในแต่ละรายงานการวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน และมาจากเหตุผลของระยะเวลาการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาที่มีข้อจำกัดในด้านเวลาของเวลาที่ ต้องทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 65) รองลงมา แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 20) ที่บ้านหรือชุมชน (ร้อยละ 15) เมื่อพิจารณาจากสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และความเป็นตัวแทนของประชากรนับได้ว่างานวิจัยครั้งนี้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้ กว้างขวาง มีลักษณะของตัวอย่างที่ดี กล่าวคือ ทุกหน่วยงานควรได้รับการเก็บข้อมูล และถูกเลือก โดยไม่มีความลำเอียง (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539: 138) อีกทั้งผลงานวิจัยสามารถนำมาอธิบาย หรืออ้างอิงประชากรโดยทั่วไปได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545: 71) และเป็นการเพิ่มความตรง ภายนอกของงานวิจัยได้ (Polit and Hunger, 1999: 232) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 50) และสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนมากที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นริญา เพียรสูงเนิน (2550) ที่สังเคราะห์งานวิจัย ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สถานที่เก็บ รวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน (ร้อยละ 81.80)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน 30-90 คน (ร้อยละ 35) ซึ่งถือว่าเป็นขนาด กลุ่มตัวอย่างที่สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการวิเคราะห์เพิ่มขึ้น และหาก กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานจากค่าเฉลี่ยจะลดลง ทำให้ความ คลาดเคลื่อนของผลการวิจัยลดลง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) แต่การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่มากก็มีข้อเสีย คือ ทำให้เพิ่มโอกาสที่เรียกว่า ผลการทดสอบสมมติฐานมีนัยสำคัญทาง สถิติ (Statistical significance) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางการปฏิบัติ (Non practical significance) และความคลาดเคลื่อนของผลงานวิจัยไม่ใช่ขึ้นอยู่กับขนาดตัวอย่างแต่เพียงปัจจัยเดียว แต่มีอีก หลายปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัย ได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัยที่ไม่ถูกต้อง เครื่องมือไม่มีคุณภาพ และกาใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550: 205) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยเกินไป ควรเพียงพอที่จะ

อนุমানถึงประชากรทั่วไป และมีจำนวนไม่มากเกินไปจนเป็นปัญหาในด้านเวลา และงบประมาณในการวิจัย (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548)

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวิธีสุ่มที่ไม่ได้อาศัยความน่าจะเป็นในการใช้โอกาสทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และมีผลต่อความตรงภายนอกได้ (Polit and Beck, 2004) และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่องจะศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกันจึงมีการเลือกเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา นิธิญา เพียรสูง (2550) ที่สังเคราะห์งานวิจัยประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าส่วนใหญ่รายงานค่าที่ระดับ 0.05 (ร้อยละ 35) การระบุนัยสำคัญทางสถิติขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบ หรือเป็นปัญหาการวิจัยที่ศึกษา โดยส่วนใหญ่สาขาการพยาบาลศาสตร์ จะระบุที่ 0.05 และ 0.01 (Polit and Hungler, 1987 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) เพื่อลดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 โดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเหมาะสม ทำการวิจัยซ้ำ และการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างใหม่ เพื่อป้องกันผลการวิจัยที่ผิดพลาด และเป็นอันตรายต่อมนุษย์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า งานวิจัยทั้งหมดใช้สถิติทดสอบมากกว่า 1 สถิติ โดยมีการใช้สถิติมากที่สุด คือ Multiple regression และ Pearson's Product Moment Correlation (ร้อยละ 29.72) การวิเคราะห์ถดถอยพหุเป็นสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร โดยตัวแปรอิสระเป็นตัวทำนายหรือพยากรณ์การผันแปรของตัวแปรตาม โดยมีเงื่อนไขการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ดังนี้ ตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์มีค่าต่อเนื่อง ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น และตัวแปรอิสระ ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันสูง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2550: 454-460) และ Pearson's Product Moment Correlation เป็นสถิติที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรหรือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น 1 ตัวแปร และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง โดยมีค่าในมาตรวัดช่วงมาตราหรืออัตราส่วน

มาตรา (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551: 142) ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มประชากรและมีขนาดใหญ่เพียงพอ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2550: 377-378)

วิธีการสร้างเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 61.45 เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นจะวัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพทางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ และเป็นเครื่องมือที่มีคนพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับชนิดของโรคเรื้อรัง และวัตถุประสงค์ที่จะใช้เครื่องมือในการวิจัย เช่น แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนใหญ่จะมีการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 68.67) เนื่องจากเครื่องมือที่มีคุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความเที่ยงและความตรง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเป็นสิ่งสำคัญมาก ทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับ มีความตรงสามารถวัดตัวแปรได้ตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการ และมีความเที่ยง คือ ความเชื่อถือได้ ความถูกต้องของข้อมูลที่วัด (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) จุดมุ่งหมายของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยเพื่อลดความคลาดเคลื่อน (Error score) เพราะหากค่าความคลาดเคลื่อนลดลงมากเท่าไร ค่าที่ได้จากการวัดจะมีค่าใกล้เคียงกับค่าที่แท้จริงมากขึ้นเท่านั้น (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2550: 222-223) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2550: 224) ถ้าเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงต่ำมากนั้นเมื่อนำมาใช้ในการวัดตัวแปรแล้วผลการวิจัยจะได้รับความเชื่อถือได้มาน้อยเพียงใด เพราะเครื่องมือที่มีความเที่ยงต่ำย่อมทำให้ผลการวิจัยต่ำไปด้วย DeVellis (2001) กล่าวว่า การยอมรับการนำเครื่องมือไปใช้ได้จริงต้องมีค่าความเที่ยงอย่างน้อย .65 ขึ้นไป และจากการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยอยู่ระหว่างมากกว่า .7 ถึง .8 หมายความว่า เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้เพราะเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยริเริ่มพัฒนาขึ้น ควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Jacobson, 1988: 6; Burns and Geove, 1997; 327; Selby-Harrington et al, 1994 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2550: 232) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา ภิรมย์ (2551) ที่ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ห่อภิมานประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย พบว่า การวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยนำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 53.57 และเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูงเกินไป คือ มีค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมากกว่า .90 (DeVellis, 2001) ก็มีโอกาสเกิดความซ้ำซ้อนของการวัดองค์ประกอบย่อยของแต่ละตัวแปรได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรมีการระบุถึงรายละเอียดอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item analysis)

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดในการวิจัย (ร้อยละ 60) โดยทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้อธิบายการจัดการตนเองมากที่สุด ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของ Bandura เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1986) โดยแนวคิดนี้จะเน้นให้บุคคลยอมรับและมีความพยายามที่จะควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง หรือการยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา (Lorig et al., 2000; Lerman et al., 2004; Krein et al., 2005) มีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ และกระทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ (Schilling et al., 2002) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถอยู่กับโรคได้ (Barlow et al., 2002; Schreurs et al., 2003; Redman, 2004) ซึ่งกลวิธีที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการด้วยตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้นั้น โดยใช้กลวิธีจัดการตนเองที่เน้นพฤติกรรม (Self-management behavior approach) ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) (Kanfer, 1988) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม การกำหนดกรอบแนวคิดในงานวิจัยนั้นเป็นความคิดรวบยอดที่แสดงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ หรือตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา และอธิบายด้วยเหตุผลทางวิชาการ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550: 40) ซึ่งทำให้ผู้วิจัย ผู้อ่านและผู้ใช้งานวิจัยได้เข้าใจตรงกันเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในกระบวนการวิจัย เพราะเป็นโครงสร้างของมโนทัศน์ และข้อความเชื่อมโยงอย่างมีเหตุผล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณิชชาภิรมย์ (2551) ที่สังเคราะห์งานวิจัยประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ใหญ่ในประเทศไทยพบว่างานส่วนใหญ่มีการใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (ร้อยละ 100) และสอดคล้องกับการคาดการณ์ของ Brown, Tanner, and Padrick (1984) ที่กล่าวว่า งานวิจัยของพยาบาลจะมีการแสดงความคิดและทฤษฎีในการวิจัยมากขึ้น ด้วยเหตุที่การพัฒนาทฤษฎีจากงานวิจัยเป็นการยอมรับในเชิงวิทยาศาสตร์ ทำให้ข้อความรู้ที่ได้จากการวิจัยได้รับความน่าเชื่อถือสูง

เมื่อพิจารณาคุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 95) อาจเนื่องมาจากวิจัยส่วนใหญ่เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยทุกขั้นตอน โดยอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ รวมทั้งยังมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีมาก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ศึกษา ปัจจัยด้านส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 42.10 เนื่องจากการตอบสนองของผู้ป่วยด้านต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงภาวะการเจ็บป่วย (Unhealthy states) ของผู้ป่วย (Heitkemper and Shaver, 1989 อ้างถึงในรุ่งนภา บุญประดิษฐ์, 2536) และปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541: 31)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่และวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ทั้งหมด 20 เรื่อง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 115 ค่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในภาพรวมของทั้ง 4 ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่สูงสุด คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ($r = .445$) เนื่องจากพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541: 27) และการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพได้ จะช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่ยืนยาว และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ (นัฐยา เพ็ชรสูงเนิน, 2550) ประกอบกับปัจจุบันแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคติดต่อเรื้อรังตามมา (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่ง

ผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกรรม การการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2551) จึงส่งให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการจัดการตนเองมากขึ้น รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ($r = .405$) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคล ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการรักษาและการช่วยดูแลที่ยาวนานตลอดชีวิต (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงส่งผลทำให้บุคคลต้องมีการจัดการตนเองอย่างมากในการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ได้ (Barlow et al., 2002; Schreurs et al., 2003; Redman, 2004)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านส่วนบุคคลเมื่อแยกตามรายปัจจัยรายด้าน พบว่า ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .481 เนื่องจากความมั่นใจในความสามารถของบุคคลหนึ่งที่จะบริหารและจัดการเพื่อให้กิจกรรมนั้น บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (Bundura, 1997; Bodenheimer et al., 2002) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง (Robinson et al., 2008) และจากการศึกษาของ Krichbaum และคณะ (2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ Weijman และคณะ (2005) พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ว่าโรคเบาหวานสามารถรักษาหรือควบคุมการดำเนินโรคได้จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้โรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ และการที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าโรคที่ตนเองเผชิญอยู่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ย่อมส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยพยายามเรียนรู้และปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของกาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .816, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพเมื่อแยกตามรายปัจจัยรายด้าน พบว่า ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .403 เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคล ซึ่งดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ จะสามารถทำให้บุคคลรู้สึกตนเองมีคุณค่ามีความสำคัญ ก่อให้เกิดผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือ และตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง และสามารถทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพได้มากกว่าการสนับสนุนโดยทั่วๆ ไป (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ของ Steele and Shaver (1992) ที่กล่าวว่าความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความหลากหลาย ซึ่งทำให้เกิดการปรับตัวของบุคคล และมีผลต่อภาวะสุขภาพ ผลที่เกิดจากการสนองทางชีวพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมที่ได้ในหลายๆ ด้าน ซึ่งทำให้ปัจจัยสภาพแวดล้อมมีผลต่อการจัดการตนเองสูง และจากการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส หรือบุตร (86.4%) จากผลดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวมีการจัดการกับตนเองที่ดีและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สุขประเสริฐ (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายด้วยตนเอง ($r = .318, p < 0.1$) และหน้าที่ด้านจิตใจและสนับสนุนจากคนใกล้ชิดช่วยให้การจัดการตนเองดีขึ้น (Bodenheimer, et al., 2002; Dilorio et al., 2006) และจากการศึกษาของ Gallant (2003) ได้วิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Whittemore, Melkus, และ Grey (2005) ทำการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome การจัดการตนเอง และการปรับทางจิตสังคม ในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสนับสนุนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangpaeny (2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดการ

ภาวะหายใจลำบากด้วยตนเอง ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง เพื่อค้นหาตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และการวิเคราะห์ถดถอยเพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะการวิจัย ได้ผลการวิจัยและสามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์จำแนกตามตัวแปรปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านส่วนบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541: 27) และการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพนั้นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (จีรศักดิ์ เจริญพันธุ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550) จึงทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในกลุ่มปัจจัย

จากการวิเคราะห์ในระหว่างองค์ประกอบรายด้านของแต่ละปัจจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีความแตกต่างในองค์ประกอบย่อยของกลุ่มปัจจัยด้านส่วนบุคคล ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยาไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เนื่องจากมาจากองค์ประกอบย่อยในการวิเคราะห์ของกลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยามีเพียงกลุ่มเดียว ทำให้ไม่พบความแตกต่างในองค์ประกอบย่อยปัจจัยดังกล่าว

3.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรค

เรื้อรังวัยผู้ใหญ่เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าตัวแปรระดับการศึกษาและอายุ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Bandura, 1997 Bodenheimer et al., 2002) และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเริ่มการปฏิบัติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการเลือกกิจกรรม การใช้ความพยายามและความคงทนของการใช้ความพยายามนั้นๆ (Bandura, 1982 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล วัลยา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543) จึงทำให้เกิดความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในกลุ่มปัจจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bourbeau คณะ (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการวิเคราะห์แบบอนุमान พบว่า การรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{r} = .213, p < .05, \bar{r} = .816, p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ในส่วนผลการวิเคราะห์ถดถอย เพื่ออธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ และศึกษาว่าปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter multiple linear regression) พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา สามารถร่วมกันทำนายค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 5.7 เนื่องจากสุขภาพวัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่ขึ้นอยู่กับหลายอย่าง มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้สุขภาพไปในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541: 24) และพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Bandura, 1986) แต่ปัจจัยด้านสรีรวิทยาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค (Tobin et al., 1986) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยามีส่วนในการช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

จากการวิเคราะห์อภิमानงานวิจัยในครั้งนี้สามารถยืนยันถึงประโยชน์ และปริมาณที่ชัดเจนมากขึ้นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง จากค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่ทำการวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก ข้อมูลส่วนนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการสามารถนำข้อมูลหลักฐานอ้างอิง (Evidence base practice) และนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

นอกจากนี้ การวิเคราะห์อภิमानนั้นนับเป็นวิธีสังเคราะห์ที่จำเป็นในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล (Brown, 1991: 352) เนื่องจากเราสามารถนำผลของการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์อภิमानหลายๆเรื่อง มาสังเคราะห์เป็น การมห-อภิวิเคราะห์ (Mega-analysis) และเมื่อเราวิเคราะห์งานมห-อภิวิเคราะห์ หลายๆ เรื่องเราจะได้องค์ความรู้ที่เป็นศาสตร์ซึ่งเรียกว่า การอัครมห-อภิวิเคราะห์ (Super-analysis) (กรองไธ อุณหสูติ, 2539: 3) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการวิเคราะห์อภิमानเป็นการสังเคราะห์ขั้นต้นที่จะนำไปสู่การสังเคราะห์ขั้นสูง และจำเป็นในการใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างทฤษฎี เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ควรมีการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา เพื่อได้วางแผนให้การพยาบาลได้เหมาะสมแต่ละบุคคล และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อตัวผู้ป่วย

2. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาควรจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปัจจัยด้านต่างๆที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลเพื่อสะดวกในการค้นคว้า และนำไปบูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองที่ดีต่อไป ซึ่งเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและเผยแพร่งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ ด้านการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยจากการวิจัยพบว่า รายงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์บางเล่มระบุค่าสถิติที่สำคัญมาไม่ครบถ้วน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการนำไปศึกษาต่อ ดังนั้นในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยควรเสนอรายละเอียดที่สำคัญที่ได้จากการวิจัยให้ครบถ้วน เช่น ค่าสถิติที่เป็นผลจากการวิจัย รวมทั้งวิธีการตรวจสอบและผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า จำนวนงานวิจัยในบางปัจจัยน้อย หรือตัวแปรน้อยเกินไปที่จะนำมาสังเคราะห์งานวิจัยให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนได้ เช่น ปัจจัยด้านรายได้ ปัจจัยด้านเพศ และปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังนั้นผลที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ จึงขาดความเด่นชัดในบทสรุปและการค้นหาตัวแปรที่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จึงควรมีศึกษาในเรื่องเหล่านี้เพิ่มเติม ซึ่งในอนาคตถ้ามีผู้สนใจในการนำผลงานวิจัยไปใช้ หรือนำผลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะได้บทสรุปที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. จากการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองมีค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ดังนั้นควรมีการศึกษาเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองให้มากยิ่งขึ้น และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองได้ดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองครบทั้ง 4 ปัจจัย ในผู้ป่วยโรคโรคเรื้อรังเดียวกัน เพื่อจะได้สรุปเป็นองค์ความรู้ในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อขยายองค์ความรู้



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา สุขประเสริฐ. 2551. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรองไต่ อุณหสูต. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมต้า. **วารสารพยาบาล ศาสตร์** 14(2): 12-17.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ. 2534. **การสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกรรมการการ ดำเนิน การลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. **ร่างแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ. 2550-2559** [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: <http://www.thaiphc.net/journal/ amor /fulltext.PDF> [30 กรกฎาคม 2552]
- คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอขอของบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี. **จริยธรรมและจรรยาบรรณ นักวิจัย** [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: http://www.ncrct.net/downloads/02095 append_ 07.pdf [30 กรกฎาคม 2552]
- ชลกร ภูสกุลสุข. 2547. **ประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้พลังจักรวาลในการดูแล สุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชุตินธร เรียนแพง. 2548. **การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรกรรมและศัลยศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูชัย ศรีขำนิ. 2549. Disease Management. ใน **เอกสารประกอบคำบรรยายในการประชุม พัฒนาศูนย์บริการในหน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการโรคค่าใช้จ่ายสูง และโรคเรื้อรังแบบครบวงจร**. โรงแรมลีการ์เด้น. สงขลา.

จารุวรรณ มานะสุรการ. 2544. **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล.**

พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. 2550. **พฤติกรรมสุขภาพ.** มหาสารคาม: คลังนานาวิทยา.

จันทร์เพ็ญ ชูประพาพรรณ. 2539. **รายงานการสำรวจ สถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย : ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2539.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุข สุขไทย.

จุฬาลักษณ์ บารมี. 2551. **สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีศิลป์การพิมพ์.

จอม สุวรรณโน. 2546. **ความสามารถของญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 18 (กรกฎาคม - กันยายน): 1-21.**

ณัชชา ภิรมย์. 2551. **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย: การวิเคราะห์อภิमान.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนีพันธ์. 2545. **การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.** กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ทิพวัลย์ โพธิ์แทน. 2543. **การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน: ทางเลือกในการบำบัดทางการพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม. ใน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม, หน้า 71-80. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.**

ทัศนีย์ นะแสง. 2542. **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** สงขลา: เทมการพิมพ์.

นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2548. **การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2549. ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness Representation): กรณีศึกษาและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 29(1): 37-45.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. 2541. **การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อภิธานและการวิเคราะห์เนื้อหา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. **การวิเคราะห์อภิธาน (Meta-analysis)**. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2545. การเชื่อมโยงองค์ความรู้จากงานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิธาน. **วารสารวิธีการวิจัย** 15(3): 295-329.
- นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. **ประเด็นรณรงค์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2552** [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา: <http://www.thaincd.com/files/download/download1no181.doc>[30 กรกฎาคม 2552]
- นัฐยา เพ็ชรสูงเนิน. 2550. **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน: การวิเคราะห์อภิธาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2550. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคม. ใน **เอกสารประกอบการสอนวิชา การสร้างเสริมสุขภาพ**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2547. **ระเบียบการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร. ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2550. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประกาย จิโรจน์กุล. 2548. **การวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- ประคอง อินทสมบัติ. 2536. แนวความคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์** 13 (4): 14-23.

- ประคอง อินทสมบัติ. 2540. การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การดูแลตนเอง: ศาสตร์ และศิลปะทางการแพทย์**, หน้า 133-162. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- ประยงค์ ลิ้มตระกูล. 2543. การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. ใน **การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ปิยะฉัตร จำเริญ. 2547. **การวิเคราะห์อภิमानงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. 2536. **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: อัดลายด์เพรส.
- พูนทรัพย์ วงศ์สุระเกียรติ. 2548. Acute exacerbations of COPD. ใน สุรพล อิศระไกรศีล (บรรณาธิการ), **อายุรศาสตร์ทันยุค**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พองคำ ติลกสกุลชัย พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และดรฤณี กาญจนคุณกร. 2543. การสำรวจการใช้ผลงาน วิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 18(3) : 44-54.
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล 2543. **การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- มธุรส กัลหไสภา. 2551. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิमान**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวเรศ สมทรัพย์. 2543. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุพิน โกรินทร์ วันเพ็ญ เขียมจ้อย และฉวีวรรณ ธงชัย. 2538. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. **พยาบาลสาร** 22(1): 1-17.

- รัตน์ะ บัณฑิต. 2534. บางแง่มุมของการวิเคราะห์อภิมาน. **ข่าวสารวิจัยการศึกษา** 14(5): 7-10.
- รัตนา พรหมบุตร. 2550. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา บุญประดิษฐ์. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งฤดี ห่อนาค. 2541. **รูปแบบการดำเนินชีวิต การเปิดรับเพลงกับความพึงพอใจที่มีต่อเพลงไทยสากลของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณิ อริยสินสมบุญ. 2544. **การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาจิตวิทยา: การวิเคราะห์อภิมาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. **การวิจัยทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัลญา ยิ้มยวน. 2547. **การวิเคราะห์อภิมานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดวิจารณ์ญาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลา ตันยาศัย และอดิศัย สงดี. 2540. **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน**. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 4**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2551. **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริฎา พูลสุวรรณ. 2536. **การศึกษาประสิทธิภาพของการสอนโยการวิเคราะห์อภิมาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการวิจัย และพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- ศิริยุภา พูลสุวรรณ. 2539. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ การสร้างองค์ความรู้จากงานวิจัย ใน นภากาศณ์
 หะวานนท์ (บรรณาธิการ), **พัฒนาศึกษาศาสตร์ ศาสตร์แห่งการเรียนรู้และการ
 ถ่ายทอดการพัฒนา**, หน้า 149-157. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แปลนโมทิฟ.
- ศูนย์ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **จำนวนและอัตรา
 การตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2546-2550
 สำนักนโยบายยุทธศาสตร์** [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: [http://www.bps.
 ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5](http://www.bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5) [30 กรกฎาคม 2552]
- สมเกียรติ โภทิสต์ย์ รัตนา พันธุ์พานิช และโยธี ทองเป็นใหญ่. 2545. **คู่มือการทบทวนอย่าง
 เป็นระบบ Systemic Reviews**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล วลัยยา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543. **การส่งเสริมสุขภาพ:
 แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล**. นครศรีธรรมราช: มหาลัษณ์วิทยาลัย.
 สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2532. ภาวะสูญเสียมอำนาจ: มโนมติการประเมินและการพยาบาล.
วารสารพยาบาล 38. 221-239.
- สินีนุช เสนิงวงศ์ ณ ออยุธยา. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
 สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล. 2549. **ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวลักษณ์ คุณทวี. 2550. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิต
 แบบซึ่งกันต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 เข้าใจประสาทตา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงจันทร์ ทองมาก. 2541. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี :
 โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุคนธ์ มีเนตรทิพย์. 2540. **การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วย
 เบาหวานในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาล
 ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. แนวคิดของการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน **การพยาบาลผู้ป่วย**

เรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล, หน้า 1-42. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น:

ขอนแก่นการพิมพ์.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และเสนารักษ์. 2534. **กระบวนการพยาบาล :**

ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

สุนิดา ปรีชาวงศ์. 2551. การจัดการตนเอง : แนวคิดและการนำไปใช้. ใน **เอกสารประกอบการ**

สอนรายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2 . นนทบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีพร ธนศิลป์. 2549. การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง II. ใน **เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาล**

ผู้ใหญ่ชั้นสูง. นนทบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรพวรรณ ลีอนุญชวีชัย. 2549. **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์ธนาเพชร.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2552. ความทรงของเครื่องมือ. **เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนา**

เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).

อัจฉรา นุตตะโร. 2546. **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการ**

ผ่อนคลายกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. 2541. **ผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อ**

พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.

ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อรัญญา ชิดชอบ. 2551. **การจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุทุมพร ทองอุไทย. 2527. **การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ เน้นวิธีวิเคราะห์เมต้า**.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. 2531. **การสังเคราะห์งานวิจัย: เชิงปริมาณ**.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Adams, K., Greiner, A. C., and Corrigan, J. M. 2004. **The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities.** Washington, DC: The National Academies Press.
- Adelman, A. M. 2001. **Managing Chronic Illness.** In Adelman, A. M., Daly, M. P. & Weiss, B. D. *Geriatrics.* Boston: McGraw-Hill.
- Al-Ghazall, S. K., Fallowfield, L., and Blamey, R. W. 2000. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. **European Journal of Cancer** 36: 1923-1943.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., and 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 Objective for the self-management of Cystic Fibrosis. **Patient Education and Counseling** 22(1): 15-25.
- Bartholomew, L. K., et al., 1997. Self-management of cystic fibrosis: short-term outcomes of the cystic fibrosis family education program. **Health Education & Behavior** 24: 652-666.
- Bartholomew, L. K., et al. 2001. **Intervention Mapping Designing theory and evidence base health promotion program.** California: Mayfield.
- Bandura, A. 1986. **Social foundations of thought and action.** New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. 1997. **Self-efficacy: The exercise of control.** New York: W. H. Freeman.
- Bennett, S. J., Cordes, K. D., Westmoreland, G., Castor, R., and Donnelly, E. 2000. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. **Nursing Research** 49(2): 139-145.
- Berg, J., Dunbar- Jacob, J., and Sereika, S. 1997. An evaluation of a self- management program for adult with asthma. **Clinical Nursing Research** 6(3): 225- 238.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., and Grumbach, K. 2002. Patient self-management of chronic disease in primary care. **Journal of the American Medical Association** 288(19): 2469-2475.
- Bourbeau, J., Nault, D., and Dang-Tan, T. 2004. Self-management and behavior modification in chronic obstructive pulmonary disease. **Patient Education and Counseling** 52: 271-277.
- Braunwald, E. 2001. Heart Failure. In E. Braunwald, et al., (Eds.), **Harrison's principles of internal medicine**, pp.1318-1329. 15th ed. New York: McGraw Hill.
- Brody, G. H., Kogan, S. M., Murry, V. M., Chen, Y., and Brown, A. C. 2008. Psychological Functioning, Support for Self-Management, and Glycemic Control Among Rural African American Adults With Diabetes Mellitus Type 2. **Health Psychology** 27 (1): 83-90.
- Brown, J. S. Tenner, C. A., and Padrick, K. P. 1984. "Nursing research for scientific knowledge". **Nursing Research** 33(1): 26-32.
- Brown, A. S. 1991. Measurement of quality of primary studies for meta-analysis. **Nursing Research** 40(6): 352-355.
- Burks, K. J. 1999. A nursing practice model for chronic illness. **Rehabilitation Nursing** 24(5): 197-200.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2001. **The practice of nursing research : Conduct, critique & utilization**. 4th ed. Philadelphia : Saunders.
- Burns, N., & Grove. S. K. 2005. **Understanding nursing research**. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Center for Disease Control and Prevention. 1997. Resources and priorities for chronic disease prevention and control. **Morbidity and Mortality Weekly Report** 46(13): 286-287.
- Center for Disease Control and Prevention. 1998. Prevalence and impact of chronic joint symptoms. **Morbidity and Mortality Weekly Report** 47(17): 345-351.
- Carson, B., Riegel, B., and Moser, K. D. 2001. Self-care abilities of patients with heart failure. **Heart & Lung: Journal of Critical Care** 30(5): 351-359.

- Changming, V. 2003. **Relationships among symptom recognition, social support and symptom self-management of patients with schizophrenia.** Master' Thesis. Department of psychiatric-mental health nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Chenoweth, L., Gallagher, R., Sheriff, J. N., Donoghue, J., and Stein-Parbury, J. 2008. Factors supporting self-management in Parkinson's disease: implications for nursing practice. **Journal compilation** 187-193.
- Clark, N. M., et al., 1991. Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. **Journal of Aging and Health** 3: 3-27.
- Coates, V. E., and Boore, J. R. P. 1995. Self-management of chronic illness: Implications for nursing. **International Journal of Nursing Studies** 32(6): 628-640.
- Cohen, F. L. 1997. Measuring sleep. In M. Frank-Stromborg., and S. J., Olsen (Eds), **Instruments for clinical health-care research.** 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Cohen, J. 1977. **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** New York: Academic Press.
- Corbin, J. M., and Strauss, A. 1992. A nursing model for chronic illness management base upon the trajectory. In P. Woog. (Ed.), **The chronic illness trajectory framework: The Corbin and Strauss nursing model.** New York: Springe.
- Corbin, J. M., and Strauss, A. 2001. Introduction and overview: Chronic illness and nursing. In Hyman, R. B., & Corbin, J. M. (eds.), **Chronic illness research and theory for nursing practice.** New York: Springer Publishing.
- Cormier, C., and 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.), **Handbook of self – regulation,** pp.601-629. California, Academic.

- Crotty, M., et al. 2009. Self-management peer support among people with arthritis on a hospital joint replacement waiting list: a randomized controlled trial. **Osteoarthritis cartilage** 1-6.
- Curtin, M., and Lubkin, H. 1995. What is chronicity?. In I. M. Lubkin. (Ed.), **Chronic illness: Impact and interventions** (pp. 3-23). Boston: Jones and Bartlett.
- Curtin, R. B., and Mapes, D. L. 2001. Health care management strategies of long-term dialysis survivors. **Nephrology Nursing Journal** 28(4): 385-392.
- Curtin, R. B., and Bultman Sitter Dorian Schatell, D. C., and Chewning, B. A. 2004. Self-Management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal** 31(4): 378-396.
- Daungpaeng, S. 2002. **Chronic dyspnea management of Thai adult with chronic obstructive pulmonary disease**. Doctoral dissertation. Doctoral of Nursing science, Graduate school, Mahidol University.
- Deaton, C. 2000. Outcome measurement. **Cardiovascular Nursing** 14(4): 116-118.
- Debbie, A., Lawlor, and Stephen, W. Hopker. 2001. The effective of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta regression analysis of randomised controlled trials. **British Medical Journal** 322 Iss 7289: 763-771.
- Demers, K. M. 1999. Wellness care and health maintenanc. In S. L. Molony, C. M. Waszynski, and C. H. Lyder. (Eds.), **Gerontological nursing: An advanced practice approach**. Stamford: Appleton & Lange.
- DeVellis, R. F. 2001. **Scale development**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Diefenbach, M. A., and Leventhal, H. 1996. The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. **Journal of social Distress and The Homeless** 5(1): 11-38.
- Dilorio, C., et al. 2006. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 9:158-163.

- Dowson, C. A., Town, G. I., Frampton, C., and Mulder, R. T. 2004. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. **Journal of Psychosomatic Research** 56: 333–340.
- Egede, L. E., and Bonadonna, R. J. 2003. Diabetes Self management in Africans: An Exploration of the Role of Fatalism. **The Diabetes Educator** 29(1): 105-115.
- Eliopoulos, C. 1997. **Gerontological Nursing**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Eliopoulos, C. 2005. **Gerontological Nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Falvo, D. R. 1991. Psychosocial and functional aspects of chronic illness and disability. In **Medical and disability. In Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability**, pp. 1-23. Maryland: An Aspen.
- Gallant, M. P. 2003. The Influence of social Support on Chronic Illness Self-management. **Health Education & Behavior** 30(2): 170-195.
- Garrett, M. J. 1997. Chronic conditions. In J. M., Black, and J. E., Matassarin (Eds.), **Medical-surgical nursing: Clinical management for continuity of care**, pp. 105-119. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Garrison. T. M. 2000. Chronic Illness and Rehabilitation. In Lueckenotte, A. G. **Gerontologic Nursing**. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Glass, G. V. 1976. Primary, secondary and meta – analysis of research. **Education Research** 5:3-8.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1981. **Meta-Analysis in social research**. California: Sage.
- Glass, G.V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1987. **Meta-Analysis in social research** 4th ed. California: Sage.
- Gleeson-Kreig, J., Bernal, H., and Woolley, S. 2002. The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Amonga Hispanic Population. **Public Health Nursing** 19(3): 215-222.

- Gray, M. 2006. The Role of Advance Practice Nurses in the Care of people with Chronic Conditions. In **Prevention and Management of Chronic Conditions : International Per-spective**. Proceeding book for an International Conference, January 25-27. Bangkok, Thailand.
- Hagger, M. S., and Orbell, S. 2003. A Meta-Analysis Review of The Common-Sense Model of Illness Representations [Electronic version]. **Psychology and Health** 18(2): 141-184.
- Haobin, Y. 2000. **Self-efficacy and behaviors among myocardial infarction patients**. Master' Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Chiangmai University.
- Hair, J. F., et al., 1998. **Multivariate data analysis**. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hedges, L. V., and Olkin, I. 1985. **Statistical methods for meta – analysis**. Orlando Florida: Academic Press.
- Hentinen, M., and Kyngas, H. 1992. Compliance of yong diabetics with health regimens. **Journal of Advanced Nursing** 17: 530-536.
- Hill-Westmoreland, E. E., Soeken, K., and and Spellbring, A. M. 2002. " A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly". **Nursing Research** 51(1): 1-8.
- Hodges, H. F. Keeley, A. C., and Grier, E. C. 2001. Masterworks of art chronic illness experiences in elderly. **Journal of Advanced Nursing** 36(3): 389-398.
- Hopwood, P., et al. 2000. Clinical follow-up after bilateral risk reduce ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes. **Psycho-Oncology** 9: 462-72.
- House, J. S., and Kahn, R. L. 1985. Measures and concepts of social support. Ins. Cohen and S. L. Syme (ed.), **Social support and health**, pp. 83-107. Orlando: Academic.
- Hunt, M. 1997. **How science takes stock: The study of meta-analysis**. New York: Russel Sage.

- Hunter, J. E., and Schmidt, F. L., and Jacson, G. B. 1982. **Meta-Analysis: Cumulating Research Findings Across studies**. Beverly Hills: Sage.
- Hunter, J. E., and Schmidt, F. L. 1990. **Method of meta-Analysis**. California: Sage.
- Hunter, J. E., and Schmidt, F. L. 1991. Meta-analysis. In R. K. Hambleton and J.N. Zaal. (Eds.), **Advances in Educational and Psychological Testing**. Boston, Kluwer Academic Publishers.
- Hymay, R. B., Feldman, R. H., Harris, R. B., et al. 1989. "The effect of relaxation training on clinical symptoms: A meta-analysis ". **Nursing Research** 38 (4): 216-220.
- Jerant, A. F., Von Friederichs-fitzwater, M. M., and Moore, M. 2005. Patient's perceived barriers to active self-management of chronic conditions [Electronic version]. **Patient Education and Counseling** 57: 300-307.
- Johnson, M. 1990. Psychological aspects of chronic disease. In J. Hasler, and T., Schofield (Eds.), **Continuing care: the management of chronic disease**, 17-45 pp. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Jowsey, T., et al., **Challenges for co-morbid chronic illness care and policy in Australia: A qualitative study** [Online]. 2009. Available from: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/6/1/22> [2009, October 1]
- Kanfer, H. F. 1981. Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. P., Goldstien. (Ed.), **Helping people change**, pp.335-389. 2nd ed. New York: Pergamon Press.
- 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., and 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.
- Kangchai, W. 2002. **Efficacy of Self-Management Promotion Program for Elderly Women With Urinary Incontinence**. Doctoral dissertation. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University. with osteoarthritis: insiders views. **Applied Nursing Research** 11(1): 19-26.

- Krein, S. L., Heisler, M., Piette, J. D., Makki, F., and Kerr, E. A. 2005. The Effect of Chronic Pain on Diabetes Patients Self-Management. **Diabetes Care** 28(1): 65-70.
- Krichbaum, K., Aarestad, V., and Buethe, M. 2003. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. **The Diabetes Educator** 29(4): 653-662.
- Kulik, J. A., and Kulik, C. C. 1989. Meta-analysis in education. **International Journal of Education Research** 13: 223-240.
- Kyngas, H., Hentinen, M., and Barlow, J. H. 1998. Adolescents perceptions of physicians, nurses, parents and Friends: help or hindrance in compliance with diabetics self-care?. **Journal of Advanced Nursing** 27: 760-769.
- Kyngas, H., Hentinen, M., Koivukangas, P., and Ohinmaa, A. 1996. Young diabetics compliance in the Framework of the mimic model. **Journal of Advanced Nursing** 24: 997-1005.
- Labyak, E. S., and Metzger, L. B. 1997. "The Effect of Effleurage Backrub on the Physiological Components of Relaxation: A Meta-analysis". **Nursing Research** 46 (1): 59-62.
- LeMone, P., and Burke, K. M. 2000. **Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care**. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Lerman, I., et al. 2004. Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care in a specialized Center in Mexico City. **Biomedicine & Pharmacotherapy** 58: 566–570.
- 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.
- Lobban, F., Barrowclough, C., and Junes, S. 2003. A review of the role of illness models In severe mental illness [Electronic version]. **Clinical Psychology Review** 23: 171-196.

- Lorig, K., and Holman, H. 2000. **Self-management education: context, definition, and outcomes and mechanisms.** Paper presented at the first Chronic.
- Lorig, K. 2004. **Chronic Disease Management: Global development of Chronic Disease Self- Management Programs.** Paper present at the meeting of the 38th Annual Mackid Symposium.
- Lubkin, I. M. 1995. **Chronic illness: Impact and interventions.** (3rd ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- Lubkin, I. M., and Larsen, P. D. 2002. **Chronic illness: Impact and intervention.** 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- McCabe, P. J., Schad, S., Hampton, A., and Holland, D. E. 2008. Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation. **Heart & Lung** 37: 79-90.
- McGowan, P. **Self-management: A background paper; New perspective: International conference on patient self-management** [Online]. 2007. Available from: <http://www.Coag.Uvic.ca/cds> [2009, July 30]
- Methakanjanasak, N. 2005. **Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis.** Doctoral dissertation. Department of Nursing Science Graduate School, Chiangmai University.
- Miller, F. J. 1992. **Coping with chronic illness.** 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Misra, R., and Lager, J. 2009. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. **Journal of Diabetes and Its Complications** 23: 54-64.
- Mullen, B. 1989. **Advance BASIC Meta-Analysis.** Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nakagawa-Kogan, H., and Betrus, A. P. 1984. Self-management: a nursing mode of therapeutic influence. **Advances in Nursing Science** 6(4): 55-73.
- Neifing, T. 1995. Financial impact. In I. M. Lubkin. (Ed.), **Chronic illness: Impact and interventions**, pp. 382-402. Boston: Jones and Bartlett.

- Newman, S., Steed, L., and Mulligan, K. 2004. Self-management intervention for chronic illness. **The Lancet** 364(23): 1523-1537.
- Nodhturft, V., et al. 2000. Chronic disease self-management Improving health outcomes. **Nursing Clinics of North America** 32(2): 507-517.
- O'Brien, M. E. 1999. **Spirituality in nursing: Standing on holy ground**. Boston: Jones and Bartlett.
- Orem, D. E. 1991. **Nursing: Concepts of practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. 2001. **Nursing: Concepts of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. 1996. **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed. United States of America: Appleton and Lange.
- Ponzo, M. G., et al. 2006. Gender, Ethnocultural, and Psychosocial barriers to Diabetes Self-Management in Italian women and Type 2 Diabetes. **Behavior & Medicine** 31:153-160.
- Phipps, W. J. 1999. Chronic illness and rehabilitation. In **Medical-surgical nursing: Concepts & clinical practice**. (16th ed., pp. 129-162). St. Louis: Mosby.
- Phipps, W. J. 2003. Chronic illness. **Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives**. 7th ed., pp. 71-89. St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. **Nursing research: Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. **Nursing Research: Principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2006. **Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, M. J. 1993. An Experiential Model of Learning Diabetes Self-Management. **Qualitative Health Research** 3(1): 29-54.
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. 2000. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. **Heart & Lung of critical care** 29(1): 4-15.

- Robinson, E., et al. 2008. Psychosocial predictors of lifestyle management in adults with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 13: 523-528.
- Roach, S. 2001. *Introductory to Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Ruggiero, L., Glasgow, R. E., Dryfoos, J. M., and Rossi, J. S. 1997. Diabetes self-management: Self-reported Recommendations and patterns in a large population. **Diabetes Care** 20(4): 568-576.
- Rosalind, M. P. 1999. The Effective of Therapeutic Touch: A Meta-Analytic Review. **Nursing Science Quarterly** 12(1): 52-61.
- 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.
- Rosenthal, R. 1991. **Meta-analytic procedures for social research**. Newbury Park: Sage.
- Sally, E. T., and Barbara, L. P. 2001. Health care professional support for self-care management in chronic illness: Insight from diabetes research. **Patient Education and Counseling** 42: 81-90.
- Sapio-Longo, L. 1999. Health promotion for theelderly. In S. L. Molony, C. M., Waszynski, and C. H. Lyder. (Ed.), **Gerontological nursing: An advanced practice approach**, pp. 27-44. Stamford: Appleton & Lange.
- Schilling, L. S., Grey, M., and Knafl, K. A. 2002. A Review of Measures of Self-Management of Type 1 Diabetes by Youth and Their Parents. **The Diabetes Educator** 28(5): 796-808.
- Schreurs, K. M. G., Colland, V. T., Kuijer, R. G., Ridder, D. T. D., and Elderen, T. 2003. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patient with chronic diseases requiring self-care behaviors [Electronic version]. **Patient Education and Counseling** 51: 133-141.
- Searle, A., Norman, Rachel, P., Thompson, R., and Vedhara, K. 2007. Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. **Journal of Psychosomatic Research** 63: 175-184.

- Slavin, R. E. 1986. Best-evidence synthesis: an alternative to meta-analysis and traditional review. **Educational Research** 15: 5-11.
- Slavin, R. E. 1987. Best-evidence synthesis: why less is more. **Educational Research** 16: 15-16
- Steele, B., and Shaver, J. 1992. The dyspnea experience: Nociceptive properties and model for research and practice. **Advances of Nursing Science** 15(1): 72-74.
- Stromberg, A. 2002. Educating nurses and patients to manage heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 1: 33-40.
- Watson, P. B., et al. 1997. Evaluation of a self-management plan for chronic obstructive pulmonary disease. **Eur Respir J** 10:1267-1271.
- Weijman, I., et al. 2005. The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. **Patient Education and Counseling** 59: 87–96.
- Whittemore, R., Melkus, G. D. E., and Grey, M. 2005. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing** 14(2): 195-203.
- Tang, T.S., Anderson, R. M., and Fitzgerald, J. T. 2007. Original Article: Psychosocial Aspects Patient-provider perceptions of diabetes and its impact on self-management: a comparison of African-American and White patients. **Diabetic Medicine** 25:341-348.
- Taylor, S. E. 1990. Psychosocial aspects of chronic illness. In T. C. Paul., and R. V., Gary (Eds.), **Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical care**. pp. 7-45. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Thorenen, C. E., and Kimi – Gray, K. Self-management psychology and the treatment-childhood asthma. **Journal of Allergy and Clinical Immunology** 72: 596-606. [Online]. 1983. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. [2009, July 30]
- 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.

Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., and Whitmer, K. 2008. Factors Influencing Diabetes Self-Management in Chinese People with type 2 Diabetes. *Research in Nursing & Health* 31:613-625.

Yucha, B. C., et al. 2001. The Effect of Biofeedback in Hypertention. *Applied Nursing Research* 14: 1.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

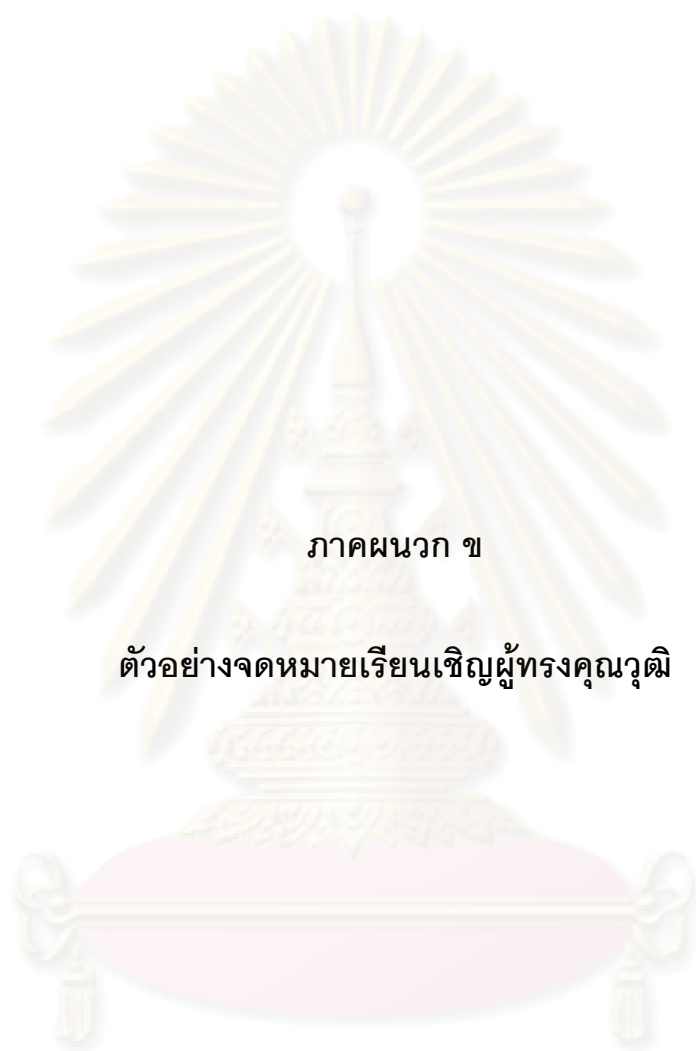
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต	นักวิชาการอิสระ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. นันทิยา วัฒมายู	อาจารย์ประจำภาควิชา พยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825 โทรสาร. 89806
 ที่ ศธ 0512.11/2406 17 ธันวาคม 2552
 เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เชื้ออกิจ

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

เนื่องด้วย นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่นิตินิต

นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ โทร. 08-9918-1521

ที่ ศธ 0512.11/2406



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต

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

เนื่องด้วย นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ โทร. 08-9918-1521

ที่ ศธ 0512.11/2406



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยพายัพ

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

เนื่องด้วย นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภอาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค

และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภอาจารย์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ โทร. 08-9918-1521

ที่ ศธ 0512.11/2406



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

6 มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ | อาจารย์ประจำภาควิชา
การพยาบาลรากฐาน |
| 2. อาจารย์ ดร. นันทิยา วัฒมา | อาจารย์ประจำภาควิชา
พยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

และอาจารย์ ดร. นันทิยา วัฒมา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

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

นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ โทร. 08-9918-1521



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่.....

วัน เดือน ปี.....

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1. ชื่อผู้วิจัย.....
2. ชื่องานวิจัย.....
3. ประเภทงานวิจัย
 - (1) วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต
 - (2) วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต
 - (3) รายงานการวิจัย
 - (4) งานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์ในวารสารชื่อ.....
 - (5) อื่นๆ (การค้นคว้าอิสระ สรณิพนธ์)
4. สาขาที่ผลิตงานวิจัย.....
5. ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่.....
6. ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบแผนงานวิจัย
 - (1) เชิงสหสัมพันธ์
 - (2) เชิงบรรยาย
 - (3) เชิงสำรวจ
 - (4) เชิงเปรียบเทียบ
2. กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย
 - (1) มีระบุกรอบแนวคิด.....
 - (2) ไม่ระบุกรอบแนวคิด

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย

1. แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วย.....

(1) ไม่มี

(2) มี ระบุ

2. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

2.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

.....

1.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

.....

1.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา

.....

1.4 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา

.....

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

2.1 กรณีรายงานค่าสถิติ r

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	ค่า r
1.....			
2.....			

2.2 กรณีรายงานค่าสถิติ R^2

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	ค่า t	n1	n2	r	R^2
1.....						
2.....						

2.3 กรณีรายงานค่าสถิติ F

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	F	SSB	SSW	SST	n	r
1.....							
2.....							

2.4 กรณีรายงานค่าสถิติ χ^2

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	ค่า χ^2	n	r
1.....				
2.....				

ผลการวิจัย

.....

.....

ข้อจำกัดในการวิจัย

.....

.....

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

.....

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองในผู้ป่วย
โรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่

ชื่อผู้วิจัย.....

รหัสงานวิจัย.....

ชื่องานวิจัย.....

ลักษณะที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
	0	1	2	3	4
1. ชื่อเรื่องมีความชัดเจน ครอบคลุม					
2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนสอดคล้อง กับเรื่องที่ทำวิจัย					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
18. มีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์					
รวม					

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

1. ชื่อเรื่องมีความชัดเจน ครอบคลุม

- 4 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม วิธีการที่ศึกษาและกลุ่มประชากร
- 3 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม วิธีการที่ศึกษา
- 2 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม
- 1 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรตามเพียงอย่างเดียว
- 0 หมายถึง ชื่อเรื่องไม่มีความชัดเจน

2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

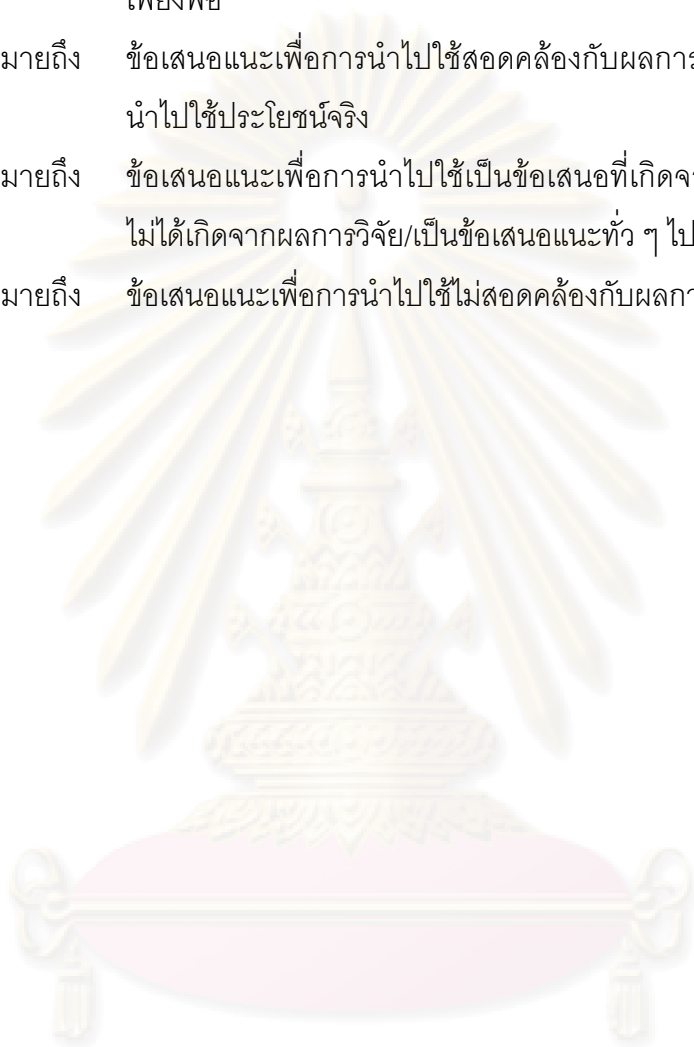
- 4 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัยและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษาโดยมีข้อมูลผลการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน
- 3 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย และครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษาโดยมีเหตุผลสนับสนุน
- 2 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย แต่ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา
- 1 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาไม่สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัยหรือไม่ ระบุให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย
- 0 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

3.

18. มีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

- 4 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงและเกิดประโยชน์โดยมีเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

- 3 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงและเกิดประโยชน์ แต่ขาดเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ
- 2 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย แต่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริง
- 1 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้เป็นข้อเสนอที่เกิดจากความคิดของผู้วิจัย ไม่ได้เกิดจากผลการวิจัย/เป็นข้อเสนอแนะทั่วไป ไม่ชัดเจน
- 0 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมานของประเทศไทย

- กาญจนา สุขประเสริฐ. 2551. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหัวใจ
ล้มบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชุตินทร เรียนแพง. 2548. การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรกรรมและศัลยศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริลักษณ์ สุทนต์นกุล. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Changming, V. 2003. Relationships among symptom recognition, social support and
symptom self-management of patients with schizophrenia. Master' Thesis.
Department of psychiatric-mental health nursing, Graduate School, Mahidol
University.
- Haobin, Y. 2000. Self-efficacy and behaviors among myocardial infarction patients.
Master' Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Chiangmai
University.
- Methakanjanasak, N. 2005. Self-management of end-stage renal disease patients
receiving hemodialysis. Doctoral dissertation. Department of Nursing Science,
Graduate School, Chiangmai University.

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณของต่างประเทศ

- Brody, G. H., Kogan, S. M., Murry, V. M., Chen, Y., and Brown, A. C. 2008. Psychological Functioning, Support for Self-Management, and Glycemic Control Among Rural African American Adults With Diabetes Mellitus Type 2. **Health Psychology** 27(1): 83-90.
- Chenoweth, L., Gallagher, R., Sheriff, J. N., Donoghue, J., and Stein-Parbury, J. 2008. Factors supporting self-management in Parkinson's disease: implications for nursing practice. **Journal compilation** 187-193.
- Curtin, R. B., and Bultman Sitter Dorian Schatell, D. C., and Chewing, B. A. 2004. Self-Management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal** 31(4): 378-396.
- Dilorio, C., et al. 2006. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 9:158-163.
- Dowson, C. A., Town, G. I., Frampton, C., and Mulder, R. T. 2004. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. **Journal of Psychosomatic Research** 56: 333-340.
- Gleeson-Kreig, J., Bernal, H., and Woolley, S. 2002. The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Amonga Hispanic Population. **Public Health Nursing** 19(3): 215-222.
- McCabe, P. J., Schad, S., Hampton, A., and Holland, D. E. 2008. Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation. **Heart & Lung** 37: 79-90.
- Misra, R., and Lager, J. 2009. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. **Journal of Diabetes and Its Complications** 23: 54-64.

- Ponzo, M. G., et al. 2006. Gender, Ethnocultural, and Psychosocial barriers to Diabetes Self-Management in Italian women and Type 2 Diabetes. **Behavioral Medicine** 31:153-160.
- Searle, A., Norman, Rachel, P., Thompson, R., and Vedhara, K. 2007. Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. **Journal of Psychosomatic Research** 63: 175-184.
- Tang, T.S., Anderson, R. M., and Fitzgerald, J. T. 2007. Original Article: Psychosocial Aspects Patient-provider perceptions of diabetes and its impact on self-management: a comparison of African-American and White patients. **Diabetic Medicine** 25:341-348.
- Weijman, I., et al. 2005. The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. **Patient Education and Counseling** 59: 87–96.
- Whittemore, R., Melkus, G. D. E., and Grey, M. 2005. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing** 14(2): 195-203.
- Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., and Whitmer, K. 2008. Factors Influencing Diabetes Self-Management in Chinese People with type 2 Diabetes. **Research in Nursing & Health** 31:613-625.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัย
ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองแยกตามรายด้าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 ตารางแสดงรายละเอียดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าอิทธิพล ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และการจัดการตนเองในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ชื่องานวิจัย	Haobin, Y. 2000. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตน	.68	1.850
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ		
	1.1 การตรวจตามนัด	.42	0.926
	1.2 การรับประทานยา	.31	0.652
	1.3 การจับชีพจรและการสังเกตอาการ ผิดปกติ	.40	0.873
	1.4 การออกกำลังกาย	.55	1.317
	1.5 การรับประทานอาหาร	.52	1.210
	1.6 การงดสูบบุหรี่	.60	3.370

ชื่องานวิจัย	Haobin, Y. 2000. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1.7 การจัดการกับความเครียด	.03	0.980

ชื่องานวิจัย	วยุณี ช้างมิ่ง. 2546) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.384	0.831
3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	.289	0.603

ชื่องานวิจัย	ชุตินธร เรียนแพง. 2548.การจัดการตนเองและความสุขในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ		
	1.1 การจัดการตนเอง	0.348	0.742

ชื่องานวิจัย	นางลัดกษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2548. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.61	1.540
	1.1 การจัดการเรื่องการควบคุมอาหาร	.56	1.352
	1.2 การจัดการเรื่องสารน้ำ	.59	1.462
	1.3 การจัดการเรื่องการรับประทานยา	.41	0.899
	1.4 การจัดการตนเองเรื่องกิจกรรม		
	1.4.1 การปฏิบัติที่เฉพาะที่	.68	1.854
	1.4.2 การค้นหารายละเอียด	.33	0.699
	1.4.3 การช่วยบันทึก	.43	0.952
	1.4 กิจกรรมในการช่วยปรับเปลี่ยน	.62	1.580
	1.5 การบันทึกน้ำหนักที่เพิ่มทุกวัน	-.49	1.124

ชื่องานวิจัย	นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2548. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	2.1 ภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วยทางด้านชีวภาพ	-.132	0.266
	2.2 ภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ	-.206	0.421
	2.3 อื่นๆ	-.252	0.521
	2.4 ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา	-.346	0.724
	2.5 ภาพคุณลักษณะเฉพาะของโรคหรือภาพการเจ็บป่วย	-.475	1.079
	2.6 ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้	.565	1.396
	2.61 การควบคุมบุคคล	.587	1.451
	2.6.2 การควบคุมการรักษา	.444	0.989

ชื่องานวิจัย	นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2548. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	2.7 ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย	-0.403	0.880
	3. ปัจจัยด้านความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย		
	3.1 ภาพของสาเหตุการเป็นโรคว่าเกิดจากเกี่ยวกับอุบัติเหตุปีศาจ	-0.065	0.130
3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	.56	1.352
	1.1 การจัดการเรื่องการควบคุมอาหาร	.49	1.124
	1.2 การจัดการเรื่องสารน้ำ	.45	1.00
	1.3 การจัดการเรื่องการรับประทานยา	.50	1.154
	1.4 การจัดการตนเองเรื่องกิจกรรมการปฏิบัติที่เฉพาะ	.48	1.094
	1.5 การจัดการตนเองเรื่องการค้นหารายละเอียด	.45	1.00

ชื่องานวิจัย	นางลักษณะ เมธากาญจนศักดิ์. 2548. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1.6 การจัดการตนเองเรื่องการช่วยบันทึก	.45	1.00
	1.7 การจัดการตนเองเรื่องการช่วยปรับเปลี่ยน	.48	1.090
4. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 ระดับโพแทสเซียมในเลือด	-.38	0.822

ชื่องานวิจัย	ศิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านอายุ	.192	0.398
	2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา	.23	0.479
	3. ปัจจัยด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย		
	3.1 ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้	.286	0.596

ชื่องานวิจัย	สิริลักษณ์ สุพรรณรัตนกุล. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	3.2 ภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวาน ว่าเกิดจากการได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดี ในอดีต	.189	0.384
	3.3 ภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวาน เกิดจากกรรมพันธุ์	.279	0.583
	3.4 ภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวาน ว่าเกิดจากสรีรวิทยา	.207	0.423
	3.5 ภาพของคุณลักษณะเฉพาะโรค	-.212	0.433
	3.6 ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการ เจ็บป่วย	-.20	0.416
	4. ปัจจัยด้านรายได้	.139	0.280
	4. ปัจจัยด้านความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย		
	4.1 ภาพของสาเหตุการเป็นโรคเบาหวาน ว่าเกิดจากความโชคร้ายกรรมเก่า หรือการ หลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์	-.258	0.534

ชื่องานวิจัย	กาญจนา สุขประเสริฐ. 2551. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	5. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.213	0.436
	5.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	.816	2.823
3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	.318	0.670

ชื่องานวิจัย	Glesson-Kreig, J., Bernal, H., & Wolley, S. 2002. The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Among a Hispanic Population.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านอายุ	.275	0.572
	2. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง		
	2.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเองทั่วไป	.635	1.640
	2.2 การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับอาหาร	.288	0.601

ชื่องานวิจัย	Glesson-Kreig, J., Bernal, H., & Wolley, S. 2002. The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Among a Hispanic Population.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด	.499	1.150

ชื่องานวิจัย	Curtin, R. B., Bultman Sitter Dorian Schatell, D. C., & Chewing, B. A. 2004. Self-Management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (ความรู้)		
	1.1 ความรู้และการจัดการตนเองด้านจิตใจ	.159	0.322
	1.2 การจัดการตนเองเรื่องการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ขณะรับการล้างไต	.207	0.423

ชื่องานวิจัย	Curtin, R. B., Bultman Sitter Dorian Schatell, D. C., & Chewning, B. A. 2004. Self-Management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1.3 ความรู้และการจัดการตนเองเรื่องการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติทางด้านร่างกาย	-.164	0.332
	1.4 การจัดการตนเองเรื่องการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติทางด้านจิตใจ	-.274	0.569
	1.5 ความรู้และการจัดการตนเองเรื่องการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติทางด้านร่างกาย	-.123	0.247
	1.6 ความรู้และการจัดการตนเองเรื่องการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติทางด้านจิตใจ	-.166	0.336

ชื่องานวิจัย	Curtin, R. B., Bultman Sitter Dorian Schatell, D. C., & Chewning, B. A. 2004. Self-Management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1.7 ความรู้และการจัดการตนเองเรื่องการจัดการที่ดีทางด้านร่างกาย	-.138	0.278
	1.8 การจัดการตนเองเรื่องการจัดการที่ดีทางด้านจิตใจ	-.206	0.421
	1.9 การจัดการตนเองเรื่องการร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลรักษาทางด้านร่างกาย	.115	0.231

ชื่องานวิจัย	Dowson, C. A., Town, G. T., Framptom, C., & Mulder, R. T. 2004. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
4 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 ความรุนแรงของโรคในระยะเริ่มต้น อาการกำเริบ		
	1.1.1 ปริมาณแอลกอฮอล์	-0.445	0.994
	1.2 ความรุนแรงของโรคในระยะอาการ กำเริบรุนแรง		
	1.2.1 การตรวจสอบสมรรถภาพของปอดด้าน คะแนนปฏิบัติ	-0.534	1.263

ชื่องานวิจัย	Weijman, et al. 2005. The role of work-related and personal factors in diabetes self-management.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
3 ปัจจัยทางสังคมและ สิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
	1.1 การสนับสนุนจากที่ทำงาน	.44	0.980
	1.2 การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน	.44	0.980
	1.3 การตัดสินใจที่อิสระและการสนับสนุน จากที่ทำงาน	.42	0.925
	1.4 การเข้าร่วมและการยอมรับ	-.49	1.124

ชื่องานวิจัย	McCabe, P. J., Schad, S., Hampton, A., & Holland, D. E. 2008. Knowledge and self-management behaviors with recently detected atrial fibrillation.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านอายุ	.11	0.220
	2. ปัจจัยด้านเพศ	.10	0.200
	3. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา	.11	0.220

ชื่องานวิจัย	Brody, G. H., Kogan, S. M., Morry, V. M., Chen, Y., & Brown, A. C. 2008. Psychological Functioning, Support for Self-Management, and Glycemic Control Among Rural African American Adults With Diabetes Mellitus Type 2.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
	1.1 การสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวาน	.34	0.723
4. ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 การทำหน้าที่ด้านจิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	-.27	0.560
	1.2 จำนวนการรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	-.24	0.494

ชื่องานวิจัย	Whittemore, R., Melkus, G. D., & Grey, M. 2005. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านอายุ	-0.079	0.158
	2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา	-0.024	0.048
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ		
	1.1 การออกกำลังกาย	.25	0.516
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
	1.1 การสนับสนุนทางจิตและความเชื่อมั่น	.355	0.759
4. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 ระดับ HbA1c	.307	0.645
	1.2 การตรวจ BMI	.277	0.576
	1.3 การใช้ยารักษาภาวะซึ่มเสรั้า	.10	0.200

ชื่องานวิจัย	Ponzo, M. G., et al. 2006. Gender, Ethnocultural, and Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management in Italian women and men with type 2 Diabetes.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านเพศ	.44	0.980
	2. ปัจจัยด้านเชื้อชาติและชาติพันธุ์	.44	0.980
	3. ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย	.67	1.800
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
	1.1 การสนับสนุนจากครอบครัว	.45	1.00

ชื่องานวิจัย	Dilorio, C., et al. 2006. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 การควบคุมอาการชัก	.68	1.880
	1.2 ความรุนแรงของอาการชัก	.68	1.880

ชื่องานวิจัย	Searle, A., Norman, P., Thompson., & Vedhara, K. 2007. Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง		
	1.1 การรับรู้การควบคุมตนเอง	.37	0.796
	1.2 การรับรู้การควบคุมการรักษา	.123	0.247
	2. ปัจจัยด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย	.17	0.345
	2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
4. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน	.119	0.239

ชื่องานวิจัย	Chenoweth, L., Gallagher, R., Sheriff, J. N., Donoghue, J., & Stein-Parbury, J. 2008. factors supporting self-management in Parkinson's disease: implications for nursing practice.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.65	1.710
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
	1.1 การสนับสนุนจากครอบครัว	.26	0.538

ชื่องานวิจัย	Tang, T. S., Stansfield, R. B., Oh, M., Anderson, R. M., & Fitzgerald, J. T. 2008. Original Article: Psychosocial Aspects Patient-provider perceptions of diabetes and its impact on self-management: a comparison of African-American and White patients.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา	.415	0.912
	2. ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว	.41	0.899
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ		
	1.1 การรับประทานอาหารเบาหวาน	.472	1.070
	1.2 การออกกำลังกาย	.562	1.412

ชื่องานวิจัย	Tang, T. S., Stansfield, R. B., Oh, M., Anderson, R. M., & Fitzgerald, J. T. 2008. Original Article: Psychosocial Aspects Patient-provider perceptions of diabetes and its impact on self-management: a comparison of African-American and White patients.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1.3 การรับประทานยาเบาหวาน	.428	0.950
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
	1.1 การสนับสนุนจากครอบครัว	.323	0.680
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1.2 การช่วยเหลือเกี่ยวกับเบาหวานจากเพื่อน	.423	0.940
4. ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา	1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค		
	1.1 การบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด	.311	0.654
	1.2 การใช้อินซูลิน	.726	2.110

ชื่องานวิจัย	Tang, T. S., Stansfield, R. B., Oh, M., Anderson, R. M., & Fitzgerald, J. T. 2008. Original Article: Psychosocial Aspects Patient-provider perceptions of diabetes and its impact on self-management: a comparison of African-American and White patients.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
4. ปัจจัยทางด้าน สตรีวิทยา	1.3 การฉีดอินซูลิน	-0.588	1.453

ชื่องานวิจัย	Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., & Whitmer, K. 2008. Factors Influencing Diabetes Self-Management in Chinese People with Type 2 Diabetes.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา	.51	1.185
	2. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.497	1.145
	3. ประสบการณ์การเจ็บป่วย	.33	0.699

ชื่องานวิจัย	Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., & Whitmer, K. 2008. Factors Influencing Diabetes Self-Management in Chinese People with Type 2 Diabetes.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกายภาพ	1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	.281	0.580
	1.1 การติดต่อสื่อสาร	.179	0.363

ชื่องานวิจัย	Misra, R., & Lager, J. 2009. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	1. ปัจจัยด้านเชื้อชาติ และชาติพันธุ์	.20	0.408
	2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา	.20	0.408

ชื่องานวิจัย	Misra, R., & Lager, J. 2009. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients.		
ประเภทตัวแปรปัจจัย	ประเภทปัจจัยย่อย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ		
	1.1 ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา	.23	0.472
	1.2 การออกกำลังกาย	.24	0.494



ภาคผนวก ฉ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สูตรที่ใช้ในการแปลงค่าสถิติที่ใช้ในการแปลงค่าสถิติทดสอบ t , F , χ^2 เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r)

1.1 ประมาณจากค่าสถิติ t ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย
คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (d) ก่อน โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน } d = \sqrt{\frac{1}{n_e} + \frac{1}{n_c}}$$

เมื่อ n_e คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
 n_c คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2

หลังจากนั้นแปลงค่าขนาดอิทธิพล (d) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้สูตร

$$r = d \sqrt{\frac{n}{nd^2 + 4n - 8}}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 d คือ ค่าขนาดอิทธิพล

1.2 ประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าสถิติ t ในการทดสอบนัยสำคัญของ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

$$r = \frac{t}{\sqrt{t^2 + n - 2}}$$

เมื่อ t คือ ค่าสถิติ t จากการทดสอบนัยสำคัญ
 n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าสถิติ F

$$r^2 = \frac{SSB}{SST} = \frac{SSB}{SSW + SSB} = \sqrt{\frac{F(dfB)}{F[(dfw) + (dfB)]}}$$

เมื่อ	SSB	คือ	ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม
	SSW	คือ	ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม
	dfB		ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม
	dfW		ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

1.4 ประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าสถิติ χ^2

$$r = \frac{\chi^2}{\chi^2 - n}$$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
-------	---	-----	-------------------

2. คำนวณค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร

$$\bar{r} = \frac{\sum n_i r_i}{\sum n_i}$$

เมื่อ	n_i	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเรื่องที่ i
	r_i	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยเรื่องที่ i

3. คำนวณค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง

$$r = \frac{\sum_{i=1}^k n_i d_i}{\sum_{i=1}^k n_i}$$

เมื่อ n_i คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเรื่องที่ i
 r_i คือ ค่าอิทธิพลของงานวิจัยเรื่องที่ i



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อตกลงเบื้องต้นตัวแปรพยากรณ์

1. ตัวแปรพยากรณ์หรือตัวแปรทำนาย และตัวแปรเกณฑ์จะต้องมีค่าในมาตราวัดช่วง มาตรา หรืออัตราส่วนมาตรา ซึ่งมีค่าต่อเนื่อง แต่ถ้าหากตัวแปรพยากรณ์มีค่าในมาตราวัดนาม มาตราต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยการให้ค่าตัวเลขซึ่งเป็นค่าแทนระดับของ ตัวแปรในงานวิจัยนี้ คือ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรจำแนกประเภททั้งหมด
2. ตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ควรต้องมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงเพราะจะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมีค่าสูง
3. ตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว ต้องไม่มีความสัมพันธ์ หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ทั้งนี้เพื่อขจัดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

การทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

1. พิจารณาจากค่าดัชนีเงื่อนไข (Condition index) ต้องมีค่าไม่เกิน 30
2. ถ้าตัวแปรใดมีค่าดัชนีเงื่อนไขมากกว่า 30 ให้พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สัดส่วนของความแปรปรวน (Variance proportions) ร่วมด้วย ต้องมีค่าไม่เกิน .90
3. พิจารณา ค่า F (Variance inflation) ต้องมีค่าไม่เกิน 10 และ Tolerance ต้องมีค่ามากกว่า .10

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test

คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		Levene's test for equality of variance		Test of difference of mean		
	K	\bar{r}	F	p	t	p	
สาขาที่ผลิตงานวิจัย							
พยาบาล	101	.352	.181	5.127	0.025	3.357	0.003
แพทย์	14	.476	.120				
กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย							
มีการระบุกรอบแนวคิด	81	.360	.186	1.175	0.281	0.698 ¹	0.487
ไม่ระบุกรอบแนวคิด	34	.385	.164				
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง							
1 กลุ่ม	105	.358	.181	3.174	0.078	-1.843 ¹	0.068
2 กลุ่ม	10	.466	.127				
สถิติที่ใช้ในการทดสอบ							
ความสัมพันธ์							
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์							
เพียร์สัน หรือ Spearman's							
rank correlation							
coefficient หรือ Multiple							
linear regression	99	.377	.182	.318	0.574	-1.515 ¹	0.133
สถิติอื่นๆ	16	.305	.151				

¹ t-test ชนิด equality of variance

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			Levene's test for equality of variance		Test of difference of mean	
	K	\bar{r}	SD	F	p	t	p
การตรวจสอบเครื่องมือ							
ตรวจความตรงหรือความเที่ยง	51	.336	.181	0.600	0.440	1.692 ¹	0.093
ไม่มีรายงาน	64	.392	.175				
คุณภาพงานวิจัย							
55-72 คะแนน ดีมาก	113	.366	.178	0.444	0.507	0.699 ¹	0.486
37-54 คะแนน ดี	2	.455	.276				

¹ t-test ชนิด equality of variance.

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย จำนวน 6 ตัวแปร พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.305 ถึง 0.476 เมื่อทำการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (Test of equality of variance) ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระหว่างกลุ่มคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย พบว่า สาขาที่ผลิตงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบเครื่องมือ และคุณภาพงานวิจัยที่มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน นอกนั้นตัวแปรที่เหลือมีค่าความแปรปรวนเท่ากัน

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ (t-test) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรสาขาที่ผลิตงานวิจัย

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร พบความแตกต่างดังนี้

1. ตัวแปรสาขาที่ผลิตงานวิจัย สาขาแพทย์มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าสาขาพยาบาลศาสตร์

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มย่อยตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA

คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			Test of homogeneity of variance		ANOVA	
	K	\bar{r}	SD	F	p	F	p
ประเภทของงานวิจัย							
วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต	28	.444	.146	2.067	0.131	3.851	0.024
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	24	.364	.196				
งานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ที่ตีพิมพ์ในวารสาร	63	.334	.178				
ปีที่พิมพ์เผยแพร่							
พ.ศ. 2543 – 2545	12	.490	.174	0.197	0.822	3.408	0.037
พ.ศ. 2546 – 2549	53	.361	.168				
พ.ศ. 2550 – 2552	50	.344	.183				

¹Asymtotically F distributed

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			Test of homogeneity of variance		ANOVA	
	K	\bar{r}	SD	F	p	F	p
รูปแบบการวิจัย							
เชิงเปรียบเทียบ	10	.466	.127	2.447	0.068	3.860	0.011
เชิงสหสัมพันธ์	63	.383	.185				
เชิงสำรวจ	23	.371	.166				
เชิงบรรยาย	19	.257	.157				
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา							
ผู้ป่วยโรคลมชัก	2	.680	.000	1.727	0.122	1.917	0.085
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	5	.467	.231				
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	2	.455	.276				
ผู้ป่วยโรคหัวใจ	12	.404	.233				
ผู้ป่วยโรคไต	38	.374	.174				
ผู้ป่วยจิตเภท	2	.337	.067				
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	54	.331	.156				
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ							
นัยสำคัญทางสถิติ 0.001	27	.430	.173	2.370	0.074	2.994	0.034
นัยสำคัญทางสถิติ 0.01	61	.371	.176				
นัยสำคัญทางสถิติ 0.05	23	.309	.183				
ไม่ระบุนัยสำคัญทางสถิติ	4	.218	.021				
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง							
30 – 90 คน	24	.417	.209	3.470	0.019	6.746 ¹	0.001
91 – 150 คน	49	.422	.161				

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			Test of homogeneity of variance		ANOVA	
	K	\bar{r}	SD	F	p	F	p
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง							
151 – 210 คน	26	.253	.102				
มากกว่า 210 คน	16	.308	.191				
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล							
แผนกผู้ป่วยนอก	54	.330	.191	0.640	0.529	2.302	0.105
แผนกผู้ป่วยใน	50	.397	.166				
ที่บ้านหรือในชุมชน	11	.413	.147				
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล							
1 – 2 เดือน	16	.443	.165	0.223	0.801	7.068	0.001
มากกว่า 3 เดือน	30	.271	.192				
ไม่ระบุ	69	.391	.161				
สมมติฐานการวิจัย							
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	18	.331	.212	0.661	0.518	0.582	0.561
สมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง	59	.382	.173				
ไม่มีสมมติฐาน/ไม่ระบุ	38	.361	.174				
นำเครื่องมือผู้อื่นมาใช้	77	.365	.173				
ความเที่ยงของเครื่องมือ							
0.71 - 0.80	30	.418	.162	1.324	0.270	3.316	0.040
>0.90	4	.196	.119				
ไม่ระบุ	81	.357	.182				

¹Asymtotically F distributed, N/A-Not Analysis

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่แบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

จำนวน 12 ตัวแปร โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละกลุ่มคุณลักษณะงานวิจัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.196 ถึง 0.680 เมื่อทำการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Test of Homogeneity of variances) พบว่า ตัวแปรขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวน จึงใช้วิธีการทดสอบแบบ Robust test of equality of means ได้ค่าสถิติ F ชนิด Asymptotically F distributed ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ตัวแปรที่ทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 7 ตัวแปร คือ ตัวแปรประเภทของงานวิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ รูปแบบการวิจัย ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และความเที่ยงของเครื่องมือ

ส่วนตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตัวแปรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล สมมติฐานการวิจัย การสร้างเครื่องมือวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ไม่สามารถวิเคราะห์ความแปรปรวนได้ทั้งนี้เนื่องมาจากมีค่าของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งค่าที่มีค่าความแปรปรวนเท่ากับศูนย์ จึงได้ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของแต่ละปัจจัย ได้ผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านประเภทของงานวิจัย ด้วยสถิติ Tamhane

ประเภทของงานวิจัย	Mean	วิทยานิพนธ์ ระดับ บัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ระดับ มหาบัณฑิต	งานการวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ที่ ตีพิมพ์ใน วารสาร
วิทยานิพนธ์ระดับ ดุขฎฐฎฎบัณฑิต	.444	.....	.....	.110*
วิทยานิพนธ์ระดับ มหาบัณฑิต	.364	.....	.....	.....
งานการวิจัยหรือ วิทยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์ ในวารสาร	.334	.....	.....	.....

จากตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า กลุ่มงานวิจัยวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิตมีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่างานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์ในวารสาร

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ด้วยสถิติ Tamhane

ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่	Mean	พ.ศ. 2543 – 2545	พ.ศ. 2546 – 2549	พ.ศ. 2550 – 2552
พ.ศ. 2543 – 2545	.490	.....	.....	.146 *
พ.ศ. 2546 – 2549	.361	.....	.....	.....
พ.ศ. 2550 – 2552	.344	.....	.....	.....

จากตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2543 – 2545 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่างานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550 – 2552

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านรูปแบบการวิจัย ด้วยสถิติ Tamhane

รูปแบบการวิจัย	Mean	เชิงเปรียบเทียบ	เชิงสหสัมพันธ์	เชิงสำรวจ	เชิงบรรยาย
เชิงเปรียบเทียบ	.466	.....	.....	.....	.209*
เชิงสหสัมพันธ์	.383	.....	.....	.....	.....
เชิงสำรวจ	.371	.....	.....	.....	.....
เชิงบรรยาย	.257	.....	.....	.....	.....

จากตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า งานวิจัยเชิงเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่างานวิจัยเชิงบรรยาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านระดับนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยสถิติ Tamhane

ระดับ นัยสำคัญทาง สถิติ	Mean	นัยสำคัญ ทางสถิติ 0.001	นัยสำคัญ ทางสถิติ 0.01	นัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05	ไม่ระบุ นัยสำคัญทาง สถิติ
นัยสำคัญทาง สถิติ 0.001	.430	.....	.....	.....	.212 *
นัยสำคัญทาง สถิติ 0.01	.371	.....	.....	.....	.153 *
นัยสำคัญทาง สถิติ 0.05	.309	.....	.....	.....	.....
ไม่ระบุ นัยสำคัญทาง สถิติ	.218	.....	.....	.....	.....

จากตารางที่ 6 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และกลุ่มงานวิจัยที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่ามากกว่าที่ไม่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Tamhane

ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง	Mean	91 – 150คน	30 – 90 คน	มากกว่า 210 คน	1510-210 คน
91 – 150 คน	.422	.....	.....	.....	.169*
30 – 90 คน	.417	.....	.....	.....	.164*
มากกว่า 210 คน	.308	.....	.....	.....	.....
151 – 210 คน	.253	.....	.....	.....	.....

จากตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30-90 คน และกลุ่มงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 91-150 คน มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่ามากกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 151-210 คน

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ด้วยสถิติ Tamhane

ระยะเวลาในการเก็บ ข้อมูล	Mean	1 – 2 เดือน	ไม่ระบุ	มากกว่า 3 เดือน
1 – 2 เดือน	.443	.....	.....	.172*
ไม่ระบุ	.391	.....	.....	.120*
มากกว่า 3 เดือน	.271	.....	.....	.....

จากตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 – 2 เดือน และกลุ่มงานวิจัยที่ไม่ระบุระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่ามากกว่าระยะเวลาในการเก็บข้อมูลมากกว่า 3 เดือน

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบความแตกต่างด้านความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยสถิติ Tamhane

ความเที่ยงของ เครื่องมือ	Mean	0.71 - 0.80	ไม่ระบุ	>0.90
0.71 - 0.80	.418	.....	.....	.222*
ไม่ระบุ>0.90	.357	.....	.....	.....
>0.90	.196	.....	.....	.....

จากตารางที่ 9 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย 0.71 - 0.80 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่ามากกว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยมากกว่า 0.90

ตารางที่ 10 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Correlation	1.000							
2. Type	0.204*	1.000						
3. Faculty	-0.226*	0.338*	1.000					
4. Pubyr1	0.235*	0.147	0.127	1.000				
5. Pubyr2	-0.029	0.247*	0.344*	-0.316*	1.000			
6. Pubyr3	-0.115	-0.339*	-0.424*	-0.299*	-0.811*	1.000		
7. corr1	0.101	0.264*	0.410*	0.082	0.384*	-0.437*	1.000	
8. corr2	-0.275*	0.349*	0.166	-0.152	-0.270*	0.366*	-0.490*	1.000
9. corr3	0.010	-0.454*	-0.080	0.114	-0.026	-0.044	-0.550*	-0.222*
10. corr4	0.171	-0.280*	-0.829*	-0.105	-0.285*	0.352*	-0.340*	-0.137
11. Pt1	0.071	0.204*	0.127	0.628*	-0.259*	-0.127	0.082	0.155
12. Pt2	-0.191*	-0.505*	-0.396*	-0.093	-0.520*	0.581*	-0.651*	0.051
13. Pt3	0.120	0.063	0.079	-0.073	-0.026	0.071	-0.063	0.250*
14. Pt4	0.028	0.402*	0.262*	-0.240*	0.760*	-0.616*	0.638*	-0.313*
15. Pt5	0.066	-0.121	0.050	-0.045	-0.123	0.152	0.121	-0.059
16. Pt6	0.233*	-0.121	0.050	-0.045	-0.123	0.152	0.121	-0.059
17. Pt7	-0.023	0.146	0.050	-0.045	0.144	-0.117	-0.146	0.299*
18. Group	0.171	-0.280*	-0.829*	-0.105	-0.285*	0.352*	-0.340*	-0.137
19. Frame	-0.066	0.589*	0.575*	-0.028	0.446*	-0.431*	0.369*	0.134
20. Sig	0.159	0.172	-0.071	0.065	0.176	-0.216*	-0.172	0.084
21. Statistical	0.141	0.365*	-0.150	0.137	0.170	-0.256*	0.241*	-0.024
22. Kanfer	-0.023	0.146	0.050	-0.045	0.144	-0.117	-0.146	0.299*
23. Bandura	-0.023	-0.140	0.196*	0.372*	-0.149	-0.080	0.013	-0.234*
24. LevNer	-0.088	0.323*	0.144	-0.132	-0.358*	0.442*	-0.323*	0.732*
25. RCG	-0.010	0.103	0.035	-0.032	0.101	-0.082	-0.103	0.211*
26. LH	0.028	0.402*	0.262*	-0.240*	0.760*	-0.616*	0.638*	-0.313*
27. Hypothesis	0.024	0.564*	0.530*	-0.002	0.279*	-0.279*	0.328*	0.213*
28. SS_size	-0.395*	-0.326*	0.282*	-0.259*	-0.194*	0.355*	0.000	0.149
29. Site	-0.084	0.295*	0.241*	-0.276*	0.301*	-0.132	0.180	0.145
30. Time	-0.165	0.114	0.304*	0.186*	-0.363*	0.251*	-0.328*	0.545*
31. Tool	-0.016	-0.253*	-0.262*	-0.244*	0.390*	-0.242*	0.402*	-0.633*
32. Relia	-0.157	-0.811*	-0.417*	-0.076	-0.474*	0.523*	-0.103	-0.256*
33. Relia1	0.090	-0.589*	-0.575*	-0.221*	-0.599*	0.739*	-0.139	-0.288*
34. Quality	-0.066	0.121	-0.050	0.045	0.123	-0.152	-0.121	0.059
35. F_person	-0.229*	0.112	0.163	-0.109	0.056	0.011	-0.006	0.241*
36. F_behavior	0.155	0.117	-0.119	0.507*	-0.275*	-0.036	0.104	-0.085
37. F_social	0.098	0.002	-0.022	-0.166	0.171	-0.070	-0.091	-0.097
38. F_physic	0.079	-0.285*	-0.105	-0.127	-0.024	0.103	0.018	-0.166

* correlation is significant at 0.05 level (2-tailed)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Correlation								
2. Type								
3. Faculty								
4. Pubyr1								
5. Pubyr2								
6. Pubyr3								
7. corr1								
8. corr2								
9. corr3	1.000							
10. corr4	-0.154	1.000						
11. Pt1	-0.171	-0.105	1.000					
12. Pt2	0.531*	0.328*	-0.321*	1.000				
13. Pt3	-0.107	-0.066	-0.073	-0.201*	1.000			
14. Pt4	-0.351*	-0.217*	-0.240*	-0.661*	-0.150	1.000		
15. Pt5	-0.067	-0.041	-0.045	-0.125	-0.028	-0.093	1.000	
16. Pt6	-0.067	-0.041	-0.045	-0.125	-0.028	-0.093	-0.018	1.000
17. Pt7	-0.067	-0.041	-0.045	-0.125	-0.028	-0.093	-0.018	-0.018
18. Group	-0.154	1.000*	-0.105	0.328*	-0.066	-0.217*	-0.041	-0.041
19. Frame	-0.248*	-0.476*	0.034	-0.498*	0.138	0.455*	-0.205*	0.086
20. Sig	0.095	0.059	0.065	-0.202*	0.040	0.133	0.025	0.025
21. Statistical	-0.364*	0.124	-0.109	-0.276*	0.086	0.282*	0.053	0.053
22. Kanfer	-0.067	-0.041	-0.045	-0.125	-0.028	-0.093	-0.018	-0.018
23. Bandura	0.316*	-0.163	0.372*	0.138	0.094	-0.370*	-0.070	-0.070
24. LevNer	-0.194*	-0.120	-0.132	0.153	0.297*	-0.272*	-0.052	0.344*
25. RCG	-0.047	-0.029	0.274*	-0.088	-0.020	-0.066	-0.012	-0.012
26. LH	-0.351*	-0.217*	-0.240*	-0.661*	-0.150	1.000*	-0.093	-0.093
27. Hypothesis	-0.296*	-0.439*	0.240*	-0.524*	-0.032	0.494*	-0.189*	0.093
28. SS_size	0.027	-0.234*	-0.259*	0.372*	-0.162	-0.149	-0.101	0.175
29. Site	-0.429*	0.100	0.111	-0.346*	0.069	0.228*	0.043	0.043
30. Time	0.080	-0.252*	0.418*	0.121	0.261*	-0.574*	-0.109	0.163
31. Tool	-0.065	0.217*	-0.486*	-0.043	-0.122	0.494*	0.093	-0.189*
32. Relia	0.123	0.346*	-0.133	0.353*	-0.190*	-0.255*	0.149	0.149
33. Relia1	0.105	0.476*	-0.221*	0.536*	-0.138	-0.455*	0.205*	0.205*
34. Quality	0.067	0.041	0.045	0.125	0.028	0.093	-1.000*	0.018
35. F_person	-0.053	-0.233*	-0.166	-0.070	-0.075	0.269*	-0.020	-0.154
36. F_behavior	-0.179	0.182	0.597*	-0.061	-0.076	-0.251*	-0.047	-0.047
37. F_social	0.199*	0.007	-0.166	0.03	0.005	0.034	0.104	-0.065
38. F_physic	0.013	0.168	-0.127	0.129	0.181	-0.205*	-0.050	0.357*

* correlation is significant at 0.05 level (2-tailed)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Correlation								
2. Type								
3. Faculty								
4. Pubyr1								
5. Pubyr2								
6. Pubyr3								
7. corr1								
8. corr2								
9. corr3								
10. corr4								
11. Pt1								
12. Pt2								
13. Pt3								
14. Pt4								
15. Pt5								
16. Pt6								
17. Pt7	1.000							
18. Group	-0.041	1.000						
19. Frame	0.086	-0.476*	1.000					
20. Sig	0.025	0.059	0.293*	1.000				
21. Statistical	0.053	0.124	0.345*	0.472*	1.000			
22. Kanfer	1.000*	-0.041	0.086	0.025	0.053	1.000		
23. Bandura	-0.070	-0.163	0.341*	0.100	-0.093	-0.070	1.000	
24. LevNer	-0.052	-0.120	0.251*	0.074	0.156	-0.052	-0.204*	1.000
25. RCG	-0.012	-0.029	0.061	0.018	0.038	-0.012	-0.049	-0.036
26. LH	-0.093	-0.217*	0.455*	0.133	0.282*	-0.093	-0.370*	-0.272*
27. Hypothesis	-0.189*	-0.439*	0.517*	0.270*	-0.069	-0.189*	-0.168	0.272*
28. SS_size	-0.101	-0.234*	0.056	-0.250*	-0.373*	-0.101	-0.006	0.350*
29. Site	0.043	0.100	0.502*	-0.062	-0.131	0.043	0.171	0.126
30. Time	0.163	-0.252*	0.412*	0.155	-0.082	0.163	0.645**	0.474*
31. Tool	-0.189*	0.217*	-0.172	-0.133	0.359*	-0.189*	-0.212*	-0.551*
32. Relia	-0.119	0.346*	-0.572*	-0.213*	-0.248*	-0.119	-0.089	-0.242*
33. Relia1	-0.086	0.476*	-0.541*	-0.293*	-0.235*	-0.086	0.074	-0.138
34. Quality	0.018	0.041	0.205*	-0.025	-0.053	0.018	0.070	0.052
35. F_person	-0.020	-0.233*	0.174	0.028	0.060	-0.020	-0.228*	0.177
36. F_behavior	-0.047	0.182	-0.070	-0.232*	-0.015	-0.047	0.278*	-0.138
37. F_social	0.104	0.007	-0.121	0.092	-0.188*	0.104	-0.096	-0.123
38. F_physic	-0.050	0.168	-0.050	0.071	0.150	-0.050	0.191*	0.014

* correlation is significant at 0.05 level (2-tailed)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	25	26	28	29	30	31	32
1. Correlation							
2. Type							
3. Faculty							
4. Pubyr1							
5. Pubyr2							
6. Pubyr3							
7. corr1							
8. corr2							
9. corr3							
10. corr4							
11. Pt1							
12. Pt2							
13. Pt3							
14. Pt4							
15. Pt5							
16. Pt6							
17. Pt7							
18. Group							
19. Frame							
20. Sig							
21. Statistical							
22. Kanfer							
23. Bandura							
24. LevNer							
25. RCG	1.000						
26. LH	-0.066	1.000					
27. Hypothesis	0.066	0.494*	1.000				
28. SS_size	-0.071	-0.149	0.226*	1.000			
29. Site	0.030	0.228*	0.274*	0.062	1.000		
30. Time	0.115	-0.574*	0.045	0.155	0.266*	1.000	
31. Tool	-0.133	0.494*	-0.415*	-0.273*	-0.228*	-0.709*	1.000
32. Relia	-0.084	-0.255*	-0.415*	0.341*	-0.364*	-0.229*	0.255*
33. Relia1	-0.061	-0.455*	-0.517*	0.221*	-0.243*	-0.101	0.172
34. Quality	0.012	0.093	0.189*	0.101	-0.043	0.109	-0.093
35. F_person	-0.109	0.269*	0.142	0.142	-0.041	-0.050	0.068
36. F_behavior	0.262*	-0.251*	-0.041	-0.157	0.116	0.157	-0.216*
37. F_social	-0.046	0.034	0.060	-0.048	0.008	-0.171	-0.034
38. F_physic	-0.035	-.205*	-0.247**	-0.006	-0.060	0.130	0.148

* correlation is significant at 0.05 level (2-tailed)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	33	34	35	36	37	38	39
1. Correlations							
2. Type							
3. Faculty							
4. Pubyr1							
5. Pubyr2							
6. Pubyr3							
7. corr1							
8. corr2							
9. corr3							
10. corr4							
11. Pt1							
12. Pt2							
13. Pt3							
14. Pt4							
15. Pt5							
16. Pt6							
17. Pt7							
18. Group							
19. Frame							
20. Sig							
21. Statistical							
22. Kanfer							
23. Bandura							
24. LevNer							
25. RCG							
26. LH							
27. Hypothesis							
28. SS_size							
29. Site							
30. Time							
31. Tool							
32. Relia	1.000						
33. Relia1	0.726*	1.000					
34. Quality	-0.149	-0.205*	1.000				
35. F_person	0.061	-0.212*	0.020	1.000			
36. F_behavior	-0.042	0.070	0.047	-0.414*	1.000		
37. F_social	-0.123	0.024	-0.104	-0.564*	-0.174	1.000	
38. F_physic	0.096	0.225*	0.050	-0.432*	-0.133	-0.181	1.000

* correlation is significant at 0.05 level (2-tailed)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจารินี ธิรภัทรพันธ์ เกิดเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเพ เมื่อปีการศึกษา 2542 ต่อมาได้เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2551 ขณะกำลังศึกษาอยู่ได้เป็นคณะกรรมการนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551 ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ระหว่างปี 2542 – 2544 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และระหว่างปี 2544 จนถึงปัจจุบันย้ายมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ ระดับ 7 ในหน่วยงานศัลยกรรมหญิงและเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย