

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่:  
การวิเคราะห์ห่อภิมาณ



นางชัชฎาดี ปานเชื้อ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTION IN SLEEP PROMOTION AMONG  
ADULT PATIENTS: A META - ANALYSIS



Mrs. Chatchadavadee Parnchua

สภามหาวิทยาลัยบูรพาภิบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม

การนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์หอคิวแมน

โดย

นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ

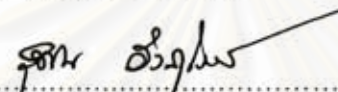
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

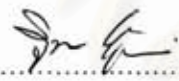
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

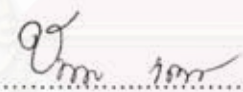
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

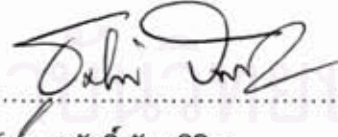
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

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

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ัชฎาวดี ปานเชื้อ : ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTION IN SLEEP PROMOTION AMONG ADULT PATIENTS: A META ANALYSIS) อ.ที่ปริภษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 186 หน้า.

การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะด้านวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย 2) เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2528-2551 จำนวน 21 เรื่อง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสรุปลักษณะของงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หากความเที่ยง โดยวิธีผู้ประเมินร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 นำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 157 ค่า

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (100%) และส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ (71.4%) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด (38.1%) คุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก (90.5%) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานถูกนำมาศึกษามากที่สุด (47.6%) ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ฟังดนตรี (19.4%) และใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที (52.4%) มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลวันละ 1-4 ครั้ง/วัน (61.9%) และการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมไม่มีการนำมาศึกษาเลย
2. ผลการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด ( $d=1.46$ ) และการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหวให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ( $d=.40$ )

สาขาวิชา.....การพยาบาลศาสตร์.....      ลายมือชื่อนิสิต..... จัษฎาวดี ปานเชื้อ  
 ปีการศึกษา..... 2551.....      ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *จตุพร ๙*

# # 5077567736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : META - ANALYSIS / NURSING INTERVENTIONS / SLEEP PROMOTING / ADULT PATIENTS

CHATCHADAVADEE PARNCHUA : THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTION IN SLEEP PROMOTION AMONG ADULT PATIENTS: A META ANALYSIS. ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 186 pp.

The purposes of this meta analysis were to study 1) Methodological and substantive characteristics of nursing interventions In sleep promoting in adult patients, thailand ; 2) Compare the effectiveness of nursing interventions In sleep promoting in adult patients, thailand ; and 3) Influences of methodological and substantive characteristics on the effect size. Total of 21 true and quasi –experimental studies in Thailand during 1985 – 2008 were included. Studies were analyzed for method of Glass, McGaw, and Smith (1981). This meta – analysis yielded 157 effect sizes.

Results were as follows:

1. The majority of the studies were Master's theses (100%); were from faculty of nursing (71.4%); and were from Chulalongkorn University (38.1%); Most of instruments were tested for both reliability and validity (90.32%); decided in very good quality (90.5%). Most of nursing interventions were used was Combined intervention (47.6%). Most of method nursing intervention were listening to music (19.4%); a period of time to practice  $\leq 30$  นาที (52.4 %); a period of frequency to practice 1-4 time/day (61.9%) and no study of social intervention.

2. Nursing interventions had the large effect–size on Combined intervention had the largest effect–size on health outcomes ( $d=2.21$ ). Cognitive intervention the lowest effect–size on health outcomes ( $d=.87$ )

Field of Study : ..... Nursing Science ..... Student's Signature ..... CHATCHADAVADEE P.  
Academic Year : ..... 2008 ..... Advisor's Signature ..... Ch. J.

## กิตติกรรมประกาศ

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

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุง วิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยและกรุณาให้ความรู้คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณามอบ “ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์” สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ณ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1    บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	7
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ .....	8
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล .....	20
สภาพการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในปัจจุบัน.....	30
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ.....	42
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	57
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	68
3    วิธีดำเนินการวิจัย .....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล.....	80

	๗
	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	104
สรุปผลการวิจัย.....	106
อภิปรายผลการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	118
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	119
รายการอ้างอิง.....	120
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	131
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	133
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก ง รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์.....	144
ภาคผนวก จ การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล ชนิดของการพยาบาล และสาระของงานวิจัย.....	143
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	181
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	186

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ข้อมูลพื้นฐาน.....	82
2	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัย.....	83
3	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
4	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	86
5	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	86
6	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	87
7	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย.....	87
8	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	88
9	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง.....	88
10	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล .....	88
11	ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่.....	91
12	จำนวนร้อยละ และค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะ ของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติ การพยาบาล .....	92
13	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการ นอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (จำนวนขนาดอิทธิพล157ค่า).....	94
14	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการ นอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (จำนวนขนาดอิทธิพล157ค่า).....	95

ตารางที่		หน้า
15	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการ นอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ (จำนวนขนาดอิทธิพล 157 ค่า).....	96
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล.....	100
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างของ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่กับค่าขนาดอิทธิพล.....	101
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน เนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับ ค่าขนาดอิทธิพล.....	102
19	สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์.....	148

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจงานวิจัยในปัจจุบันเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาคาโรนหลับพบว่ามีการปฏิบัติที่หลากหลายในการส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วย (วิลาวัณย์ ศรีวรรณนท์, 2548) การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาคาโรนหลับตามรูปแบบเดิม ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งด้านการประเมินเพื่อค้นหาปัญหาด้านการนอนหลับ ในเรื่องคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และทั้งวิธีปฏิบัติหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการนอนหลับให้กับผู้ป่วย และอาจเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญ และมุ่งเน้นการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางกาย (กัลยา สรรพอุดม, 2546; วิลาวัณย์ ศรีวรรณนท์, 2548) มากกว่าการดูแลแก้ไขปัญหาคาโรนหลับ ผู้ป่วยจึงมักจะไม่ได้รับการประเมินการนอนหลับ หรืออาจได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยรบกวนการนอนหลับในบางครั้ง จากการซักถาม หรือ การสังเกตซึ่งไม่ได้ปฏิบัติประจำ การแก้ไขปัญหาคาโรนหลับหรือ ลดปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการนอนหลับจะเป็นการแก้ไขโดยตรงที่สาเหตุ เช่น การปรับลดอุณหภูมิ ปิดไฟ ลดเสียงรบกวนต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้อาการดีขึ้น แต่การแก้ไขปัญหาคาโรนหลับก็ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากปัญหายังคงต้องอาศัยความร่วมมือเพื่อให้เกิดการปฏิบัติไปในทางเดียวกัน (ดวงใจ บุญนันทน์, เฟื่องฟ้า บุญยง, น้าฝน อินทรเทศ, 2548: 3)

การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับที่เพียงพอ รวมทั้งส่งเสริมการนอนหลับเป็นบทบาทของบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงทำให้รู้ถึงสาเหตุและปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้ เพราะว่าการนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ มีความจำเป็นต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ สำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัยทั้งในเวลาปกติ (Bepthage, 2005; Honkus, 2003) โดยเฉพาะช่วงที่ร่างกายเจ็บป่วย หากร่างกายมีการนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อร่างกายคือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง เวียนศีรษะ (ชัยรัตน์ นรัตนรัตน์, 2543; ประเสริฐ บุญเกิด, 2539 ; National Center on Sleep Disorders Research, 2000) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Foreman and Wykle, 1995) กระบวนการทำงานต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งกระบวนการหายของแผลทำงานไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังก่อกวนการทำงานกลไกการป้องกันตนเองของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ (Diness- Kalinowsski, 2002) และเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย (ชัยรัตน์ นรัตนรัตน์, 2543) ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ หงุดหงิด วิตกกังวล อารมณ์ไม่ร่าเริง ซึมเศร้า โกรธง่าย (Munson, 2000;

Shneerson, 2000) ผลกระทบทางด้านสังคม คือทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อัตราการขาดงานสูงขึ้นการใช้บริการทางการแพทย์สูงขึ้น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544)

แนวคิดสำคัญของการพยาบาล คือการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมถึงองค์รวมของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Forbes, 2001: 304) พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาหาวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zerweks, 2001: 321) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลวิธีหนึ่งที่เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับล้วนส่งเสริมให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น หากแต่พิจารณาในแง่ของความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติ การเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในรูปแบบใดสะดวกในการปฏิบัติ และให้ประสิทธิผลมากที่สุด

ประกอบกับเมื่อพิจารณาในเรื่องของคุณลักษณะงานวิจัยทางด้านระเบียบวิธีวิจัยจะพบว่ามีข้อจำกัดของงานวิจัยแต่ละเรื่องได้แก่ ข้อจำกัดจากแบบแผนการวิจัย ข้อจำกัดจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของประเภท เกณฑ์ในการเลือกหรือคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (กรองไค อุณหสูตร, 2539: 12) การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้รวบรวมข้อมูล การตั้งสมมติฐาน การระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ก็เช่นเดียวกัน นอกจากการเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่แตกต่างกันแล้ว แต่ละงานวิจัยยังมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ช่วงเวลาที่ให้ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ให้ ช่วงเวลาที่ทำการวัดผล ผลการตอบสนองของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติ จึงเป็นการยากที่จะสรุปองค์ความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นได้ชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรวบรวมงานวิจัยก็เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกันมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้องค์ความรู้ ให้ได้ข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ สามารถนำไปอ้างอิงและปฏิบัติพยาบาลได้ (Brown, 1991: 352; Yucha, et al. 2001: 34) สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางนโยบายทางด้านสาธารณสุข (Brown, 1991: 355)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว การรวบรวมงานวิจัย เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิง สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

ได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยวิธีหนึ่ง คือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ผลจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้สามารถนำไปใช้ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based practice) ได้กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้แนวทางการปฏิบัติบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นการใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติโดยมีการพิจารณาอย่างรอบคอบจากหลักฐานที่ดีที่สุด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้การดูแลสุขภาพ (Omery&Williams, 1999) ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพการให้บริการที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทุกด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคมและสถานการณ์เกี่ยวข้องกัน บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ มีความเด่นชัดมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ (Tidler, 1998) รวมทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ (Stetler et al., 1998)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยมาทำการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อสรุปภาพของการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โปรแกรมใดที่ถูกนำมาศึกษาวิจัยมากที่สุด โปรแกรมใดที่มีการศึกษาวิจัยน้อยหรือยังไม่มีการศึกษาวิจัยเลยและยังช่วยสรุปภาพด้วยว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มใดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และกลุ่มใดที่ได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย คุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้ทราบแนวโน้มที่ผ่านมาของงานวิจัย และสามารถเห็นแนวทางในการทำวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆต่อไป รวมทั้งนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นความรู้ว่าผลลัพธ์ทางการนอนหลับสามารถส่งเสริมได้ด้วย โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลใดบ้างให้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับทางคลินิกได้ นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

### คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะด้านวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยเป็นเท่าใด
3. คุณลักษณะใดบ้างของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะด้านวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย
3. เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) โดยการใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทย เกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่จัดกระทำกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยและจัดกระทำแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2551 โดยเป็นงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอที่จะสามารถนำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล

ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัยคุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ หมายถึง การกระทำใดๆ ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อวัยผู้ใหญ่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่สามารถ

กระทำได้โดยอิสระโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ และการปฏิบัติกรพยาบาลเป็นตัวแปรอิสระในงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยประยุกต์แนวคิดของ Snyder (1992) (อ้างถึงในสินินุช เสนิงวงศ์ ณ อยุธยา, 2547) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้แบ่งการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

1.1 การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการคิดรู้ หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบการคิดรู้ เป็นการช่วยในการส่งหรือการรับข้อมูล ส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร ส่งเสริมความคิดหรือเปลี่ยนแปลงความคิด การสอน การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ แก้วัยผู้ใหญ่

1.2 การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาล ที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และกิจกรรมที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

1.3 การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาล ที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย

1.4 การปฏิบัติกรพยาบาลแบบผสมผสานมากกว่า 1 แบบ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติกรพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ หรือเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา

**2. คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of research)** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัยได้แก่ประเภทของงานวิจัย สาขาวิชาที่ผลิตงานวิจัยและปีที่พิมพ์เผยแพร่ ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่รูปแบบการวิจัย กรอบแนวคิด สมมติฐานของงานวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สถานที่เก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัยได้แก่ โปรแกรมการปฏิบัติกรพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ช่วงเวลาที่ใช้โปรแกรมการปฏิบัติกรพยาบาล ระยะเวลาในการทดลอง ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis)** หมายถึง กระบวนการวิจัยที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานด้วยวิธีการทางสถิติจากค่าสถิติในงานวิจัยตามวิธีการของกลาส แม็คกอร์ และสมิธ (Glass, McGaw, & Smith, 1981) ทำให้ได้มาซึ่งข้อสรุปใหม่ในภาพรวมของปัญหา

**4. ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)** ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ จากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยแต่ละเรื่อง ซึ่งค่าขนาดอิทธิพลนี้ได้มาจากการคำนวณ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากการวัดผลลัพธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ตามแนวคิดของ Glass, McGaw และ Smith (1981) และแปลผลค่าขนาดอิทธิพลด้วยวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1987) แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบกับตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง ได้แก่

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

**5. คุณภาพงานวิจัย (Quality of primary research)** หมายถึง ค่าคะแนนที่ผู้วิจัยประเมินจากความถูกต้องและเหมาะสมจากกระบวนการวิจัยโดยประเมินจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยตัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1991), วิทยา อิมยวน (2547) และวาสนา ธรรมสอน (2550)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ข้อสรุปเป็นองค์ความรู้ และเป็นข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลหรือใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกรูปแบบและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพตามความเหมาะสมกับลักษณะของผู้รับบริการแต่ละราย

2. ด้านการศึกษาวิจัยได้ผลการสังเคราะห์ที่สามารถนำไปอ้างอิงและเป็นแหล่งข้อมูลหรือใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในรูปแบบอื่น ที่ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน และนำไปสู่การเพิ่มจำนวนของผลงานวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลในอนาคต รวมทั้งลดการสะสมงานวิจัยที่ซ้ำซ้อน



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, Mcgaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิด เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

- 1.1 ความหมายของการนอนหลับ และการประเมินการนอนหลับ
- 1.2 ความหมายของอาการนอนไม่หลับและการประเมินการนอนไม่หลับ
- 1.3 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ

#### 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

- 2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

#### 3. สภาพการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในปัจจุบัน

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยผู้ใหญ่

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

#### 6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

- 5.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
- 5.2 หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
- 5.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
- 5.3 หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
- 5.4 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
- 5.5 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
- 5.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

#### 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



Russo (2002) การนอนหลับ คือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียการรู้สึกตัว ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นจากภายในร่างกายมากกว่าสิ่งกระตุ้นจากภายนอก

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่าการนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนทั้งด้านสรีระวิทยา จิตวิทยา และพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นกระแสไฟฟ้าสมองซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวิตทำให้มีการปรับอวัยวะทั้งหมดในร่างกายโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่อยู่ในภาวะผ่อนคลาย มีพฤติกรรมที่แสดงออกมาคือ หลับตา สงบนิ่ง การกรนหรืออาการอื่นๆที่แสดงว่าหลับแล้ว การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวลดลงหรือไม่มีเลย ซึ่งจะเกิดขึ้นเป็นวงจรตลอดทั้งวัน มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมองมีลักษณะเฉพาะเกิดขึ้นเป็นวงจรตามขั้นตอนของการนอนหลับ และกระแสประสาทและการตอบสนองต่างๆจะกลับเป็นปกติเมื่อตื่นเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

### การประเมินการนอนหลับ

การประเมินการนอนหลับแบ่งเป็น 2 วิธีได้แก่ การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Object sleep measurement) และการประเมินการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subjective sleep measurement) (Closs, 1988:503; beck,1992:257; ชนกพร จิตปัญญา. 2543; 3) ในการเลือกใช้วิธีใดในการประเมินเกี่ยวกับการนอนหลับนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์

#### การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Object sleep measurement)

- โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography) เป็นการตรวจด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ การนอนหลับ สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริง เช่นมีการบันทึกวงจรการนอนหลับอย่างต่อเนื่องจังหวะชีวภาพของการหลับและการตื่น การเปลี่ยนแปลงระยะ REM และระยะ NREM และความลึกของการนอนหลับแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ การวัดด้วยวิธีนี้เป็นารวัดที่ให้ผลถูกต้องและเที่ยงตรงมากที่สุด (Nicolas, 2008) แต่ข้อเสียคือเครื่องมือมีราคาแพงและวิธีใช้ค่อนข้างซับซ้อน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการใช้และการแปลผลและวิธีนี้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน และความพึงพอใจในการนอนหลับได้

- การประเมินการเคลื่อนไหวร่างกาย (Body movement) เป็นการวัดการเคลื่อนไหวขณะหลับโดยตรง โดยติดเครื่องมือที่ไวต่อการเคลื่อนไหวไว้ที่แขนหรือขาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพการนอนหลับของร่างกายโดยการดูจากการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยอาจใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ (JOHN, 1971 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

- การประเมินโดยใช้หมวกวัดการนอนหลับ(Night cap)เป็นเครื่องมือการนอนหลับที่พัฒนามาจากการวัดความเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ใช้วิธีการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ลูกตาและศีรษะการวัดวิธีนี้ไม่สามารถแบ่งแยกการนอนหลับNREMระยะที่1ถึง4ได้ แต่สามารถบอกถึงภาวะตื่นระยะ REMและระยะNREMได้ เมื่อนำผลการวัดด้วยวิธีนี้มาเปรียบเทียบกับการใช้การวัดโดยโพลีซอมโนกราฟี พบว่าในด้านระยะเวลา ก่อนนอนหลับ ระยะเวลาตื่น ระยะ REM และระยะ NREM และระยะเวลาก่อนเข้าสู่ REM ไม่แตกต่างกัน (Ajilore et al.,1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:4) การใช้เครื่องมือนี้เหมาะกับผู้ป่วยหนักมากกว่าการใช้โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography) เพราะมีขนาดเล็กเคลื่อนย้ายได้ง่าย และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่า แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดคลื่นสมองได้ จึงไม่สามารถแยกแยะการนอนหลับระยะ NREM 1 ถึง 4 ได้ จึงไม่เหมาะในการใช้วัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

- การประเมินโดยใช้เครื่องสวมข้อมือ (Wrist actigraphy) เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่ใช้สวมข้อมือคล้ายนาฬิกาใช้วัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย แปลผลจากความถี่คลื่นไฟฟ้า สามารถวัดปริมาณการนอนหลับและการตื่นได้ดี (Schweb, 1994 อ้างถึงในชนกพร จิตปัญญา, 2543:4) เครื่องมือชนิดนี้สามารถใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ สะดวกไม่รบกวนผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ประเมินในการแปลผล

- การประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับข้างเตียง (Bedside monitor systems) เป็นเครื่องมือในการประเมินการนอนหลับ โดยใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจในระหว่างการนอนหลับรวมถึงการตึงตัวของกล้ามเนื้อและการกลอกตา (Beck, 1992: 257)

- การประเมินโดยใช้เตียงวัดการนอนหลับ (Static charge-sensitive bed) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อการนอนหลับและการหายใจผิดปกติของระหว่างการนอนหลับลักษณะเครื่องมือเป็นที่นอนฟองน้ำ ซึ่งสามารถวิเคราะห์สัญญาณได้ 3 อย่างคือการเคลื่อนไหว ร่างกาย ลักษณะของการหายใจ และการเต้นของหัวใจ (Beck, 1992: 257) จากการบันทึกกราฟสามารถแยกความแตกต่างของการตื่น การนอนหลับลึก และการนอนหลับแบบ REM

- Dream doctor เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกการนอนหลับแบบREM โดยบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อใช้ประเมินความแตกต่างระหว่างการกลอกลูกตาและกระพริบตาในช่วงตื่น (Beck, 1992: 257)

- การประเมินความไวของผิวหนัง (Electrodermal activities: EDA) เป็นการวัดการส่งกระแสไฟฟ้าของผิวหนัง วัดความไวในช่วงการหลับ ต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของไฟฟ้าสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของลูกตา (Dorociak, 1990)

### การประเมินการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement)

เป็นวิธีการประเมินโดยการรายงานคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด (Webster and Thompson, 1986: 450; Closs, 1988: 505; Doraciak, 1990: 39; Beck, 1992: 257 อ้างถึงในพรสวรรค์ โจนกิตติ, 2544: 38) เนื่องจากทำได้ง่ายโดยไม่รบกวนผู้ป่วยและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการตรวจด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ การประเมินคุณภาพการนอนหลับทางจิตพิสัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับความรู้สึกภายหลังตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย สามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ (Closs, 1988 อ้างถึงใน กันตพร ยอดไชย, 2547:29) การประเมินคุณภาพการนอนหลับนี้อาจทำได้หลายวิธีซึ่งได้แก่

- การใช้แบบสอบถาม(Questionnaire) โดยให้กรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและคุณภาพการนอนหลับบางคำถามจะให้รายละเอียดของจำนวนครั้งของการตื่นและอุปนิสัยของการนอนหลับคำถามที่ใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา เช่น แบบสอบถามการนอนหลับของThe Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) ใช้วัดทดสอบการรับรู้ ในหอผู้ป่วยหนัก วัดค่าความเที่ยง และความตรงเปรียบเทียบกับเครื่องโพลีโซโนกราฟี (Ricahards et al, 2000 cited in Nicolas et al, 2008)

- การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับ-ตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการงีบหลับ ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน การปวดเรื้อรังในตอนกลางคืน มีพฤติกรรมประหลาดเกิดขึ้นในขณะนอนหลับ (Parasomnia) เช่น นอนละเมอ ปัสสาวะรดที่นอน ชัก ขากระตุกในระหว่างนอน(Norman, Chediak, Kiel, Cohn, 1990 อ้างถึงในชนกพร จิตปัญญา, 2543: 6) ใช้สำหรับผู้ตอบที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการอ่านและการเขียน และรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่ต้องการ แต่มีข้อเสียคือ ต้องใช้เวลามากและอาจมีข้อผิดพลาดในการสื่อและแปลความหมาย

- การประเมินตนเอง (Self-report) โดยใช้แบบวัดประมาณค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) หรือมาตราส่วนประมาณค่า (Rating sale) สไนเดอร์-ฮาลเพิร์น และเวอร์เรน (Snyder-Halpern and verran, 1987:155-156 cited in Nicolas et al, 2008) เสนอแนะว่ามาตรประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตานำมาใช้ได้ง่าย สะดวก ประเมินคุณภาพการนอนหลับได้รวดเร็ว มีความไวเพียงพอและมีความละเอียดถึง 1 ใน 100 ส่วน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกประเมินตามความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ไม่ถูกจำกัดอยู่กับข้อเลือกที่จำกัดซึ่งไม่สามารถสื่อถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยเนื่องจากสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการ

เคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่นผู้ป่วย Quadriplegia การวัดเปรียบเทียบกับสายตาเป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่ง่าย สั้น กะทัดรัดทั้งเนื้อหาและรูปแบบของเครื่องมือ จึงเป็นการสะดวกต่อการเลือกตอบเพียงแต่กาเครื่องหมายลงบนเส้นตรงเท่านั้น และการวัดเป็นการวัดระดับช่วงคะแนน ทำให้ง่ายต่อการติดตามผลของพยาบาลประกอบกับไม่รบกวนผู้ป่วยและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย แบบวัดคุณภาพการนอนหลับโดยประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเองของสไนเดอร์-ฮาลเพิร์นและเวอร์เรนประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยประเมินจากมิติของการนอนหลับแบ่งเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) จำนวน 7 ข้อ เวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ การตื่นระหว่างการนอนหลับ ความลึกของการนอนหลับการเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างการนอนหลับความรู้สึกต่อการถูกรบกวนและความไม่สบายใจ กังวลใจต่อเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ

มิติที่ 2 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) จำนวน 4 ข้อ ความรู้สึกต่อการพักผ่อนที่ได้รับหลังจากการตื่นนอน ความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนหลับ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ และวิธีการตื่นนอน

มิติที่ 3 ระยะเวลาการนอนที่เพิ่มขึ้นและเวลาที่งีบหลับระหว่างวัน (Sleep supplementation) จำนวน 4 ข้อ คือ เวลางีบหลับในเวลากลางวัน เวลาเช้า เวลาเย็น และระยะเวลาที่ลุกจากที่นอนหลังจากตื่นนอน

- การบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep diaries) เป็นการบันทึกการนอนหลับและตื่นในแต่ละวัน ผู้ป่วยสามารถบันทึกจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งการตื่นระหว่างช่วงเวลาหลับ การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ความรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยา คาเฟอีน แอลกอฮอล์ รวมทั้งกิจกรรมที่ทำในเวลากลางวัน (Haythornthwaite, Hegal and KEERNS, 1991 อ้างถึงในชนกพร จิตปัญญา, 2543:7) วิธีการประเมินทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด แต่วิธีนี้ไม่เหมาะสมสำหรับการศึกษาการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงง่ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ

- การสังเกต (Personal observation) เป็นการสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ถูกวัด วิธีนี้ใช้กันอย่างมากในเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช โดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ลักษณะของการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาหลับ ระยะเวลาตื่น วิธีนี้สามารถประเมินระยะการนอนหลับและความต่อเนื่องของการนอนหลับได้ แต่เป็นวิธีที่ไม่สะดวกและไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากต้องมีผู้สังเกตพฤติกรรมการนอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาของการวัดและต้อง

ใช้เวลาอย่างน้อย 15-30 นาทีในการสังเกตเพื่อประเมินการนอนหลับของผู้ป่วย (Closs, 1988 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 7)

สรุปได้ว่าการประเมินการนอนหลับโดยวิธีทางจิตพิสัย เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสบการณ์ของแต่ละคน และครอบคลุมข้อมูลบางอย่างที่ไม่สามารถวัดได้ทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสามารถประเมินโดยการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการรายงานของผู้ป่วย และประเมินได้ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ จึงเป็นที่นิยมใช้ในทางการพยาบาล ส่วนการประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์นั้นเป็นวิธีที่มีความไวและมีความจำเพาะ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยค่อนข้างสูง และทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ โดยผู้มีความชำนาญจึงไม่สะดวกในทางปฏิบัติการ อาจรบกวนการนอนของผู้ถูกวัด สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลานานจากนี้ยังมีข้อมูลบางประการที่เกี่ยวข้องไม่สามารถบันทึกได้จากวิธีการใช้เครื่องมือ

## 1.2 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

จากการค้นหาความหมายของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ (Medical dictionary) พบว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึงอาการนอนไม่หลับ ตามแจ้ง นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ความหมายการนอนไม่หลับไว้ดังนี้

Norman (2001) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การกล่าวถึงภาวะบกพร่องในการนอนหลับซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในภาวะประจำวัน

Montgomery และ Denis (2004) ได้ให้ความหมายของ อาการนอนไม่หลับ ว่าเป็นความผิดปกติของการเริ่มต้นนอนและการนอนอย่างต่อเนื่อง ตื่นเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้

Cochran (2003) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ โดยมีอาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty initial sleep, prolong sleep onset) ไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Frequent awakenings during the night) ตื่นเช้ากว่าปกติ (Too Early awakening) และรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ (Non restorative sleep)

สุรชัย เกื้อศิริกุล (2544) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับหรือการนอนหลับไม่เพียงพอ เป็นอาการไม่ใช่โรคมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะรวมกัน คือ การนอนไม่หลับหรือนอนลำบาก การนอนหลับไม่สนิท ตื่นตื่นกลางดึก หรือหลับๆตื่นๆ การตื่นนอนเช้าหรือเร็วกว่าปกติและตื่นแล้วไม่สดชื่น

อาการนอนไม่หลับนั้นมีความรุนแรงพอที่จะส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 1994; Norman, 2001) หรือผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน (American

Psychiatric Association, 1994) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการนอนหลับที่มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ (Seller, 1993; Nordhus et al, 1998; Cochran, 2003) มีค่าที่ใช้คล้ายคลึงกันได้แก่การรู้สึกง่วงนอน การรู้สึกง่วงนอนไม่เต็มอิ่ม (Greenblatt, 1987) ตื่นแล้วไม่สดชื่น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปว่าอาการนอนไม่หลับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับในเชิงปริมาณรูปแบบการนอนหลับและคุณภาพของการนอนหลับโดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะรายงานว่ามีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยมีอาการได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก ใช้เวลานานกว่า 30 นาทีถึงจะนอนหลับได้ มีการนอนหลับได้แค่ช่วงระยะเวลาสั้นๆไม่ต่อเนื่อง รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า และไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน

### การประเมินการนอนไม่หลับ

การประเมินการนอนไม่หลับมีได้หลายวิธี ซึ่งความน่าเชื่อถือของเครื่องมือแต่ละชนิดแตกต่างกันไปตามความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือต่างๆ การเลือกใช้วิธีการใดในการประเมินการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การประเมิน และความเหมาะสมกับสถานการณ์ (Closs, 1988; Dorociak, 1990; Beck, 1992: 257 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3; พัทธิญา แก้วแพง, 2547 : 27) ได้แก่

การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective Sleep Measurement) การประเมินชนิดนี้เป็นการวัดการนอนหลับโดยตรง ซึ่งมีหลายชนิดดังนี้

1. การประเมินโดยใช้โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography) เป็นเครื่องมือสำหรับแสดงและบันทึกสัญญาณคลื่นไฟฟ้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อศึกษาสภาพสรีรวิทยาในระหว่างการนอนหลับและความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดเดียวกับเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เพียงแต่สัญญาณของ Polysomnography แตกต่างออกไป (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536) โดยประกอบด้วยวิธีการวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electro-myogram, EMG) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา (Electrooculogram, EOG) รวมไปถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกาย และระดับความดันโลหิต วิธีการนี้จะสามารถแยกแยะการนอนระยะ REM และ NREM ได้รวมทั้งระยะการนอนแท้จริง ความก้าวหน้าและความลึกของการนอน (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3) แต่มีข้อเสียคือ เครื่องมือมีราคาแพง ใช้งานค่อนข้างซับซ้อน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการประเมินผล

2. การประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement) เป็นการวัดการเคลื่อนไหวขณะหลับโดยตรง โดยติดเครื่องมือที่ไวต่อการเคลื่อนไหวที่แขนหรือขาของผู้ป่วย ซึ่ง



เป็นการวัดคุณภาพการนอนหลับของร่างกาย โดยดูจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาจใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ (Johnson, 1971 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

การประเมินการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subject Sleep Measurement) การประเมินโดยการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยสามารถบอกถึงการนอนหลับได้ทั้งคุณภาพและปริมาณ (Richardson, 1997) การวัดแบบประเมินการนอนหลับด้วยวิธีนี้เป็นการให้ข้อมูลที่นำเชื่อถือเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการนอนหลับได้ดี (Johns, 1971 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 5) ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธี ได้แก่

1. การประเมินค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scales) เป็นวิธีที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ โดยมาตรวัดเป็นลักษณะเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด เช่น ความรู้สึกหลังตื่นนอน คุณภาพการนอนหลับ ความพึงพอใจในการนอนหลับ วิธีประเมิน โดยให้ผู้ถูกประเมินขีดเครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง วัดออกมาเป็นตัวเลข ผู้ที่ประเมินด้วยวิธีนี้จะสบายใจและตัดสินใจง่าย กรณีการประเมินการหลับต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Serial assessment) การเลือกใช้วิธีนี้สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาที่ผู้ประเมินอาจเกิดความไม่สบายใจที่จะประเมินใกล้เคียงกับครั้งก่อน จึงใช้ได้ดีหากต้องการการประเมินแบบต่อเนื่อง เช่นการประเมินการนอนหลับช่วงเวลาหนึ่ง หรือหลังการได้รับการนอนหลับ ข้อจำกัดของการประเมินวิธีนี้คือข้อความ หรือวลีที่ใช้ อาจสื่อความรู้สึกผู้ประเมินไม่ตรงกัน สิ่งสำคัญก็คือต้องอธิบายให้ผู้ประเมินเข้าใจความหมายของเครื่องหมายเสียก่อน (Closs, 1988 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 24) ตัวอย่างของแบบวัดนี้ได้แก่ แบบวัดของ Verran and Snyder Halpern (VSH Sleep Scale) (Snyder-Halpern and Verran, 1987)

2. มาตรส่วนประมาณค่าด้วยตนเอง (Subject rating scales) เป็นวิธีที่ง่ายต่อการประเมินการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น อาการง่วง ซึม หรือความรู้สึกหุดหู่ แบบประเมินนี้วัดออกมาเป็นตัวเลข (Interval scale) มีความไวและสะดวกในการใช้ ข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือนี้ คือ ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่มีระดับคะแนนสูง ทำให้ผลการประเมินผิดพลาดได้ (Closs, 1988: 504; Herscovitch and Broughton, 1981: 83; Kryger, et al., 1987: 165 อ้างถึงใน บุญชู อนุศาสนันท์, 2536) การวัดวิธีนี้ได้แก่ แบบวัด Stanford Sleepiness Scale (SSS) ซึ่งเป็นแบบวัดปริมาณของการนอนหลับ โดยมีช่วงคะแนน 7 ระดับ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 6)

3. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะเป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบ หรือเติมคำ ประเภทของคำถามขึ้นอยู่กับเรื่องที่ต้องการประเมิน โดยคำถามส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับแบบแผนของการนอนหลับ ปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับรวมถึงการนอนไม่หลับ ข้อดีของวิธีนี้คือ ได้ข้อมูลที่มีความแน่นอนในเวลารวดเร็ว ส่วนข้อเสียคือ ผู้ถูกประเมินต้องอ่านออก

เขียนได้ และมีความสามารถในการคิดปกติ ดังนั้นจึงใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการ โรคจิตหรือโรคประสาท ผู้ป่วยที่ได้ยากดประสาท (Fuller and Schaller-Ayers, 1990: 361 อ้างถึงใน บุญชูอนุศาสนันท์, 2536: 38) ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ ได้แก่ St. Mary Hospital Sleep Questionnaire ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ และใช้ทดสอบในผู้ป่วยสัลยกรรม อายุรกรรม จิตเวชและบุคลิกภาพ (Ellis, et al., 1981 อ้างถึงใน พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544: 38)

นอกจากนี้ยังมีการนำเกณฑ์การประเมินภาวะความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ (Insomnia disorder) ของสมาคมโรคทางจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา คือ DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1993) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) อาการเด่นชัดที่ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าเข้านอนแล้วหลับยากหรือหลับได้ไม่นาน 2) ความผิดปกติในข้อที่แรกเกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนและมีความรุนแรงพอที่จะทำให้ผู้นอนอ่อนเปลี้ยเพลียแรงในระยะเวลากลางวันตามสมควร 3) การนอนไม่หลับมิได้เกิดในช่วง การดำเนินโรคของที่เกิดจากการนอนหลับผิดปกติและต่อมา Li และคณะ (2002) และ Morin (1993) ได้นำ DSM-III มาดัดแปลงเป็นแบบประเมินการนอนไม่หลับ คือ แบบประเมิน Insomnia Severity Index ของ Morin (1993)

ซึ่งแบบประเมิน Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบประเมินโดยใช้ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintain sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 ด้าน การตื่นเช้าม่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 ด้าน การตื่นเช้าม่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 และด้านมีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6 และ 7 มีเกณฑ์ในการแปลคะแนนคือ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลคะแนนการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ โดยแบ่งระดับการนอนไม่หลับไว้ดังนี้ (Morin, 1993) คะแนน 0-7 หมายถึงไม่มีการนอนไม่หลับเลย, คะแนน 8-14 หมายถึงเริ่มมีการนอนไม่หลับ, คะแนน 15-21 หมายถึง มีการนอนไม่หลับระดับปานกลาง, คะแนน 22-28 หมายถึง มีการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

### 1.3 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมาย คุณภาพ หมายถึงลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ นอน หมายถึง เอนตัวลงกับพื้นหรือที่ใดๆ เช่น อาการที่สัตว์เอนตัวลงกับพื้นเพื่อพักผ่อน เป็นต้น หรือยืนหลับอยู่กับที่, อาการที่ทำให้ของสูงๆ ทอดลง หลับ หมายถึงอาการพักผ่อนของร่างกายที่มีการรับรู้สภาพแวดล้อมน้อยลง

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึงการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังการนอนหลับที่เพียงพอ รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย และกระปรี้กระเปร่าหลังจากตื่นนอน (ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544)

คุณภาพการนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจนแน่นอน ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือการนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น และการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ (Buysse et al., 1989) เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่าคุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงนอน (Synder – Halpern and Verran, 1987) และการที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่า “ดี” หรือ “ไม่ดี” นั้นสามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลคนนั่นเอง ซึ่งประเมินโดยความรู้สึกเกี่ยวกับท่านอน การเคลื่อนไหวขณะนอนหลับ และความคิดเห็นของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง (Ebersole and Herr, 1998) ดังนั้นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจึงแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา (ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544)

คุณภาพการนอนหลับ คือ ความรู้สึกนอนหลับเพียงพอ รู้สึกสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า ภายหลังจากการตื่นนอนในตอนเช้า ซึ่งร่างกายของคนเราต้องการ การนอนหลับเพื่อพักผ่อนในระยะเวลาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน จึงจะทำให้มีสุขภาพที่ดี โดยทั่วไปความต้องการนอนหลับเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมง แต่ความเป็นจริงไม่สามารถระบุจำนวนที่แน่นอนได้ บางคนเมื่อนอนเพียง 4 ชั่วโมงครั้งติดต่อกันก็อาจเพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (Hammer, 1991: 318, อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544) ซึ่งระยะเวลาการนอนที่เหมาะสมคือ ระยะเวลาการนอนที่มีผลให้บุคคลนั้นๆ ตื่นขึ้นด้วยความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น รู้สึกว่าได้พักผ่อนเพียงพอ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการง่วงซึม (Fuller and Ayers, 1990: 355, อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544 )

คุณภาพในการนอนหลับ คือ การหลับลึกและหลับสนิท สมองได้พักผ่อนเต็มที่ มีวงจรการหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาของการนอนหลับที่เหมาะสมกับอายุ ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง ถ้าตื่นขึ้นในตอนเช้าแล้วรู้สึกสดชื่นสามารถ

ปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง ไม่ง่วงนอนหรือเพลียก็แสดงว่าการนอนหลับในคืนนั้นมีการหลับลึกและมีคุณภาพ (วรกต สุวรรณสถิต, 2546)

นอกจากนั้นการนอนหลับที่ดีจะต้องประกอบด้วยปริมาณและคุณภาพการนอนหลับมนุษย์ ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ต้องการการนอนหลับประมาณ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน ปริมาณการนอนไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนแต่ควรเป็นเพื่อก่อให้เกิดความสดชื่นในชีวิต (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536: 1) และสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถของการทำงานในกลางวันและการมีสติ แต่ไม่ควรน้อยกว่า 5 ชั่วโมง ในแต่ละคืน โดยปริมาณการนอนและความต่อเนื่องของการนอนเป็นสิ่งสำคัญ (Krachman et al, 1995: 1714) การนอนหลับ 5-6 ชั่วโมงโดยไม่ถูกรบกวนดีกว่าการนอนหลับ 8 ชั่วโมงแต่ถูกรบกวน (Hodgson, 1991 อ้างถึงใน ฌัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 13) ดังนั้นการพิจารณาว่านอนกี่ชั่วโมงจึงเพียงพอ ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับคุณภาพของการนอนหลับในระยะ REM และ NREM (ฌัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 13)

คุณภาพการนอนหลับหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับในเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับรวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับเชิงคุณภาพจะเป็นความรู้สึกต่อการนอนหลับรวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับเชิงคุณภาพจะเป็นความรู้สึกของบุคคลตามคำบอกเล่า (subjective aspect of sleep) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989)

### การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีอยู่ 2 วิธี คือการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality) ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์

1. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย การประเมินคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ (Hiton, 1976 อ้างถึงใน อวยพร นาคเพชร, 2550) ประเมินได้จาก การ

บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับ หรือจากบันทึกลักษณะของการนอนหลับตลอดคืน ด้วยวิธีการใช้โพลีซอมโนกราฟฟิคซึ่งเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ การวัดคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้ให้ผลถูกต้อง และเที่ยงตรงที่สุด (Beck, 1992) การประเมินจะทำให้ได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ เครื่องมือมีราคาแพงและวิธีใช้ค่อนข้างซับซ้อน จึงต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และแปลผล โดยทั่วไปการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยจะใช้ประโยชน์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาเช่นการศึกษาแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรควิตและแอลกอฮอล์เรื้อรัง

2. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย สามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ (Closs, 1988) การประเมินคุณภาพการนอนหลับอาจทำได้หลายวิธีเช่น

2.1 ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเวลานอนหลับปกติ ระยะเวลาการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ เวลาที่อยู่บนเตียง (Johns, 1975 อ้างถึงใน อวยพร นาคเพชร, 2550)

2.2 ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นการประมาณค่าบนเส้นตรงโดยการเปรียบเทียบกับสายตา (visual analog scale) ลักษณะต่างๆ ของการนอนหลับวัดเป็น 2 มิติ คือมิติประสิทธิผลการนอนหลับ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองในทางบวก และมิติแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางลบ

2.3 ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) สอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับและรบกวนการนอนหลับ โดยมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อกิจกรรมในเวลากลางวัน (Buysse et al., 1989)

## 2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจะมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคอง และการฟื้นฟู รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำต่อทั้งคนปกติ ผู้เจ็บป่วย คนพิการ และผู้ที่กำลังใกล้เสียชีวิต การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน เครื่องมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลดำรงซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้นั้น คือ การปฏิบัติการพยาบาล

### 2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล

ศาสตร์ทางการพยาบาล เป็นความรู้ที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อสร้างทฤษฎีที่จะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล การให้ความหมายขึ้นอยู่กับความเชื่อในแนวคิดและเหตุผลทั้งที่เป็นปรัชญา ทฤษฎี หรือมโนทัศน์ต่างๆ มีผู้ศึกษา ค้นคว้า และนำเสนอแนวความคิดและความหมายของคำว่า การปฏิบัติการพยาบาลไว้หลายท่าน การให้ความหมายจะขึ้นอยู่กับการศึกษาหรือความเชื่อในแนวคิดเหตุผลของผู้ให้ความหมาย จึงพบว่ามี การให้ความหมายไว้อย่างมากมาย เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ค่านิยม ความเจริญทางการศึกษาและการพัฒนาทางเทคโนโลยี มีรายละเอียด ดังนี้

Gordon (1994) อธิบายความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่ผลลัพธ์เป้าหมายและอธิบายประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการกระทำให้ (Doing for) กระทำด้วยกัน (Doing with) หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

McCloskey และ Bulechek (1999) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) (2540 อ้างถึงในนัจฉิยา เพียรสูงเนิน, 2550) ได้กำหนดให้การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยกระทำดังนี้ (1) การสอน การแนะนำการให้คำปรึกษาหารือ และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล

รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล

สมาคมพยาบาลอเมริกัน ได้ประกาศขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล ว่า การพยาบาลคือการวินิจฉัยและการรักษาตอบสนองของบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย (ANA, 1987 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

โดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนผ่านกระบวนการพยาบาล และกระทำด้วยความตั้งใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่ต้องการหรือที่คาดหวังไว้โดยการดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้กระทำ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

## 2.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเน้นการดูแลคนแบบองค์รวม ซึ่งต้องมองคนเป็นบูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การจัดแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อให้เกิดมาตรฐานของการปฏิบัติ ได้มีการศึกษาและแบ่งประเภทของการพยาบาล ดังนี้

Gettrust and Brabec (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลที่มีการพึ่งพากัน และจากการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยทำให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพ เพื่อรองรับให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง มีการจัดระบบการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป และแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) Universal intervention หมายถึงกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภทในทุกระบบของการจัดการดูแล

2) Inpatient intervention หมายถึงกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลการจัดการพยาบาลเสมือนที่บ้าน (Nursing home) สถาบันฟื้นฟูสภาพและทุกระบบการจัดการดูแลแบบผู้ป่วยใน

3) Community health หรือ Home care intervention หมายถึงกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง โดยคนในครอบครัวหรือดูแลตนเอง และได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลเป็นระยะๆ

Snyder (1992) ได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการคิดรู้ (Cognitive interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ การสอน การให้ความรู้คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ
3. การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้สึก (Sensory interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา
4. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social interventions) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

นอกจากนี้ Snyder ยังได้แบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระและปฏิบัติการพยาบาลในปัญหาร่วม

Murray and Atkinson (1994) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 4 ประเภท

1. การจัดการสภาพแวดล้อม การพยาบาลในด้านนี้รวมถึงการสร้างและคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจัดระเบียบสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและฟื้นฟูสภาพ
2. แพทย์ริเริ่มและกำหนดวิธีการปฏิบัติ แพทย์จะให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และกำหนดแผนการรักษาเกี่ยวกับการประเมินสภาพของผู้ป่วย แผนการตรวจวินิจฉัยและการให้การรักษา โดยจะเขียนไว้ในแบบรายงานผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นผู้นำแผนการเหล่านี้ไปปฏิบัติ ซึ่งการนำแผนการรักษาไปปฏิบัติยังถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล
3. พยาบาลเริ่มต้นกำหนดแผนและแพทย์สั่งแผนการรักษา เมื่อประเมินและระบุปัญหาของผู้ป่วยแล้วพยาบาลอาจต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ในการรักษา พยาบาลไม่ได้รับอนุญาตให้สั่งแผนการรักษาที่เฉพาะบางอย่าง แต่รู้ว่าเวลาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยพยาบาลจะขอคำสั่งจากแพทย์ในการช่วยเหลือแก้ไขหรือลดปัญหาที่ประเมินได้
4. พยาบาลเริ่มต้นและกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่ปฏิบัติในขอบเขตวิชาชีพเท่านั้น การประเมินสภาพผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลและนำไปปฏิบัติหรือมอบหมายให้พยาบาลอื่นนำไปปฏิบัติ รูปแบบของการพยาบาลที่เป็นอิสระในกลุ่มนี้ได้แก่ การสอนสุขภาพ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติ ส่งต่อให้พยาบาลอื่นหรือบุคลากรในวิชาชีพอื่น การให้การพยาบาลที่เฉพาะ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาและลดความยุ่งยาก การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ ดูแลความสุขสบายและให้กำลังใจ การประเมินสภาพของผู้ป่วยหรือการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่ได้รับโดยคำสั่งทางการพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรสุขภาพอื่นๆ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเกี่ยวกับ



แผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป และการให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรลุนิยามความต้องการพื้นฐานกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันและความมั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัย

McCloskey and Bulechek (1996) ได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. การดูแลการทำงานด้านร่างกายขั้นพื้นฐาน (Physiological basic) ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการจัดการหรือช่วยเหลือการทำกิจกรรมด้านร่างกายและสวบนพลังงานในร่างกาย การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการจับถ่าย เป็นการคงไว้ซึ่งระบบขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะที่ปกติและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เพื่อคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวต่างๆของร่างกาย การปฏิบัติการพยาบาลด้านภาวะโภชนาการ เพื่อปรับปรุงหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกาย และการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ

2. การดูแลการทำงานด้านร่างกายที่ซับซ้อน (Physiological complex) ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับเพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของกรดและเกลือแร่ต่างๆในร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การบริหารยา เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันผลจากการใช้ยา การจัดการด้านประสาทวิทยา เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการทำงานของระบบประสาท การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลระหว่างการทำผ่าตัดและหลังการทำผ่าตัด การดูแลระบบทางเดินหายใจการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้ทางเดินหายใจเปิดโล่งและการแลกเปลี่ยนก๊าซ การดูแลผิวหนังและแผล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความชุ่มชื้นให้เนื้อเยื่อสมบูรณ์ การรักษาความสมดุลด้านอุณหภูมิเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในภาวะปกติ และการจัดการเกี่ยวกับระบบหมุนเวียนเลือดและสารน้ำในเนื้อเยื่อ

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เป็นการดูแลและสนับสนุนด้านจิตสังคมและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่พฤติกรรมบำบัด เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การบำบัดด้านการคิดรู้ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบการคิดรู้ การส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร เป็นการช่วยในการส่งหรือการรับข้อมูล เป็นการช่วยผู้อื่นในการสร้างความเข้มแข็งของตนเอง การปรับเปลี่ยนระบบหรือหรือประสบความสำเร็จในระดับที่สูงขึ้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยในการเรียนรู้ และการส่งเสริมด้านจิตวิทยา เพื่อส่งเสริมให้ใช้เทคนิคด้านจิตวิทยา แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

3.1 การบำบัดพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

3.2 การบำบัดด้วยความรู้ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความคิดหรือเปลี่ยนแปลงความคิด

3.3 การเพิ่มระดับการสื่อสาร หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการสร้างและรับข่าวสาร

3.4 การช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บุคคลเข้มแข็ง สามารถปรับตัวเข้ากับเปลี่ยนแปลงได้

3.5 การช่วยให้เกิดความรู้ในผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสะดวกในการเรียนรู้

3.6 การส่งเสริมความสบายด้านจิตใจ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เทคนิคด้านจิตใจ

4. ด้านความปลอดภัย (Safety) เป็นการดูแลป้องกันอันตราย ได้แก่ การจัดการภาวะวิกฤติเป็นการช่วยเหลือทันทีในระยะสั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการจัดการภาวะเสี่ยง เป็นการลดกิจกรรมเสี่ยงและเฝ้าระวังความเสี่ยง

5. ด้านครอบครัว (Family) เป็นการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ เป็นการเข้าใจด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว

6. ด้านระบบสุขภาพ (Health system) เป็นการใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการสุขภาพได้แก่ การช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ การสนับสนุนระบบบริการและการได้รับการดูแล และการจัดการด้านข้อมูล เป็นการสื่อสารทางสุขภาพกับผู้ดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้ การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องครอบคลุม 4 ด้านคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น บุคคลต้องมีความคิดริเริ่มการส่งเสริมสุขภาพตนเอง พยายามมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริม โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2. การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health maintenance) หรือการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) หรือการป้องกันสุขภาพ (Health protection) หมายถึง การกระทำเพื่อช่วยรักษาภาวะสุขภาพ

3. การซ่อมแซมสุขภาพ (Health restoration) รวมถึง การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) หมายถึง การช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล หลังจากเกิดปัญหาเจ็บป่วยแล้ว

4. การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายหรือผู้ป่วยสิ้นหวัง เป็นการให้ความสุขสบายและความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย พยาบาลอาจจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาล ที่บ้าน หรือสถานที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้อธิบายขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติที่วิชาชีพพยาบาลมีอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบ การปฏิบัติการพยาบาลถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพ โดยเสนอขอบเขต ดังนี้

1. จัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต
2. เฝ้าระวังและติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพของการบริการสุขภาพ
3. จัดระบบและมีทักษะในการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพ
4. การช่วยเหลือและการดูแล เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล
5. การสอน การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ
6. การจัดการกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่างๆ
7. ส่งเสริมการใช้วิธีต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลบำบัดและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 7 ด้านนั้น ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ลักษณะที่เฉพาะของการพยาบาล คือ ความสามารถในการผสมสานกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในบริบทของการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้น

### 2.3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

วิชาชีพพยาบาลมีการพัฒนาความรู้จากทักษะมาสู่การปฏิบัติ และจากการค้นคว้าวิจัยเมื่อเกิดการวิจัยซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ยอมรับว่าเป็นการค้นหาความรู้และการแก้ปัญหาต่าง ๆ (สุคนธ์ มีเนตรทิพย์, 2540 อ้างถึงใน รุ่งรวี นาวิเจริญ, 2544) การนำความรู้หรือหลักฐานที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้ได้มาตรฐาน ในการแก้ปัญหาด้านการปฏิบัติและดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวิเคราะห์เพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้ในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้นั้น ควรเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการทำวิจัยและการนำผลงานไปใช้ เพื่อลดช่องว่างของการศึกษาทางวิชาการและการปฏิบัติการทบทวนหลักฐานอย่างเป็นระบบทำให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ หรือผ่านการทดลองในทางปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริงตลอดจนทำให้สามารถปรับปรุงการบริการให้ทันต่อเหตุการณ์ เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (รุ่งรวี นาวิเจริญ, 2544) ร่วมกับใช้แหล่งประโยชน์ที่

มีอยู่อย่างประหยัด คຸ່ມค่าเหมาะสมกับค่าใช้จ่าย (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996 อ้างถึงในวิลลาวัลย์ ศรีวรรณนท์)

เป้าหมายและวิธีการปฏิบัติมีความชัดเจน โดยทั่วไปต้องทำเป็นคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความแตกต่างด้านการปฏิบัติทางคลินิก และสามารถตรวจสอบได้ แนวทางปฏิบัติต้องคำนึงถึงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ และต้องเป็นความต้องการหรือความชอบของผู้รับบริการ (NHMRC, 1998) ปัจจุบันเริ่มมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกอย่างกว้างขวาง ซึ่งบางเรื่องก็คล้ายกันอาจนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ต่อไปได้ บางกรณีจากข้อจำกัดและลักษณะของหน่วยงานนั้น จำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาเอง

### หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

หลักพื้นฐานของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543; NHMRC, 1998)

1. วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ต้องระบุปัญหา ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เป้าหมาย และลักษณะหรือระดับหน่วยงานที่จะนำแนวทางไปปฏิบัติไปใช้ โดยเป้าหมายคือผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทางสุขภาพ
2. แนวปฏิบัติควรพัฒนามาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีวิธีการรวบรวมหลักฐาน การเลือกเอกสาร การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ถึงระดับคุณภาพ ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ความเกี่ยวข้อง และความเที่ยงตรงของหลักฐานเชิงประจักษ์มีระดับของความน่าเชื่อถือ (level of evidence) และระดับข้อแนะนำ (grades of recommendations) แตกต่างกัน หลักฐานที่มีคุณภาพสูง มีระดับความน่าเชื่อถือสูง อาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในทุกหน่วยงาน
3. วิธีการสังเคราะห์ระดับคุณภาพของแนวทางปฏิบัติที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ
4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีคุณภาพ ควรทำเป็นสหสาขา มีผู้สนับสนุนการทำแนวทางปฏิบัติประกอบด้วย ทีมพัฒนา ผู้เชี่ยวชาญ และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นสำคัญ
5. แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาควรมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ และเหมาะสมกับหน่วยงานสามารถปรับใช้กับพื้นที่ต่างๆ ได้
6. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติควรคำนึงถึงทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ควรระบุทางเลือกที่จะใช้ให้ชัดเจน
7. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ควรมีการเผยแพร่และนำสู่การปฏิบัติจริง
8. แนวปฏิบัติที่นำไปปฏิบัติต้องได้รับการประเมินผล และวิเคราะห์ถึงผลกระทบของการ

นำไปใช้ ประโยชน์และโทษที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วยและระบบบริการ

9. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ควรมีการปรับปรุงเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ และตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

### ระดับของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์จึงมีการแบ่งระดับของแนวทางปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับคือ

1. มาตรฐาน (standard) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้มาจากหลักฐานที่มีความแน่นอนมีประสิทธิผลที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้โดยไม่ต้องมีการปรับปรุง เช่น หลักฐานที่ได้จากผลการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (จิตร สิทธิอมรและคณะ, 2543 )

2. แนวปฏิบัติ (guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่มีความแน่นอนทางคลินิกปานกลางมีความยืดหยุ่นและสามารถนำมาปรับปรุงได้ (จิตร สิทธิอมรและคณะ, 2543) สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ (NZGG, 2001 อ้างถึงใน วิลาวลัย ศรีวรรณนท์, 2548: 33)

2.1 แนวปฏิบัติที่ได้จากประสบการณ์การทำงาน (best practice guideline) พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติหรือผู้รับบริการที่เห็นว่าดีและเหมาะสมกับหน่วยงาน

2.2 แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของกลุ่มมือ (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาเพื่อใช้เฉพาะบางหน่วยงาน เป็นข้อตกลงของการปฏิบัติ เช่น ยกร่างแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน

2.3 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus based guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากข้อตกลงจากผู้เชี่ยวชาญ

2.4 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวนของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ถึงประโยชน์และความเสี่ยง

2.5 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence based practise) พัฒนาเช่นเดียวกับข้อที่ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยงการนนำไปใช้ และความคุ้มค่า คุ่มทน

3. ข้อเสนอปฏิบัติ (option) เป็นแนวปฏิบัติที่ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัด ไม่มีข้อสรุปหรือมีความขัดแย้งในหลักฐานหรือความเห็น (จิตร สิทธิอมรและคณะ, 2543)

## การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดขอบเขตของปัญหา (defense issue/topic) กลุ่มเป้าหมายและเป้าหมายในการจัดทำแนวปฏิบัติ โดยปัญหาที่ควรพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นแนวปฏิบัติควรจะเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหน่วยงาน มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายสูง มีการปฏิบัติที่หลากหลายทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดูแลรักษาและคุณภาพการบริการ เกิดภาวะแทรกซ้อนมาก โดยคำนึงถึงการสนับสนุนของหน่วยงาน (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; NHMRC, 1998)

2. การกำหนดคณะกรรมการหรือทีมยกร่าง (convene a multidisciplinary panel) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องจากสาขาวิชาชีพและเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; Fervers, Philip, Haugh & Browman, 2003; NHMRC, 1998)

3. กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ (identify health outcome) ซึ่งคาดว่าจะ เป็นประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้และก็เป็นวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นเป้าหมายระยะสั้น หรือ ระยะยาวก็ได้ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; Fervers, et al., 2003; NHMRC, 1998)

4. การทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขและวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของกรรมการพัฒนาเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีและเหมาะสมที่สุด (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; Fervers, et al., 2003; NHMRC, 1998) การให้คะแนนระดับของความน่าเชื่อถือ (level of evidence) และระดับข้อเสนอแนะ (grades of recommendations) ของหลักฐานที่ได้ของแต่ละหน่วยงานอาจมีความแตกต่างกันบ้างตัวอย่าง เช่น

4.1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ตามหลักเกณฑ์ของหน่วยงานการบริการทางคลินิกและการป้องกันของสหรัฐอเมริกา (U.S Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services [USPSTF]) (1996 อ้างถึงใน วิลลาวัลย์ ศรีวรรณนทร์, 2548: 35) ดังนี้

Level I เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเป็นการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างไม่มีการลำเอียง และมีการควบคุมตัวแปรอย่างเคร่งครัดทุกงานวิจัย (well-designed randomized controlled trial [RCT])

Level II-1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยแบบทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเป็น (well-designed controlled trial without randomization)

Level II-2 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยแบบการศึกษาติดตาม (cohort studies)หรือศึกษาหลายช่วงเวลาโดยมีกลุ่มควบคุม (case control studies)

Level II-3 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการศึกษาหลายช่วงเวลา (Multi time series without intervention result from uncontrolled experiments)

Level III เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนา จากรายงานความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือจากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญ

4.2 ระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2004) ดังนี้

ระดับ	ความง่าย	ความเหมาะสม	การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	ประสิทธิผล
<b>A</b>	สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที	เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม	มีเหตุผลสนับสนุนมาก	ให้ผลดีเลิศสมควรนำไปใช้
<b>B</b>	สามารถนำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติมและจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมเล็กน้อย	การยอมรับทางด้านจริยธรรมยังไม่ชัดเจน	มีเหตุผลสนับสนุนปานกลาง	ได้ประสิทธิผลพอควร
<b>C</b>	สามารถนำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติมและจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มปานกลาง	ยังมีข้อโต้แย้งจริยธรรมบางประการ	ยังมีข้อจำกัดด้านเหตุผลสนับสนุน	ต้องพิจารณาอย่างรอบครอบก่อนนำไปใช้
<b>D</b>	ผู้ปฏิบัติต้องฝึกทักษะการปฏิบัติเพิ่มและต้องใช้ทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมมาก	ยังมีข้อโต้แย้งด้านจริยธรรม	มีเหตุผลสนับสนุนน้อย	ผลที่ได้ยังมีข้อจำกัด
<b>E</b>	ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้	ไม่เป็นที่ยอมรับด้านจริยธรรม	ไม่มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีประสิทธิผล

5. การยกร่างแนวปฏิบัติ (formulate the guideline) โดยมีการจัดตั้งทีมพัฒนาเพื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ของแต่ละวิธีการปฏิบัติเปรียบเทียบกับประโยชน์กับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตลอดจนค่าใช้จ่าย ลักษณะของการยกร่างจะทำให้ได้แนวปฏิบัติออกมา 3 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระดับของ

หลักฐานที่มีอยู่และความเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา คือแนวปฏิบัติที่พัฒนาบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based guideline) หรือแนวปฏิบัติที่ในที่ประชุมยังมีความเห็นขัดแย้งกัน แต่มีความเห็นว่าจะมีประโยชน์ และสามารถนำมาเผยแพร่ให้รับรู้ทางเลือกที่เป็นไปได้ (non-consensus statement) และจัดทำแผนสำหรับการนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการจัดทำแผนเพื่อประเมินผล (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; Fervers, et al., 2003; NHMRC, 1998)

6. การประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปฏิบัติ คณาจารย์หรือผู้บริหารองค์กร กลุ่มผู้รับบริการเป็นต้น (NHMRC, 1998)

7. การเผยแพร่แนวปฏิบัติ การนำไปปฏิบัติ เพื่อให้มีแรงจูงใจ สร้างความมีส่วนร่วมให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติและนำไปใช้ การเผยแพร่มีได้หลากหลายวิธี เช่น การปรึกษาการใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆ การนำแนวทางปฏิบัติเข้าสู่นโยบายขององค์กร การใช้เทคโนโลยี การใช้สื่อต่างๆ การสื่อสารผ่านองค์กรวิชาชีพ การทดลองใช้ร่างในการปฏิบัติจริงหรือการศึกษานำร่อง และรับข้อมูลสะท้อนกลับ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; NHMRC, 1998)

8. การประเมินผล เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อประเมินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ การรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายเจตคติของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเดิมที่มีอยู่ก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้ และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการไปใช้ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; NHMRC, 1998)

9. การปรับปรุงแนวปฏิบัติ เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นข้อกำหนดที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์เนื่องจากมีความรู้ใหม่เพิ่มขึ้นและมีวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งผลลัพธ์ที่ได้จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ทำให้ต้องมีการปรับปรุง (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; NHMRC, 1998)

### 3.สภาพการณ์ในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในปัจจุบัน

จากการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับ มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลายในการส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วย (วิลาวัณย์ ศรีวรรณนท์, 2548) การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหานอนไม่หลับตามรูปแบบเดิม ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งด้านการประเมินเพื่อค้นหาปัญหานอนไม่หลับ ในเรื่องคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และทั้งวิธีปฏิบัติหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหานอนไม่หลับให้กับผู้ป่วย และเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญ และมุ่งเน้นการดูแลรักษาความ



เจ็บป่วยทางกาย (กัลยา สรรพอุดม, 2546) มากกว่าการดูแลแก้ไขปัญหาคารนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจึงมักจะไม่ได้รับการประเมินการนอนหลับ หรืออาจได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยรบกวนการนอนหลับในบางครั้ง จากการซักถาม หรือ การสังเกตซึ่งไม่ได้ปฏิบัติประจำ การแก้ไขปัญหาคาร์นอนหลับหรือ ลดปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการนอนหลับจะเป็นการแก้ไขโดยตรงที่สาเหตุ เช่นการปรับลดอุณหภูมิ ปิดไฟ ลดเสียงรบกวนต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้ยา แต่การแก้ไขปัญหาคาร์นอนหลับยังไม่มีประสิทธิภาพ เท่าที่ควรเนื่องจากปัญหาบางอย่างต้องอาศัยความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติไปในทางเดียวกัน (ดวงใจ บุญนันทน์, เฟื่องฟ้า บุญยง, น้ำฝน อินทรเทศ, 2548: 3)

การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับที่เพียงพอ รวมทั้งการส่งเสริมการนอนหลับเป็นบทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งจะทราบถึงสาเหตุและปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งสามารถแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้

พยาบาลจึงควรตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาคารนอนไม่หลับ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาคาร์นอนหลับ ซึ่งการรวบรวมนำผลการวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ นำมาวิเคราะห์หาคำอธิบาย ก็จะทำให้ข้อสรุปที่เป็นความรู้ว่าผลลัพธ์ทางการนอนหลับสามารถส่งเสริมได้ การปฏิบัติการพยาบาลวิธีใดที่จะเป็นแนวทางนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ ส่งเสริมการนอนหลับได้ดีมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล และสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับหน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาวิชาชีพ และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน (Gordon et al., 2000) ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีความสะดวกต่อการใช้ เกิดความร่วมมือและลดช่องว่างในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นหลักจริยธรรมอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด (วงจันทร์ เพชรพิเศษเชียร และ อรัญญา เชาวลิต, 2539)

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่

พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย โดยเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับ คือ การช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ (Dines-Kallinowski, 2002) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในบทบาทของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระและตามแผนการรักษาโดยสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้

1. ประเมินทั้งคุณภาพและปริมาณในการนอนหลับ โดยเลือกใช้ชีวิตประเมินที่สะดวกและครอบคลุมในผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ใช้การประเมินด้วยตนเอง การใช้เครื่องมือช่วยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

2. การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆที่มีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย เพื่อทราบสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัวและความเจ็บปวด การเคลื่อนไหว พยาธิสภาพของโรคนั้น การรักษาและแผนการพยาบาล สภาพแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ บรรยากาศ

3. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอทั้งทางด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เพื่อทราบระดับความรุนแรงและเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล

4. บรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค (Craven & Hirmler, 2002; Dines-Kalinowski, 2002; Bepthage, 2005) ได้แก่

4.1 การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรมีการดูแลในการตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

4.2 การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนสารอาหารและสารน้ำในร่างกาย และป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน

4.3 การดูแลสายระบายลม สารเหลว หรือเลือดต่าง ๆ ได้แก่ การใส่ท่อระบายทางทรวงอก การใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่ให้เกิดการดึงรั้ง

4.4 ดูแลการได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ

5. ลดความกลัวและความวิตกกังวล (Craven & Hirmler, 2002; Dines-Kalinowski, 2002; Bepthage, 2005) ความกลัวและวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการหลั่ง noradrenaline ร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ซึ่งเป็นสารที่ทำให้กระตุ้นเกิดการตื่นตัว ไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น มีการสลายอาหารเป็นพลังงานมากขึ้น ส่งผลให้การนอนหลับระยะที่ 4 และระยะ REM ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ทำให้ตื่นบ่อยขึ้น (Closs, 1988; Hodgson, 1991) การพยาบาลเพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลมีดังต่อไปนี้

5.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การแสดงพฤติกรรมหรือคำพูดที่แสดงให้เห็นว่าสนใจเอาใจใส่ การรับฟังอย่างตั้งใจ การพูด การยิ้ม การสัมผัส การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก จะช่วยลดความเครียดได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึกได้เต็มที่ นอกจากนี้การเรียกชื่อผู้ป่วยแทนการเรียกเบอร์เตียง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ได้รับความเคารพในฐานะบุคคลคนหนึ่ง

5.2 การให้ข้อมูล และการให้คำแนะนำต่าง ๆ เช่นการให้รู้จักกับสิ่งแวดล้อม สถานที่ บุคคล อธิบายให้ทราบถึงพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

5.3 ให้คำอธิบายตั้งแต่แรกเข้าถึงสถานที่ บุคคล สิ่งแวดล้อม การอนุญาตให้ญาติเยี่ยม

5.4 ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัว ได้แก่ อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายต่าง ๆ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อธิบายถึง การทำงานว่าจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยดูแลตลอดเวลาขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ

5.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อนตามวงจรชีวภาพ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ว่า การนอนหลับที่เพียงพอทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพจะช่วยฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น (Morin et al., 1994, as cited in Floyed et al., 2000)

5.6 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางร่างกาย เช่นการช่วยทำความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเรียบร้อย

6. การออกกำลังกายหรือการเปลี่ยนท่านอนจะช่วยลดความเครียด เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือการนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา (Honkus, 2003) ทำให้ขาดสิ่งกระตุ้นทางประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและวิตกกังวล

7. การลดความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการใส่อุปกรณ์ การใส่ท่อระบายต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากขึ้น (Craven & Hirnle, 2002; Dines-Kalinowski, 2002; Bepbage, 2005) โดย

7.1 ประเมินระดับความเจ็บปวด จากการสังเกตหรือแสดงพฤติกรรม หรือใช้เครื่องมือวัดความเจ็บปวด

7.2 จัดให้นอนท่าที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจควรจัดท่านอนท่าศีรษะสูง 30-40 องศา เพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้น จัดให้นอนตะแคง ดูแลเปลี่ยนท่านอนด้วยความนุ่มนวล โดยใช้ผู้ที่พลิกตัวอย่างน้อย 2 คน หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อลดแรงเสียดทาน การจัดท่านอนควรทำให้ลดแรงกดต่อผิวหนัง และทำให้อากาศมีการหมุนเวียน

7.3 ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา ควรให้ยาแก้ปวดก่อนนอนหลับ 30 นาที

7.4 จัดสายยางของท่อระบายต่างๆ ได้แก่ สายสวนปัสสาวะ ท่อระบายของเหลวจากทรวงอก ไม่ให้ดึงรั้ง จะช่วยลดความตึงของผิวหนัง ซึ่งจะช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทตามใยประสาทเล็ก ช่วยทำให้คนรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดลดลง

7.5 ส่งเสริมให้อยู่ในภาวะผ่อนคลายต่าง ๆ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาด ร่างกาย การใช้ดนตรี การนวด

8. ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Bephage, 2005; Craven & Hirmler, 2002; Dines-Kalinowski, 2002) โดย

8.1 ลดระดับความดังของเสียงรบกวนในหอผู้ป่วย เช่น เสียงสนทนาของเจ้าหน้าที่เสียงของผู้ป่วยข้างเตียง เสียงสัญญาณเตือน เสียงจากเครื่องมือต่าง ๆ เสียงโทรศัพท์ เสียงกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น สิ่งสำคัญอย่างมากในการควบคุมไม่ให้มีเสียงรบกวนในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ความตระหนักของเจ้าหน้าที่พยาบาลในการที่จะไม่ทำให้เกิดเสียงรบกวนเพราะปัจจัยที่ก่อให้เกิดเสียงรบกวนมากที่สุดในหอผู้ป่วยหนักมาจากเสียงเจ้าหน้าที่พยาบาลและสัญญาณเตือนของเครื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ (Freedman, 1999, as cited in Fontaine, Briggs & Pope-smith, 2001)

8.2 ประเมินระดับเสียงในหอผู้ป่วยและหาแหล่งกำเนิดเสียงที่รบกวนผู้ป่วย

8.3 จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของเสียงต่อผู้ป่วยมีการวางแผนหาวิธีลดความดังลง ควรระวังไม่ให้เกิดเสียงดังในขณะที่ทำการพยาบาล โดยเฉพาะ ในช่วงเวลากลางคืนควรสนทนากันโดยใช้ระดับเสียงที่ไม่ดังและการปิดเปิดประตูควรทำเบาๆ ในกรณีที่ประตูฝืดควรควรติดต่อช่างให้ดูแล การใส่รองเท้าควรเปลี่ยนเป็นส้นยางหรือรองเท้าฟองน้ำ (Kozier, Erb, Berma, & Burke, 2000) และไม่ควรเดินแบบลากเท้า

8.4 จัดเตียงของผู้ป่วยให้อยู่ห่างจากบริเวณที่เกิดเสียงรบกวนบ่อยๆ เช่นที่ ทำานพยาบาล ห้องชะล้าง จัดผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือผู้ป่วยที่ส่งเสียงรบกวน ให้อยู่ห่างจากกันหรือแยกห้องกัน

8.5 จัดวางอุปกรณ์ที่มีเสียงดังรบกวนให้ห่างและหันออกจากผู้ป่วย และเปิดให้ดังพอได้ยิน ปิดเครื่องเมื่อไม่ใช่แล้วและไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีเสียงเตือนโดยไม่จำเป็น ควรหลีกเลี่ยงการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องในตอนกลางคืน ปรับเสียงโทรศัพท์ให้ลดเสียงลงในเวลากลางคืน (Fontaine et al., 2001)

8.6 ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ที่อุดหู (earplugs) จากการศึกษาของ วอลล์เลสและคณะ (Wallace, Robin, Alvord, & Walker, 1999) ที่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักใส่ที่อุดหูเพื่อลดระดับเสียงพบว่าช่วยลดเสียงที่รบกวนและส่งเสริมการนอนหลับในระยะ REM ให้เพิ่มขึ้น

8.7 จัดให้มีแสงสว่างที่เหมาะสมกับเวลากลางวันและกลางคืน ไม่ควรเปิดแสงจ้าตลอดเวลา โดยเฉพาะในเวลากลางคืน และไม่ควรรดับไฟทั้งหมด ควรเปิดไฟสลัวในตอนกลางคืนเปิดไฟสว่างบางบริเวณ เช่น ที่ทำการพยาบาล ทางเดิน ห้องน้ำ แสงไฟไม่ควรเกิน 30 แสงเทียน (Fontaine et al., 2001)

8.9 สีของห้องและเฟอร์นิเจอร์ ฟลอริน ในเตียงเคลือบสีเป็นเครื่องมือในการรักษาโดยใช้สีของดอกไม้ เนื่องจากสีมีความเกี่ยวข้องกับแสง ทำให้เกิดพลังงานคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งสีนี้ขึ้นอยู่กับความชอบของแต่ละบุคคล The Society of Critical Care Medicine ได้ให้คำแนะนำว่าการออกแบบสีในหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งที่สำคัญ สมาคมแนะนำว่าสีที่ใช้ควรเป็นสีที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย ได้แก่ สีฟ้า สีเขียว และสีม่วง โดยสีควรเป็นสีอ่อน จะช่วยส่งเสริมให้นอนหลับได้ดียิ่งขึ้น (Fontaine et al., 2001)

8.10 อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการนอนหลับควรอยู่ระหว่าง 12.2 องศาเซลเซียสไม่ควรเกิน 23.9 องศาเซลเซียส เพราะการที่อุณหภูมิต่ำหรือสูงจะทำให้ลดระยะ REM และ delta sleep ควรดูแลให้ผู้ป่วยห่มผ้าในรายที่หนาวเย็น และเอาผ้าห่มออกเมื่อรู้สึกร้อน (Morton, 1993)

8.11 จัดให้ผู้ป่วยนอนใกล้ๆ หน้าต่าง และสามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้หรือและสามารถนอนหลับได้สัมพันธ์กับวงจรชีวภาพ

9. ลดการกระตุ้นจากกิจกรรมการพยาบาลและการรักษา (Craven & Hirmler, 2002; Dines-Kalinowski, 2002; Bepbage, 2005) โดย

9.1 จัดตารางกิจกรรมการพยาบาลให้สัมพันธ์กับตารางการจัดเวลานอน ให้ผู้ป่วยควรมีการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาที่จำเป็นและไม่จำเป็น และกำจัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออก หลีกเลี่ยงการปลุกผู้ป่วยในตอนกลางคืน วางแผนให้รัดกุมเพื่อที่จะปลุกให้ผู้ป่วยให้น้อยครั้งที่สุดและใช้เวลาในการตื่นสั้นที่สุด ปรับกิจกรรมต่างๆ ให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแบบแผนการนอนหลับ เช่นการจัดตารางเวลาวัดสัญญาณชีพ พร้อมกับเวลาให้ยา ไม่ปลุกผู้ป่วยเพื่อเจาะเลือดหรือทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่เช้ามืด ส่งเสริมให้นอนหลับในช่วงเวลา 21.00-06.00 น. เพื่อสอดคล้องกับวงจรชีวภาพ ส่งเสริมการจัดระยะห่างของกิจกรรมมากกว่า 60 นาที

9.2 ในการให้กิจกรรมการพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง ควรอธิบายถึงวิธีขั้นตอนความสำคัญและเหตุผลทุกครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยพักหลับได้ดีขึ้น

10 .แนะนำ ส่งเสริมการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆเช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นจังหวะ (rhythmic deep breathing) การทำสมาธิ (meditation) การสร้างจินตนาการ (imagery) การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง (progressive muscle relaxation) เป็นต้น (Morin et al., 1994, as cited in Floyed et al., 2000) เทคนิคต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย จึงทำให้นอนหลับได้มากขึ้น (Potter & Perry, 1999; DeMarco-Sinatra, 2000)

10.1 การหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นจังหวะ (rhythmic deep breathing) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่มีลักษณะการหายใจคล้ายกับการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมที่ผู้ฝึกมุ่ง

ความสนใจไปที่จังหวะการหายใจลึกๆ ช้าๆ ผ่านทางจมูก ขณะหายใจเข้ากล้ามเนื้อจะโป่งออกแล้วหายใจออกทางปากช้าๆ หน้าท้องจะยุบตัวหรือแฟบลง (DeMarco-Sinatra, 2000)

#### 10.2 วิธีผ่อนคลายทั่วตัว (full body relaxation) เป็นการฝึกผ่อนคลาย

กล้ามเนื้อต่างๆ ใช้เวลาเพียง 15 นาที โดยเพิ่งความสนใจไปที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ แล้วทดแทนด้วยความรู้สึกอ่อนและผ่อนคลาย ซึ่งวิธีนี้สามารถทำได้ในขณะที่พยายามอาบน้ำหรือเช็ดตัวให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกเป็นจังหวะ เช็ดส่วนไหนของร่างกายกระตุ้นให้ผู้ช่วยค้นหาความตึงของกล้ามเนื้อส่วนนั้นและเมื่อเช็ดสะอาดให้พูดกับผู้ป่วยว่าส่วนนี้อ่อนและผ่อนคลาย การเช็ดให้แยกส่วนของร่างกายออกจากกัน เช่น เช็ดไหล่แยกจากแขน แยกคอออกจากหน้า การอาบน้ำแบบนี้ให้ใช้น้ำอุ่น ไม่ควรใช้น้ำเย็นเพราะความเย็นจะไปยับยั้งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยปฏิบัติเอง

#### 10.3 การใช้ดนตรี (music) การฟังเพลงหรือดนตรี ที่ผู้ป่วยชอบจะทำให้

ร่างกายผ่อนคลายและลดอาการปวด การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่า หลังผ่าตัดวันแรกผลของดนตรี จะทำให้ลดเสียงร่าคาญ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิตช่วงที่หัวใจบีบตัวลดลง (Byers & Smyth, 1997) มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้แก่ การลดอัตราการหายใจ ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ สามารถทำให้ลดอาการกระวนกระวายและเพิ่มระยะเวลาในการนอนหลับยาวนานขึ้น ดังนั้นการเลือกเพลงที่จะให้ผู้ช่วย ฟังควรเป็นเพลงที่ผู้ป่วยชอบ และคุ้นเคย เป็นเพลงช้าๆ นุ่มนวล เนื้อหาเบาๆ ไม่ดังหรือค่อยเกินไปควรใช้เพลงบรรเลงดีกว่าเพลงที่มีเนื้อร้อง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและเชื่องช้า

#### 10.4 การสร้างจินตนาการ (imagery) เป็นการสร้างภาพจากความคิดของ

ตนเองไปสู่สิ่งที่ทำให้ตัวเองเกิดความพึงพอใจจากประสบการณ์ภายใน (internal experience) จากความจำความฝัน การมองเห็น ผลจากการมุ่งความสนใจไปกับจินตภาพช่วยเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด ความตึงเครียด ไปสู่ความรู้สึกผ่อนคลายมีความสุข (Synder & Linquist, 1998; Potter & Perry, 2002)

10.5 การเกร็งคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ทั่วร่างกาย (progressive muscle relaxation) เป็นการฝึกการเกร็งหรือทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ตึงตัวขึ้นก่อน และรับรู้ถึงความรู้สึกเกร็งนี้แล้วคลายกล้ามเนื้อออก พร้อมทั้งรับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ โดยมีหลักความเชื่อว่าเมื่อจิตใจตึงเครียดจะส่งผลให้กล้ามเนื้อต่างๆ มีความตึงเครียดสูงไปด้วย และเมื่อกำลังผ่อนคลายลง ความตึงเครียดทางจิตใจจะลดลงตามไปด้วย (Synder & Linquist, 1998; Potter & Perry, 2002) มีวิธีปฏิบัติดังนี้ (Carpenito, 1997)

10.5.1 สวมเสื้อที่หลวมสบาย ถอดแว่นตา หรือรองเท้า

10.5.2 นั่งหรือเอนอยู่ในท่าที่สบาย หลีกเลี้ยงการนอนหงายราบ

10.5.3 เริ่มต้นด้วยหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ (slow rhythmic breathing) โดยหลับตาหรือเพ่งมองจุดใดจุดหนึ่ง หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ให้น้ำพุองขยายเต็มที่ กลั้นไว้ นับ 1-2-3 แล้วหายใจออกช้า ๆ

10.5.4 หายใจเป็นจังหวะต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีความรู้สึกเหมือนความเครียดค่อยหายไปพร้อมกับลมหายใจแต่ละครั้ง

10.5.5 เริ่มการเกร็งคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ โดยหายใจเข้าพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อ

10.5.6 คลายกล้ามเนื้อในขณะที่หายใจออก เริ่มเกร็งตั้งแต่ใบหน้าไปจนถึงเท้าแต่ละท่าจะทำซ้ำ 2 ครั้ง

ใบหน้า	หลับตาให้แน่น ขมวดคิ้ว กัดฟัน
คอ	ก้มคางชิดต้นคอ กดศีรษะกับหมอน
มือขวา	กำมือ
แขนขวา	เหยียดแขนกดกับที่นอน
มือซ้าย	กำมือ
แขนซ้าย	เหยียดแขนกดกับที่นอน
หลังไหล่ หน้าอก	ยกไหล่ซ้าย ยกไหล่ขวา ยกไหล่ทั้ง 2 ข้าง
ก้น	เกร็งกล้ามเนื้อก้น
ต้นขาขวา	ยันปลายเท้าขวาลงมือ
ต้นขาซ้าย	ยันปลายเท้าซ้ายลงมือ
หน้าแข้งขวา	กระดกข้อเท้าขวาขึ้น
หน้าแข้งซ้าย	กระดกข้อเท้าซ้ายขึ้น

10.5.7 การเกร็งแต่ละครั้ง ทำนาน 5 วินาที

10.5.8 เมื่อเสร็จแล้ว นับ 1 ถึง 3 สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ แล้วค่อยๆ ขยับตัวช้าๆ เวลาที่ใช้ในการทำ 15 นาที ถึง 30 นาที วิธีนี้เหมาะกับอาการปวดก่อนผ่าตัด

10.6 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ทั่วร่างกาย (passive muscle relaxation) คล้ายกับวิธีแรก แต่ไม่มีการเกร็งกล้ามเนื้อ วิธีทำดังนี้

10.6.1 นอนอยู่ในท่าที่สบาย ไม่ใช่ขา แขน 2 ข้างวางอยู่ข้างลำตัว หลับตารวบรวมสมาธิไปที่หายใจ โดยหายใจช้าๆ และลึกๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ

10.6.2 จินตนาการถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้มีความสุข เช่น การมองดูพระอาทิตย์ตกดิน

10.6.3 เริ่มต้นผ่อนคลายที่บริเวณเท้า โดยกระดิกนิ้วเท้า ปล่อยให้

ปลายเท้าตักเบาะออกด้านข้าง

10.6.4 ฟ่อนคลายกล้ามเนื้อน่อง และขา เข้าจะเบาะออก

10.6.5 ฟ่อนคลายกล้ามเนื้อหลัง โดยปล่อยให้หลังจมลงบนที่นอน

10.6.6 ฟ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ทั้ง 2 ข้าง และแขน จะทำให้ไหล่ตกลงมาปลายมือเบาะออกด้านนอก รู้สึกว่าแขน และขาหนักจนยกไม่ขึ้น

10.6.7 ฟ่อนคลายกล้ามเนื้อใบหน้า โดยเริ่มจากรอบดวงตา ปาก

แก้ม

10.6.8 ทุกขั้นตอนต้องหายใจช้า ๆ ลึก สม่ำเสมอ

10.6.9 เมื่อปฏิบัติเสร็จให้นับ 1 ถึง 3 สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับลืมตาแล้วค่อยขยับตัวช้า ๆ ในช่วงแรก

10.7 การทำสมาธิ (meditation) เป็นการฝึกจิตให้สงบ ฟ่อนคลาย โดยมุ่งความสนใจให้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ (concentrative meditation) หรือให้มีสติรับรู้ไปตามอิริยาบถปัจจุบันของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ (mindful meditation) ผลของการทำสมาธิทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และส่งเสริมการนอนหลับ (Synder & Linqvist, 1998; Andrews, Angone, Cray, Lewis, & Johnson, 1999) โดยวิธีปฏิบัติดังนี้

10.7.1 นั่งในที่เงียบสงบ ในท่าที่สบาย

10.7.2 หลับตาทั้ง 2 ข้าง

10.7.3 ฟ่อนคลายกล้ามเนื้อในร่างกายให้มากที่สุด เริ่มจากที่เท้า เรื่อยขึ้นมาถึง ใบหน้า ศีรษะ และคงความฟ่อนคลายนี้ไว้

10.7.4 กำหนดลมหายใจ เข้า ออก ผ่านจมูก โดยให้รับรู้ถึงความรู้สึกของลมหายใจผ่านเข้าออกจุมูกขณะหายใจ หายใจช้า ๆ อย่างเป็นธรรมชาติ ขณะหายใจออกให้พูด “หนึ่ง” เบา ๆ กับตัวเอง หรือขณะหายใจเข้าให้นึกถึง “พุทธ” หายใจออกให้นึกถึง “โธ”

10.7.5 ปฏิบัติต่อไป 10 ถึง 20 นาที ให้นั่งเงียบสงบอีก 4 ถึง 5 นาที แล้วค่อยๆ ลืมตา ค่อยๆ ลุก

10.8 การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน 20-30 นาที ทำให้รู้สึกฟ่อนคลายและหลับได้ และจากการศึกษาผลของการอาบน้ำอุ่นตอนกลางวันด้วยน้ำที่มีอุณหภูมิ 40-41 องศาเซลเซียสพบว่าจะลดระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับ และการนอนหลับในระยะที่ 4 NREN เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การอาบน้ำอุ่นถือว่าการทำกิจกรรมที่มีการทวนซ้ำในแบบแผนของวงจรชีวภาพ (circadian repatterning intervention) เนื่องจากกลไกที่ให้ไปมีผลต่ออุณหภูมิของร่างกายตามวงจรชีวภาพ ที่มีผลต่อการหลับและการตื่น (Floyed et al., 2000)



10.9 การนวดหลัง จากการศึกษาของ แลปยาค์และเมทเจอร์ (Labyak & Metzger, 1997) ถึงผลของการนวดหลังในผู้ป่วย อย่างน้อย 3 นาที พบว่า สามารถลดอัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและส่งเสริมการนอนหลับได้ ขั้นตอน การนวดหลังมีดังนี้ (Kozier et al, 2000)

10.9.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำหรือนอนตะแคง ถอดเสื้อผ้าออก หรือเปิดเฉพาะส่วนหลัง

10.9.2 เทโลชั่นลงบนฝ่ามือ ภูมิภาคเกิดความอบอุ่นก่อนที่จะลูบที่ตัวผู้ป่วยนวดให้ทั่วแผ่นหลังโดยนวดเป็นวงกลมตั้งแต่เอวขึ้นไปจนถึงคอและไหล่แต่ละด้านขึ้นลงให้กดน้ำหนักที่บริเวณคอเบาๆ ควรทำอย่างช้า ๆ และเบา ๆ ทำซ้ำ ๆ กัน 3-4 นาที แล้วใช้หัวแม่มือ นวด แรงกว่าปกติเป็นรูปวงกลม

10.9.3 ทำอีกด้านของหลัง ขณะที่ทำให้สังเกตสีหน้าผู้ป่วยว่าเจ็บปวดหรือไม่

10.10 สุนทรบำบัด (aromatherapy) การใช้กลิ่นของสมุนไพรนิยมทำเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและช่วยลดอาการปวด มีการศึกษาว่ากลิ่นมะลิและดอกกุหลาบช่วยทำให้เพิ่มคลื่นเบต้า ทำให้เกิดความตื่นตัว ในขณะที่ลาเวนเดอร์ทำให้เกิดคลื่นแอลฟา ที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย คันน์, สลิว, และ คอลเลท (Dunn, Sleep, & Collet, 1995) ซึ่งให้เห็นว่า Aromatherapy ช่วยให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอารมณ์ดีและช่วยลดความวิตกกังวล แต่การจะใช้ควรคำนึงถึงผู้ป่วยด้วยว่ามีอาการของภูมิแพ้หรือไม่

11. ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Kozier et al., 2000)

11.1 อาหารที่มีส่วนประกอบของ L-tryptophan เช่น นม เนย เนื้อสัตว์ กระจับปี่ ให้มีการดื่มนมหรือให้นมทางสายยางก่อนนอน เพราะมีส่วนประกอบของ L-tryptophan ซึ่งมีฤทธิ์ตามธรรมชาติทำให้เกิดอาการง่วงนอน

11.2 แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารมีเอาน้ำหนัก ๆ ก่อนเข้านอน 3 ชั่วโมงก่อนนอน เนื่องจากหลัง 3 ชั่วโมงกระเพาะอาหารจะว่าง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดนอกจากนี้ควรงดอาหารที่ทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานหนักด้วย

11.3 ลดปริมาณน้ำดื่ม 2-4 ชั่วโมงก่อนนอน เนื่องจากการดื่มน้ำก่อนนอนจะทำให้ตื่นเนื่องจากปวดปัสสาวะ

12. จัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยป้องกันอันตราย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมั่นใจในขณะที่นอนหลับ ได้แก่ การไขเตียงต่ำลง การใส่ไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง แนะนำการเคลื่อนไหวและการจัดการกับสายต่างๆ ที่ผู้ป่วยใส่อยู่ให้เคลื่อนไหวได้สะดวกมากขึ้น

13. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยงีบหลับในช่วงเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกรบกวนการนอนหลับตอนกลางคืน และทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ แต่ในรายที่ไม่มีอาการนอนหลับไม่เพียงพอควรแนะนำให้ผู้ป่วยงีบหลับในตอนบ่าย หรือลดความถี่ (limit nap frequency) หรือลดระยะเวลาของการงีบหลับ (limit nap duration) เนื่องจากการงีบหลับตอนบ่ายจะทำให้รบกวนทำให้ระยะเวลาในการนอนหลับกลางคืนลดลง จากการทำ meta-analysis ของ ฟลอยด์ และคณะ (Floyed et al., 2000) พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ การงีบหลับ ทั้งหมด 10 งานวิจัยพบว่าให้ลดความถี่ของการงีบหลับจำนวน 3 งานวิจัย โดยแนะนำให้งีบหลับเฉพาะช่วงเวลาเช้าเวลาเดียว (Metz & Bunnell, 1990; Buysee et al., 1992; Evans & Rogers, 1994) ลดระยะเวลาของการงีบหลับจำนวน 3 งานวิจัยโดยแนะนำให้ใช้เวลาในการงีบหลับ 20-30 นาที (Metz & Bunnell, 1990; Floyd, 1995) และไม่ให้ผู้ป่วยงีบหลับในตอนบ่ายจำนวน 4 งานวิจัย (Metz & Bunnell, 1990; Floyd, 1995)

14. ดูแลการได้รับยานอนหลับ ในกรณีที่มีแผนการรักษา โดยอธิบายให้เข้าใจถึงวิธีการใช้ผลของยา และผลข้างเคียงของยา คำแนะนำสำหรับการใช้ยานอนหลับ ควรใช้ยานอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับติดต่อกันสองคืน เนื่องจากถ้ามีการนอนไม่หลับในคืนหนึ่งแล้วในคืนต่อมาจะหลับได้ดีขึ้น ควรใช้ยานอนหลับในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือชั่วคราว ฤทธิ์ข้างเคียงได้แก่อาการง่วงนอนในตอนกลางวัน การใช้ยานอนหลับเป็นประจำมากกว่า 4 สัปดาห์จะทำให้ยาที่ใช้ไม่ได้ผล เนื่องจากไปลดระยะ REM sleep ทำให้ผู้ป่วยตื่นด้วยความไม่สดชื่น (Kozier et al., 2000) และเกิดอาการนอนไม่หลับซ้ำ

15. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นกิจวัตรตามปกติที่เคยมีเท่าที่จะทำได้ (Morin, Mimeault, & Gagne, 1999) เช่น การอาบน้ำอุ่น ล้างหน้า แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า การนวดหลัง การสวดมนต์ การทำสมาธิ การดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ การห่มผ้า

16. ในเวลากลางวันกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายทั้งที่ทำเองได้หรือจากการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติ (passive exercise) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกง่วง เนื่องจากเคลื่อนไหวจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยซึ่งจะกระตุ้นให้หลับมากขึ้น แต่ในระยะ 2 ชั่วโมงก่อนนอนไม่ควรทำกิจกรรมที่หนักๆ ใช้แรงมาก เนื่องจากจะไปรบกวนการนอนหลับได้

17. ช่วยผู้ป่วยให้ค้นหาเวลาการนอนหลับและเวลาตื่นที่เป็นปกติ แนะนำผู้ป่วยให้เข้านอนเป็นเวลาเดียวกัน ถ้าเข้านอนแล้วในระยะ 20 นาทีแต่ยังไม่มีการง่วงนอน ให้ทำกิจกรรมอื่นๆ (Morin et al., 1999) เช่น การอ่านหนังสือประมาณ 15-20 นาที หรือจนกว่าจะมีอาการง่วงนอน นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้หลับ

18. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนนอนหลับ เพราะอาการปวดปัสสาวะมักจะกระตุ้นให้ตื่น (Honkus, 2003)

19. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อนตามวงจรชีวภาพ โดยให้คำแนะนำว่าการนอนหลับที่มีคุณภาพและเพียงพอจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย เพิ่มพูนความต้านทานโรค การนอนหลับสนิทช่วยให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต และช่วยให้เกิดกระบวนการสังเคราะห์โปรตีนขึ้นในร่างกาย การให้ความรู้นี้มีหลากหลายซึ่งโดยทั่ว ๆ ไปมีตั้งแต่การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดการเรื่องเสียงรบกวน การทวนแบบแผนของวงจรชีวภาพซึ่งรวมทั้งการออกกำลังกายช่วงเช้า การจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และนิโคติน (Floyed et al., 2000)

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นแง่มุมของลักษณะการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาล พฤติกรรมการพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วย รวมทั้งความอิสระในการปฏิบัติ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย จำนวน 21 เรื่อง ที่ศึกษาถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้จากการทบทวนเบื้องต้น สามารถแบ่งประเภทการปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากกรอบแนวคิดการจำแนกประเภทการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Synder (1992) เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ โดยสามารถแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับออกเป็น 4 ประเภทดังนี้ออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

1.1 การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการคิดรู้ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบการคิดรู้ เป็นการช่วยในการส่งหรือการรับข้อมูล ส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร ส่งเสริมความคิดหรือเปลี่ยนแปลงความคิด การสอน การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ได้แก่ การสอน การทำสมาธิ การให้ข้อมูล/คำแนะนำ การฟังดนตรี การควบคุมด้านจิตใจ การผ่อนคลาย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1.2 การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล ที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และกิจกรรมที่เน้นกระบวนการกลุ่มได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล

1.3 การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ การฟ้อนรำ

1.4 การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมากกว่า 1 แบบ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ ได้แก่ การให้ข้อมูลร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงเกิล การให้ข้อมูลและใช้ดนตรี การทำ

สมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง การนวด การสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการออกกำลังกาย การทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์ การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน เป็นต้น

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

สุพร รุจิราวรรณ (2528) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกายและผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับมาศึกษาในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ศูนย์สาละยามหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทดลองใช้วิธีการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกาย และการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อ รวมทั้งศึกษาผลที่มีต่ออาการนอนไม่หลับในแต่ละลักษณะ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกายและแบบเกร็งกล้ามเนื้อที่มีต่ออาการนอนไม่หลับในแต่ละลักษณะ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกาย กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อ และกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่ผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 3 กลุ่ม จำนวน กลุ่มละ 3-4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบทดสอบตรวจสภาพจิต (SCL-90), แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับคัดแปลงจากแบบสอบถาม Your sleep history (Trubo. 1978: 211-215) แบบบันทึกการนอนหลับคัดแปลงจากแบบสอบถามบันทึกการนอนหลับ (Daily sleep Questionnaire) วิธีดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมาพบกับผู้ทำวิจัยเพียงสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 30-60 นาที ใช้เวลาทั้งหมด ประมาณ 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าในช่วงหลังการฝึก ลักษณะอาการนอนไม่หลับมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ในแต่ละกลุ่มดังนี้กลุ่มที่ 1 ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการจะหลับ ระยะเวลาในการนอน ความรู้สึกที่ได้พักผ่อน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการจะหลับ ความรู้สึกยากในการจะหลับ กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ความรู้สึกยากในการจะหลับเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่าง 3 กลุ่ม พบว่า ในช่วงหลังการฝึกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ดังนี้ คือ กลุ่มที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่ใช้ในการจะหลับ และความรู้สึกที่ได้พักผ่อน ดีกว่ากลุ่มที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) กลุ่มที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในการนอนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) และกลุ่มที่ 2 ก็มีการเปลี่ยนแปลงเวลาที่ใช้ในการจะหลับลดลงมากกว่ากลุ่มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

นาพิชญ์ ธรรมหิเวศน์ (2539) ได้ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดิ่งถ่วงกระดูก เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์แนวคิดเทคนิคการผ่อนคลายของเจคอบสัน (Jacobson) และวอลเป (Wolpe) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดึงถ่วงกระดูก เลือกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ศึกษาในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการรักษาด้วยการดึงถ่วงกระดูก ในแผนกออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2539 จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกความพึงพอใจในการหลับ ซึ่งเป็นมาตรวัดการประมาณค่าด้วยตนเอง การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิจัยดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลองได้รับเทคนิคการผ่อนคลายทุกวันเป็นเวลา 5 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) ผลรวมอันดับที่ของคะแนนความพึงพอใจในการหลับของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้น หลังได้รับเทคนิคการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 2) ผลรวมอันดับที่ของคะแนนความพึงพอใจในการหลับหลังการศึกษา กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กัลยา สรรพอุดม (2546) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ใช้แนวคิดแบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของ Topf M. (2000) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใช้หลักการของ Auerbarch and Martelli (1983) และกิจกรรมดนตรีบำบัดตามหลักการของ Watkins (1997) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 40 คน จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน สุ่มเข้ากลุ่ม ด้วยการจับฉลากและจับคู่ทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคู่ (Matched pair) วิจัยดำเนินการวิจัย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัด กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้มี 2 องค์ประกอบหลัก มีระยะเวลา 4 วัน 1) กิจกรรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1.1) ระยะก่อนการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ โดยเริ่มให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาพยาบาลและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกใช้เวลา 30-45 นาที 1.2) ระยะหลังการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ โดยผู้วิจัยเริ่มให้ข้อมูลในเช้าวันแรกภายหลังจากผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย การให้ข้อมูลด้วยการบอกแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทุก 8 ชั่วโมง 2) กิจกรรมดนตรีบำบัด เริ่มให้ฟังดนตรีในเช้าวันแรกภายหลังจากผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเข้ารับการรักษาพยาบาล ฟังดนตรีนานครั้งละ 30 นาที ทุก 4 ชั่วโมง เฉพาะช่วงกลางวัน เป็นเวลา 2 วัน โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกฟังดนตรีเป็นรายบุคคล จากเทปบันทึกเสียงที่บ้านที่ต่อเนื่องผ่านหูฟังที่ต่อจากเครื่องเล่นเทป ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย

ศัลยกรรมระยะวิกฤติกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ญาณีภา เวชยางกุล (2545) ได้ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักงานเป็นวิจัยเชิงทดลอง พัฒนาการออกแบบวิศมาจากทฤษฎีการนอนหลับและมโนทัศน์การผ่อนคลาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือตรวจสอบสภาพการนอนหลับ, เทปบันทึกเสียงวิธีการผ่อนคลายแบบ Benson's Respiratory One Method, เครื่องเล่นเทป AIKO ที่สามารถปรับความดังของเสียงได้, หูฟังเครื่องมือวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว, เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลาย และแบบประเมินความวิตกกังวล วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับและประเมินความวิตกกังวลแบบ Trait และให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายตั้งแต่วันแรกที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 ชั่วโมง หลังการผ่อนคลายจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับต่อ 2) ในระยะหลังผ่าตัด ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ประเมินความวิตกกังวลแบบ state ประเมินความเจ็บปวด หลังจากนั้นติด Lead ตรวจสอบสภาพการนอนหลับแล้วจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด จัดเสื้อผ้าให้อยู่ในลักษณะหลวมและสบาย กั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัวและปิดไฟ แล้วให้ผู้ป่วยทำการผ่อนคลายด้วยการฟังเทปบันทึกการผ่อนคลายจากหูฟัง เมื่อทำการผ่อนคลายเสร็จเอาหูฟังออก จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับต่อ แล้วเริ่มตรวจสอบสภาพการนอนหลับด้วยเครื่อง Somno Trac Sleep System รุ่น AmpStar 4000 จนกระทั่งผู้ป่วยนอน หลังจากนั้นนำข้อมูลบันทึกสภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไปวิเคราะห์ขั้นของการนอนหลับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการทดสอบที (t-test) และสถิติการทดสอบแมน วิทนี ยู (The Mann Whitney U-test) ผลการวิจัย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลายดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายมีการนอนหลับอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลายมีระยะเวลาตื่นหลังจากนอนหลับน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีเปอร์เซ็นต์ของขั้นตื่นน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายมีเปอร์เซ็นต์การนอนหลับแบบ NREM ขั้น 4 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายมีประสิทธิภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 สำหรับระยะเวลาก่อนเข้าสู่การนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดแบบ NREM เปอร์เซนต์การนอนหลับแบบ REM ชั้น 1, 2, 3 ธรรมชาติการตื่นตัวเป็นครั้งต่อชั่วโมง ธรรมชาติการตื่นเป็นครั้งต่อชั่วโมงของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการผ่อนคลายวิธี Benson's Respiratory One Method เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักได้

ศศิวิมล วรณทอง (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบ (randomized controlled trail) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 62 คน แล้วจับฉลากแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน วิธิดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการนอน โดยให้ความรู้ร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซึ่งงอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=6.95$ ) และกลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับในระยะหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=4.96$ ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการนอนสามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุได้ควรนำไปเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมการนอนให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นต่อไป

ณภัทรินทร์ พุฒศรี (2547) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนไทชีต่อคุณภาพการนอนหลับและความผาสุกของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรำมวยจีนไทชีต่อคุณภาพการนอนหลับ และความผาสุกของกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยศึกษาคุณภาพการนอนหลับตามกรอบแนวคิดของพิทส์เบิร์ก (Pittsburgh) , ความผาสุกใช้กรอบแนวคิดของดูพวย (Dupuy, 1977) เป็น วิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวสมัชชา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจัดเข้ากลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากเลือกสถานสงเคราะห์ 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 1 แห่ง เป็นกลุ่มควบคุม แบ่งกลุ่มละ 25 ราย วิธิดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมออกกำลังกายด้วยวิธีการรำมวยจีนไทชีเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การปรับสภาพร่างกายก่อนด้วยวิธีการบริหาร ไชข้อ 25 ท่า ซึ่งใช้เวลา 7 นาที ตามด้วยการรำมวยจีนไทชี(ไทเก๊ก) 18 ท่า ชุดที่ 1 ใช้เวลา 15 นาที รวมระยะเวลาในการ

ออกกำลังกายทั้งหมด 22 นาที ซึ่งกลุ่มทดลองต้องเข้าร่วมออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากเป็นความถี่ที่ทำให้เกิดประโยชน์จากการออกกำลังกายได้กลุ่มควบคุมมีกิจกรรมตามปกติ และไม่ได้เข้าร่วมออกกำลังกายด้วยไทชิในระยะที่ทำการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) และความผาสุก 3 ครั้ง ซึ่งประเมินในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 9 และสัปดาห์ที่ 23 ของการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังจากการร่ำมวยจีนไทชิ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวม และการนอนหลับในมิติอื่นๆ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ยกเว้นประสิทธิภาพในการนอนหลับสูงกว่า ภายหลังจากการร่ำมวยจีนไทชิได้ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมดีกว่า ระยะเวลาก่อนหลับสั้นกว่า และประสิทธิภาพในการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับระหว่างก่อน และหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมดีขึ้น จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้มากขึ้น ประสิทธิภาพในการนอนหลับสูงขึ้น และการรบกวนการนอนหลับน้อยลง สำหรับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับโดยรวม และมีติดย่อยการนอนหลับระหว่างก่อน และหลังการเข้าร่วมการวิจัย 3) ภายหลังจากการร่ำมวยจีนไทชิ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม คะแนนความผาสุกในช่วงก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากออกกำลังกายด้วยไทชิเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมดีขึ้น ประสิทธิภาพในการนอนหลับสูงขึ้น และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิณธร ปรัชญานุสรณ์ (2548) ได้ศึกษาผลของนาฏกรรมบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของนาฏกรรมบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับนาฏกรรมบำบัดและกลุ่มมีสุขลักษณะการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับคู่มือสุขลักษณะการนอนหลับเพียงอย่างเดียว เลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 28 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และกิจกรรมนาฏกรรมบำบัด มีการตรวจสอบเฉพาะค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.78 วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมนาฏกรรมบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 18 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ANCOVA และ Repeated ANOVA ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองมี



ระดับคะแนนคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมจากผลการวิจัยสรุปว่านาฏกรรมบำบัดสามารถนำไปใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

ยูดี แจ่มกั้งวาล (2549) ได้ศึกษาผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย Simple Random Sampling โดยการจับสลากที่เขียนชื่อกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างละเท่าๆ กัน เมื่อจับเสร็จแล้วไม่นำสลากกลับสู่ที่เดิม ไม่เอาสลากที่มีชื่อซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ในปี 2549 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกตามจำนวนที่กำหนดไว้ 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ละ 14 คน วิธิดำเนินการวิจัย การฝึกสมาธิ, การฟังดนตรีบรรเลงและการฝึกสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที รวม 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ Pearson Chi-Square วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ ANCOVA วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ระหว่างทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA ผลการวิจัย 1) หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ฟังดนตรีบรรเลง มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิ มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีคุณภาพการนอนหลับไม่ต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มาลัย แสงวิไลสาธร (2546) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สุ่มเข้ากลุ่มโดยการจับสลาก ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 18 คน 3 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 6 คน กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม วิธิดำเนินการวิจัย ได้รับการฝึกโปรแกรมละ 30 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที-1 ชั่วโมง เป็นเวลา 30 วัน การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง จากการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของ

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอาณานิคมนอนหลับและระยะคิดตามผล นอนหลับได้มากกว่าก่อนการทดลองและระยะคิดตามผล นอนหลับได้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เยาวยา ชูถึง (2547) ได้ศึกษาผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทางด้านสรีรวิทยา (physiological concept) ของการนอนหลับคือความเครียด ความวิตกกังวล และดนตรีบำบัดมาเป็นแนวคิดที่นำมาใช้เป็นกิจกรรมในการส่งเสริมการนอนหลับวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา 5 แห่ง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) วิธีการจัดเข้ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจับสลากแบ่งกลุ่มเข้าทดสอบก่อนและหลัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย 2 กลุ่มแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มแรก 26 คน กลุ่มหลัง 24 คน วิธีดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มแรกได้รับการจัดให้ฟังดนตรีในสัปดาห์แรกและไม่ได้รับการจัดให้ฟังในสัปดาห์ต่อมา จำนวน 26 ราย ส่วนกลุ่มที่ 2 ไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีในสัปดาห์แรกแต่จะเข้ารับการจัดให้ฟังดนตรีในสัปดาห์ต่อมา จำนวน 24 ราย โดยจัดให้ฟังดนตรีในเวลาก่อนนอนเป็นเวลานาน 45 นาที สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบสถิติทีคู่ (paired t-test) ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีคุณภาพการนอนหลับในช่วงที่สัปดาห์ที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีกว่าช่วงสัปดาห์ที่ไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การฟังดนตรีไทยประยุกต์สามารถช่วยให้กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น จึงควรนำดนตรีมาใช้ในการส่งเสริมการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ปริยาภรณ์ สองสร (2550) ได้ศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อรูปแบบการนอนหลับ: ศึกษาโดยวิธี Polysomnography รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการนวดแผนไทยต่อรูปแบบการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างชายไทยสุขภาพแข็งแรงอายุ 20-39 ปี จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง มี 1 กลุ่ม จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับคือ Groningen sleep quality scale และ visual analog scale (VAS) วิธีดำเนินการวิจัยอาสาสมัครแต่ละคนเข้าร่วมการศึกษาโดยวิธีการตรวจการนอนหลับจำนวนสี่คืนภายในระยะสิบวัน รวมทั้งทำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับคือ Groningen sleep quality scale และ visual analog scale (VAS) คืนที่หนึ่งและคืนที่สองจะเป็นคืนปรับตัว ข้อมูลของคืนที่สามนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลของคืนที่สี่ซึ่งเป็นคืนที่อาสาสมัครได้รับการนวดแผนไทยเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมงก่อนเวลานอน 2 ชั่วโมง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Friedman test ใช้ Wilcoxon sign

rank test เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคืนที่สาม ซึ่งไม่ได้รับการนวดเปรียบเทียบกับคืนที่สี่ซึ่งเป็นคืนนวดแผนไทย ผลการศึกษาไม่พบผลของ First night effect และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคืนที่หนึ่ง คืนที่สอง และคืนที่สาม ยกเว้นเวลาการนอนทั้งหมด (total sleep time) ( $p < 0.01$ , เปรียบเทียบระหว่าง คืนที่หนึ่งและคืนที่สาม) และประสิทธิภาพการนอน (sleep efficiency) ( $p < 0.05$ , เปรียบเทียบระหว่าง คืนที่หนึ่งและคืนที่สาม) นอกจากนี้ผลจากการนวดแผนไทยแสดงให้เห็นว่าเพิ่มช่วงเวลาการนอนหลับ (sleep period time) ( $p < 0.01$ ) และระยะเวลาการนอนช่วงหลับลึก (stage 3 and stage 4) ( $p < 0.01$ ) รวมทั้งลดระยะเข้าสู่การนอนหลับ (sleep onset, latency persistent sleep) , ลดระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับระยะที่ 1 (latency to stage 1) ( $p < 0.01$ ) และลดระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับระยะที่ 2 (latency to stage 2) ( $p < 0.05$ ) แต่ไม่เปลี่ยนแปลงคุณภาพของการนอนหลับ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวดแผนไทยช่วยทำให้การนอนหลับดีขึ้น โดยทำให้อาสาสมัครมีช่วงเวลาของการหลับลึกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงอาจเสนอแนะว่าการนวดแผนไทย น่าจะเป็นการรักษาทางเลือกอีกชนิดหนึ่งที่จะช่วยทำให้การนอนหลับดีขึ้น

มาลี วงษ์มัน (2007) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะอารมณ์ผ่อนคลายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต วัดดูประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะอารมณ์ผ่อนคลายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของ Verran&Synder-Halpern Sleep scale และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจของผู้ป่วยจากเครื่องวัด เครื่องเล่นซีดีและแผ่นซีดีเพลง วิธีดำเนินการวิจัย ศึกษาต่อเนื่องกัน 2 คืน ให้ฟังดนตรีในคืนทดลองและไม่ได้ฟังดนตรีในคืนควบคุมโดยจัดให้ผู้ป่วยเริ่มต้นคืนแรกที่ศึกษาเป็นคืนทดลองและควบคุม 15 ราย เท่ากัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที่ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ความแปรปรวนของการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงคืนทดลองสูงกว่าในคืนควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) อัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ยและอัตราการหายใจเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงคืนทดลองมีค่าลดลงจากค่าเริ่มต้นกว่าในช่วงคืนควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในคืนทดลองน้อยกว่าคืนควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาพบว่าคนตรีสามารถส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและภาวะการผ่อนคลายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติและไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆ จากการให้ฟังดนตรีและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลจึงสมควรนำไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤติสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ศิริรัตน์ ศิริเลิศ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิต่อความเครียดและคุณภาพการนอนของวัยกลางคนรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของวัยกลางคนวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติจำนวน 60 รายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คู่มือการปฏิบัติสมาธิ(อาณานิพพานสติ) บทสวดมนต์ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหาและพฤติกรรมกรนอนหลับ แบบประเมินความเครียด แบบบันทึกการฝึกสมาธิ แบบบันทึกการนอนหลับ เครื่องวัดความดันโลหิต โปรทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว และเครื่องวัดความดันโลหิตวิธีดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์/ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนหลับ ความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนและการนอนหลับอย่างต่อเนื่องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนหลับและความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนไม่แตกต่างกันแต่มีการนอนหลับอย่างต่อเนื่องแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนหลับ ความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนและการนอนหลับอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติสมาธิแบบอาณานิพพานสติร่วมกับการสวดมนต์สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเครียดได้ จึงควรนำไปเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมการนอนหลับและลดความเครียดในบุคคลกลุ่มอายุอื่นๆต่อไป

ร่วมรัตน์ หลีสุข (2549) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับอาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยแบบทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังได้รับข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวด

กคจุดสะท้อนและเพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระยะที่มีค่า GFR ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที ค่าซีรัมครีเอตินิน (serum creatinine) อยู่ในช่วง 3-5 มิลลิลิตรต่อเดซิลิตร และได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) ด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวรหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง แบ่ง เป็น 2 กลุ่มโดยให้กลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คนวิธีดำเนินการวิจัยผู้วิจัยพบผู้ป่วยในที่ ที่จัดเป็นสัดส่วน และมีความเป็นส่วนตัวทั้งหมด 9 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการ และเปิดโอกาสให้เล่าถึงประสบการณ์อาการที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ให้ข้อมูลด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Lori Butcher เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและให้คู่มือผู้ป่วยได้กลับไปอ่านบททวนวรรณกรรมและปฏิบัติต่อที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที หลังจากนั้นทำการนวดกดจุดสะท้อนตามแบบการนวดเพื่อสุขภาพของสถาบันแพทย์แผนไทย ด้วยผู้วิจัยเองเป็นเวลา นาน 30 นาที และนัดพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 2 (ห่างกัน 3 วัน) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1-4) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยจากที่ได้กลับไปอ่านบททวนคู่มือและปฏิบัติต่อที่บ้าน หลังจากนั้นใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทำการนวดกดจุดสะท้อนด้วยผู้วิจัยและนัดพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งถัดไป (ห่างกัน 3 วัน) เมื่อครบกำหนดตามระยะเวลาการทดลองคือครั้งที่ 8 ผู้วิจัยทำการวัดความรู้ของผู้ป่วยจากแบบสอบถามความรู้ ทั้งนี้เพื่อระดับคะแนนของผู้ป่วยถึงเกณฑ์ 80% หรือไม่ หากไม่ถึงเกณฑ์จะทำการซักถามพูดคุยซักถามข้อสงสัยในส่วนที่ไม่เข้าใจ ครั้งที่ 9 (สัปดาห์ที่ 5) ผู้ช่วยผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อวัดคะแนนอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่าอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน น้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อวยพร นาคเพชร (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัดต่อความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ใช้คือแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับดนตรีเพื่อการบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ

ความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตรึงกระดูกแบบภายใน ณ ตึก ศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ และบริเวณที่ทำผ่าตัด วิธีดำเนินการวิจัยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักก่อนการผ่าตัด 1 วันและหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมง และให้ผู้ป่วยฟังดนตรีที่ชอบด้วยตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ฟังนาน 30 นาทีทุก 4 ชั่วโมงหรือน้อยวันละ 3 ครั้ง จนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดประเมินความปวด ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ หลังผ่าตัดทันที (เมื่อกลับมาถึงหอผู้ป่วย) หลังผ่าตัด 6, 12, 24 และ 48 ชั่วโมง บันทึกปริมาณและจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดทั้งชนิดฉีดและรับประทานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินคุณภาพการนอนหลับ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (Independent t-test) และใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวกรณีการวัดซ้ำ (Repeated Measure One-Way ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า 1) ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริพรรณ เจริญพร (2549) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน และการพยาบาลตามปกติ ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 คน กลุ่มละ 15 คน วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติกลุ่มทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม จะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพจากพยาบาลประจำการและได้รับการดูแลอาการจากแพทย์ในช่วงแรกเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ให้คู่มือเรื่องการ

ควบคุมสิ่งแวดล้อมและให้คู่มือเรื่องการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการให้ข้อมูล 30 นาที และประเมินคุณภาพการนอนหลับในช่วงเช้าของวันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 2) กลุ่มทดลองที่ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการนอนในภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ น้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยศึกษาจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย การซักประวัติผู้ป่วยด้วยตัวเองเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ น้ำมันหอมระเหยต้องคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ 2 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 1 โดยเมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งในวันที่ 2, 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมเพื่อตรวจจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender เวลา ก่อนที่จะทำการวัดประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและจัดสภาพแวดล้อม จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบาย ศีรษะสูงประมาณ 30 องศา และประเมินสัญญาณชีพก่อนการวัดประมาณ 5 นาทีแล้วผู้วิจัยทำการวัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพักต่ออีกประมาณ 5 นาที จึงประเมินสัญญาณชีพอีกครั้ง และประเมินคุณภาพการนอนหลับ ในช่วงเช้าของวันที่ 2, วันที่ 3 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาแจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ยร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Kolmogorov-Smimov Test, Levene test และ One way Analysis of Variance ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1)ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้ง 3 มิติ ย่อยในวันที่ 1 และ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลอง ที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับ 3 มิติย่อยในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม ระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการตรวจจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

ศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน วิธีดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับใช้เวลาครั้ง

ละ 40 นาที สัปดาห์ละ 1 รวม 5 สัปดาห์และเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 6 รวม 6 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ภายหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ สูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ภายหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับสูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 3) ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 4) คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชนิกร ใจคำสืบ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กรอบแนวคิดในการวิจัยใช้แนวคิดของโอเรียม 1991 และแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลอุดรดิตต์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบตามสะดวก(Convenience sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998), แบบประเมินการนอนไม่หลับของ และแบบประเมินความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) ของ Spielberger(1983) วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และบันทึกการเดินออกกำลังกายลงในแบบบันทึกการเดินออกกำลังกาย ผู้วิจัยติดตามพูดคุยกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์สอบถามปัญหา และให้คำปรึกษาตอบข้อซักถาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ สถิติ Paired t-test และสถิติทดสอบ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วย



มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สุนิสา โพธิ์งาม (2548) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือดรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยแบบกึ่ง ทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีต่อประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เป็นผู้ที่พักรักษาตัวใน หอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ กำหนดระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มโดยการโยนเหรียญ มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 30 คน เครื่องมือ ดนตรีที่ใช้ในการศึกษาเป็นซีดีที่ผู้วิจัยเลือกเพลงบรรเลงประเภทผ่อนคลายจากเพลงไทย เพลง สากล และเสียงธรรมชาติ ความเร็วของจังหวะอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที จำนวน 7 แผ่น และ เครื่องวัดประสิทธิภาพการนอนหลับ (Polysomnography) วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะ ได้รับการประเมินความสนใจในการฟังดนตรีและเป็นผู้เลือกซีดีเพลงหนึ่งชุดจาก 7 ชุดที่เตรียมไว้ ผู้ป่วยทุกรายเป็นกลุ่มควบคุมในตนเอง โดยการศึกษาการนอนหลับเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ การนอนหลับโดยใช้ดัชนีประสิทธิภาพการนอนหลับ, ระยะเวลาของวงจรของการนอนหลับเทียบกับ เวลาทั้งหมดของการนอนหลับ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มนอนก่อนการหลับจริง และเวลาทั้งหมดของ การนอนหลับ โดยในคืนที่เป็นระยะทดลองได้รับฟังดนตรีนาน 30 นาทีก่อนนอนและในระยะ ควบคุมไม่ได้รับฟังดนตรี กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับการศึกษาระยะทดลองก่อนและหลัง จำนวนเท่ากัน โดยใช้การสุ่มด้วยการโยนเหรียญ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ค่าความถึ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าการทดสอบ Paired T-test ผลการศึกษา พบว่าในคืนที่ฟังดนตรีก่อนนอน ผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือดมี เวลาทั้งหมดของการนอนหลับโดยเฉลี่ยนานกว่าคืนที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยมีสัดส่วนของระยะที่ 2 ของการหลับแบบที่ไม่มีลูกตากลอกเร็วเทียบกับเวลาทั้งหมด ของการหลับสั้นกว่าคืนที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีแนวโน้มว่าดัชนี ประสิทธิภาพการนอนหลับดีกว่าคืนที่ไม่ได้ฟังดนตรี ( $p = .052$ ) มีเวลาก่อนการหลับจริงนานกว่า ระยะที่ 1, 3, 4 ของการนอนหลับแบบไม่มีลูกตากลอกเร็ว และระยะของการหลับแบบลูกตากลอก เร็ว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ระหว่างคืนที่ได้ฟังกับไม่ได้ฟังดนตรี สรุปผล การศึกษารั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือดมี ประสิทธิภาพการนอนหลับที่ดี การฟังดนตรีก่อนนอนเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับได้ บางส่วน ดนตรีเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปพิจารณาใช้ในทางปฏิบัติในคลินิก

สุกิตา โกเมนไทย (2546) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย MICU 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มขนาด 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยเทปดนตรี นาน 30 นาที เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพการนอนหลับของ Verran & Snyder-Halpern sleep scale และแบบสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ดำเนินการวิจัยโดยสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจทุก 5 นาที ในช่วง 30 นาที ก่อน ขณะ และหลังฟังดนตรี วันแรกกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลในเวลากลางวันและฟังดนตรีก่อนนอนในเวลากลางคืน โดยผู้วิจัยสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 นาที ก่อนขณะและหลังฟังดนตรี วันที่สองผู้วิจัยสอบถามคุณภาพการนอนหลับภายหลังการฟังดนตรี และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อดนตรีที่ฟังก่อนนอน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหนักหลังฟังดนตรีมีค่าสูงกว่าก่อนฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) 2) คะแนนเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ในช่วง 30 นาที ขณะฟังดนตรี และหลังฟังดนตรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะคือ ดนตรีสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหนัก และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักสามารถนำดนตรีไปใช้เป็นบทบาทอิสระในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้

เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย (2546) ได้ศึกษาผลของการรำไทเก๊กต่อการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุอายุในสถานสงเคราะห์ รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรำไทเก๊กต่อการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 63 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 2 แห่ง ตามคุณสมบัติดังนี้คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีการรับรู้ดี 3) สามารถติดต่อสื่อสารได้ 4) มีปัญหาการนอนหลับ 5) สามารถฝึกการรำไทเก๊กตามโปรแกรมการออกกำลังกายได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกาย 7 นาที และรำไทเก๊ก 15 นาที กลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินการนอนหลับและวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้ารวม 4 ครั้ง คือ 2 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย และทุก 2 สัปดาห์ ในระหว่างโปรแกรมการออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ 2 สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3-4 และ สัปดาห์ที่ 5-6 ตามลำดับ ผู้วิจัย

รวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์การนอนหลับซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนครั้งของการตื่นกลางดึก ระยะเวลาที่ตื่นขึ้นกลางดึกทั้งหมด ปริมาณการนอนหลับทั้งหมด และคุณภาพการนอนหลับ และวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของ ธนา นิลไชยโกวิทช์ และคณะ (2539) จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของแบบแผนการนอนหลับ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (RANOVA) พบว่าระยะเวลาก่อนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของ 4 ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบการนอนหลับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) พบว่า 1) ระยะเวลาก่อนหลับในช่วงสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 และ ช่วงสัปดาห์ที่ 5 สัปดาห์ที่ 6 ของการเข้าสู่โปรแกรมการออกกำลังกายเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายระยะเวลาก่อนหลับสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) 2) คะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้ง 3 ช่วงเวลาในระหว่างการเข้าร่วม โปรแกรมการออกกำลังกาย เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย คะแนนคุณภาพการนอนหลับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ผลการวิจัยสนับสนุนว่าการออกกำลังกายโดยวิธีไทเก๊กเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ

## 5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ปัจจุบันศาสตร์หลายแขนงให้ความสำคัญต่อการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติหรือที่เรียกกันว่า Evidence-based practice โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจและปรับปรุงหรือยกระดับของมาตรฐานการปฏิบัติ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ ในทางการพยาบาล Evidence-based Nursing หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิกและความชำนาญเฉพาะทางของพยาบาลและความพึงพอใจหรือความต้องการของผู้ป่วย (Pearson, 2001) และการทบทวนอย่างเป็นระบบ เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการนำหลักฐานและข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ เป็นการนำผลที่ได้จากงานวิจัยที่มีอยู่ในเรื่องนั้นๆ มาใช้โดยการประเมินค่า วิเคราะห์และสังเคราะห์ เป็นความรู้เพื่อการปฏิบัติที่ดีที่สุดเท่าที่มีข้อค้นพบในขณะนั้น (Best-practice) เมื่อผลของการวิจัยหลายๆชิ้นถูกรวมเข้าด้วยกันจึงเรียกว่าเป็นการทบทวนอย่างมีระบบ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) แบ่งเป็น 2 ประเภท

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

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ (Quantitative systematic review) เป็นการทบทวนโดยใช้วิธีทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์ผลของการทบทวน ซึ่งงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ มี 3 วิธีได้แก่ การนับคะแนนเสียงข้างมาก (Vote-counting method) การสรุปจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Integrating significant tests) และการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis)

เหตุผลในการทบทวนอย่างมีระบบ (สมเกียรติ โภชสิทธิ์, รัตนา พันธุ์พานิช และโยธี ทองเป็นใหญ่, 2545) เพื่อใช้ในการจัดการปริมาณข้อมูลและประเมินคุณค่าอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical appraisal) ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการทำวิจัยใหม่ สามารถมองเห็นลักษณะทั่วไป (Generalizability) เพราะงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความแตกต่างกันในรายละเอียด บอกความสม่ำเสมอของผลการวิจัยแต่ละชิ้น อธิบายผลที่ไม่สม่ำเสมอในการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เพิ่มอำนาจการทดสอบ (Power) ของการศึกษาวิจัย ทำให้เห็นทิศทางและแนวโน้มชัดเจนมากขึ้น การศึกษาเดี่ยวๆ กลุ่มตัวอย่างเล็กๆอาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำข้อมูลมารวมกันทำให้อำนาจการทดสอบมากขึ้น และเพิ่มความเที่ยงของผล เมื่อกุ่มตัวอย่างมีขนาดมากขึ้น ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นแคบลง ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

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

ดังนั้นการวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่ง ที่มีหลักการและวิธีดำเนินการเป็นแบบเดียวกับการวิจัยโดยทั่วไป เริ่มใช้เป็นที่แรกในสาขาวิทยาศาสตร์การเกษตรและได้มีการเริ่มต้นแนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์อภิมานในปี ค.ศ.1933 โดยระยะแรก Thorndike และ Gheselli (Thorndike, 1933 ; Gheselli, 1949 อ้างถึงในนงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542) ได้สังเคราะห์

งานวิจัยเชิงความสัมพันธ์โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และในช่วงปี ค.ศ. 1960 นักวิจัยเริ่มพัฒนาวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการสังเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิธีที่จะได้มาซึ่งหลักฐานความรู้ที่มีอยู่ เป็นการสรุปผลการวิจัยที่ไม่มีอคติและสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจและใช้ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

### 5.1 ความหมายของการวิเคราะห์อภิมาน

ในปี ค.ศ. 1976 ได้มีการบัญญัติศัพท์คำว่า meta-analysis เป็นครั้งแรกโดย G.V. Glass ได้รับความยอมรับและใช้มาจนถึงปัจจุบัน นิยามหรือความหมายมีความหลากหลาย แตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้ Glass (1976 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (the analysis of analyses) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อให้ได้ผลการสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ดีกว่าการปริทัศน์แบบพรรณนา และสามารถสังเคราะห์ผลการวิจัยที่มีเป็นจำนวนมากได้ Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน ประกอบด้วยผลการวิจัย วัดในรูปขนาดอิทธิพลและคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับขนาดอิทธิพลมากกว่าระดับนัยสำคัญของการรวมค่าขนาดอิทธิพล และให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

Wolf (1986) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อแยกงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยที่เป็นผลสุดโต่ง (outlier) ออกจากกลุ่ม และนำงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ หรือแนวโน้มที่เป็นข้อสรุปตอบปัญหาวิจัย

Hunter and Schmidt (1990) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นกระบวนการวิเคราะห์สรุปผลรวมเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล และบรรยายด้วยวิธีทางสถิติ

Rosenthal (1991) ให้ความหมายสรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน เพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationships) ระหว่างตัวแปรศึกษาหาตัวแปรปรับ (Determining moderator variable) ที่ทำให้ผลของค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยมีความแตกต่างกันและศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม Establishing relationships by aggregate analysis) โดยหาค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแยกกลุ่มงานวิจัยตามตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

Burn and Grove (2005) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีหาข้อสรุปจากงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่อง

Polit and Beck (2006) ให้ความหมายว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นความรู้ใหม่ โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยในการวิจัย

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน (2527) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิเคราะห์ทางสถิติของผลสรุปงานวิจัยหลายๆ เรื่องเข้าด้วยกัน

กรองไค อุณหสูต (2539) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่อง que ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใ้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวอย่งในการวิเคราะห์ เน้นการสร้างดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วจึงสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน และอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐาน เพื่อสรุปผลเป็นข้อสรุปใหม่ที่มีความเป็นปรนัย และเชื่อถือได้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) สรุปความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณหมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่ง ที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์ คือ งานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์จำแนกได้ 2 ประการ คือการสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน

จากความหมายการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่รวบรวมมาข้างต้น สรุปได้ว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ นำมาสังเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปใหม่ในภาพรวมของปัญหา ที่เป็นปรนัยและเชื่อถือได้ โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ เป้าหมายสำหรับการวิเคราะห์ได้แก่ดัชนีมาตรฐานและข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อสังเคราะห์ข้อสรุปเกี่ยวกับค่าดัชนีมาตรฐาน และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน

## 5.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Glass, Mcgaw and Smith (1981) ได้สรุปคุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ไว้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มีการใช้ตัวเลขและวิธีทางสถิติในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เพื่อให้ได้ข้อสรุปอย่างเป็นระบบ

2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณช่วยให้ได้มาซึ่งข้อสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยไม่ได้ตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ เพราะเชื่อว่าแม้งานวิจัยจะไม่มีคุณสมบัติสมบูรณ์ในบางอย่าง แต่อาจมีคุณค่าต่อข้อค้นพบในการวิเคราะห์

3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมุ่งแสวงหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัย งานวิจัยไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกด้าน จะทำการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะเหมือนกันในบางด้านเท่านั้น เพื่อวิเคราะห์ประเด็นที่แตกต่างกันของงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันที่มีความแตกต่างกันบางประการได้แก่ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน และสามารถบอกได้ว่าความแตกต่างนั้นมีอิทธิพลต่อข้อสรุปหรือไม่นอกจากนี้ นงลักษณ์ วิวัชชัย (2542) ได้อธิบายลักษณะที่แตกต่างของการวิเคราะห์ห่อภิมาณกับการปริทัศน์แบบพรรณนา (หลักการปริทัศน์แบบพรรณนาเป็นการศึกษางานวิจัยอย่างพินิจพิเคราะห์ แล้วนำข้อสรุปจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมาจัดหมวดหมู่ เปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่าง และหาคำอธิบายถึงที่มาอันๆ) และการวิจัยโดยทั่วไปเพิ่มเติม สรุปได้ 5 ประการดังนี้

1. ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ผลการวิจัยและคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ การนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยต้องครอบคลุมนิยามตัวแปรจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง และมีความชัดเจนว่า ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยแต่ละเรื่องเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าให้คำนิยามที่มีขอบเขตแคบมากจะได้งานวิจัยจำนวนน้อยและสรุปผลได้ไม่กว้างขวาง แต่ถ้าคำนิยามขอบเขตกว้างเกินไป จะได้งานวิจัยที่มาสังเคราะห์เป็นจำนวนมากและผลการวิจัยที่หลากหลายทำให้เกิดการสังเคราะห์ที่ซับซ้อนขึ้นด้วย

2. การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ต้องมีการสร้างเครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่สำคัญ คือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ และในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยทีมงานต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลแต่ละคนด้วย

3. ในการวิเคราะห์ข้อมูล ต้องนำผลการวิจัยแต่ละเรื่องมาประมาณค่าสถิติที่มีหน่วยเป็นมาตรฐานหรือดัชนีมาตรฐานก่อน ค่าดัชนีมาตรฐานที่สำคัญ คือ ขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งเป็นค่าสถิติบอกถึงปริมาณผลของตัวแปรจัดกระทำ (treatment) ที่มีต่อตัวแปรตามในการวิจัยเชิงทดลองดัชนีที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ซึ่งบอกขนาดของความแปรผันร่วมกันระหว่าง ตัวแปรสองตัวในการวิจัยเชิงสัมพันธ์ และนำผลการวิจัยทั้งแบบวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์มาสังเคราะห์ร่วมกันได้

4. แบบแผนการวิจัยหรือแบบการวิจัย (research design) เป็นแบบการวิจัยเชิงสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการอธิบายความแตกต่างของปรากฏการณ์ ต้องสำรวจรายงานการ

วิจัยแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่จะใช้เป็นตัวแปรต้น หรือตัวแปรปรับในการอธิบายความแตกต่างของดัชนีมาตรฐาน

5. หลักสำคัญของการวิเคราะห์ห่อภิมาณอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาในงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีค่าเป็นเท่าไรในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ผลการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากกว่าผลการวิจัยเดิม

### 5.3 หลักการของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

หลักของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542) มีสาระสำคัญอยู่ 3 ประการดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวแปรตาม
2. ลักษณะประเภทตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตัวแปรตาม คือ ดัชนีมาตรฐาน ส่วนตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะการวิจัย ส่วนตัวแปรคุณลักษณะที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ลักษณะประเภทของตัวแปรจึงเหมือนลักษณะงานวิจัยทั่วไป
3. การวางแผนการวิจัย ใช้หลักการ max-min-con เพื่อควบคุมคุณภาพของความแปรปรวนได้เช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป แต่เนื่องจากตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณไม่สามารถนำมาจัดกระทำได้ จึงสามารถศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ได้เพียงอย่างเดียวดังนั้นการควบคุมความแปรปรวนจึงต้องใช้หลักการนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษาแล้วควบคุมโดยใช้วิธีทางสถิติ

### 5.4 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

มีรูปแบบที่แตกต่างกัน 6 วิธี สรุปได้ดังนี้ (นงลักษณ์ วิวัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2541; นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542 และจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

1. วิธีของ Rosenthal (Rosenthal, 1991) มีลักษณะสำคัญ คือ การนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้สูตรการประมาณค่าตามแนวคิดของ Cohen (1977)
2. วิธีของ Glass (Glass, Mcgaw and Smith, 1981) เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์จุดเด่นของวิธีนี้สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) มีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองที่แตกต่างกัน 2) มีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสหสัมพันธ์แบบอื่นๆเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 3) มีสูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบ คือ สูตรประมาณค่าจากสถิติโดยตรงและสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ
3. วิธีของ Hunter (Hunter and Schmidt, 1991) เป็นวิธีการที่เน้นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์



มากกว่าการวิจัยเชิงทดลอง ใช้หลักปรับแก้เพื่อลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของค่าดัชนีมาตรฐาน จุดเด่นของวิธีนี้ สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) สามารถตรวจสอบความคลาดเคลื่อนได้ 2) ใช้กับการวิจัยเพื่อสรุปนัยทั่วไปของความตรงได้เป็นอย่างดี 3) สามารถสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนน้อยได้ แม้จะมีการศึกษาปัญหาเดียวกันเพียง 3-4 เรื่อง

4. วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) ใช้แนวคิดการประมาณค่าของ Cohen (1977) แต่วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อนแต่ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

5. วิธีของ Slavin (1986) เน้นความสำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูง เป็นการสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุดแต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์

6. วิธีของ Mullen (1989) เป็นวิธีการล่าสุดที่ได้รับการพัฒนาจุดเด่นคือมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยตรงซึ่งโปรแกรมสามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐานและทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานได้

เนื่องจากวิธีวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณทำได้หลายวิธี จึงได้มีนักวิจัยหลายคนได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดย Kulik และ Kulik (1989) ได้สรุปไว้ว่าวิธีของ Glass เป็นวิธีที่เหมาะสม ได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) ไม่มีข้อจำกัดในการคัดเลือกงานวิจัยเพราะไม่ประเมินค่างานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ มีวิธีการคำนวณที่เหมาะสมเมื่อกุ่มควบคุมมีขนาดใหญ่ โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

## 5.5 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การสังเคราะห์งานวิจัยที่เริ่มต้นมาตั้งแต่ ปี 1976 มีขั้นตอนการดำเนินงานเช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไปแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนหลักและมีรูปแบบการดำเนินการวิเคราะห์ที่ชัดเจนแล้ว ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (Glass, Mcgaw and Smith, 1981; Hunter and Schmidt 1991; Rosenthal, 1991; นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542 และวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

### ขั้นตอนที่ 1 : การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

ในการวิจัยเชิงปริมาณมีจุดมุ่งหมายเพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ มีการกำหนดปัญหาวิจัยหลักๆ 3 ข้อ คือ ค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของดัชนีมาตรฐานมีค่าเท่าไร ความแปรปรวนของดัชนี

มาตรฐานมีมากน้อยเพียงไร และมีปัจจัยใดอธิบายความแปรปรวนได้ และอธิบายได้มากน้อยเพียงไรผลการวิจัยที่สังเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์อย่างไรในการกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้งหรือมีจำนวนมาก คำตอบของปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป องค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ และข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้ต่อไป

### **ขั้นตอนที่ 2 : การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

ในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ศึกษาการสังเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสร้างกรอบความคิดสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยให้ความสำคัญกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน ไม่นิยมใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพราะจะเป็นงานซ้ำซ้อนกับงานวิจัยที่จะใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ส่วนใหญ่การรายงานการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มักจะรายงานค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยไม่มีการสังเคราะห์

### **ขั้นตอนที่ 3 : การรวบรวมข้อมูล**

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้แยกได้เป็น 4 ส่วน คือ การสืบค้นงานวิจัยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะสังเคราะห์ การสร้างเครื่องมือวิจัย และการบันทึกข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

#### **1. การสืบค้นงานวิจัย**

ต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยที่ต้องการเพื่อให้ได้งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาลักษณะเดียวกัน Mullen(1989) ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทาง คือ การสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (on-line computer search) การสืบค้นจากดัชนี (abstracting services) การสืบค้นจากการอ่านเล่น(Browsing) การสืบค้นจากวิทยาลัยมองไม่เห็น (the invisible college) การสืบค้นย้อนหลัง (ancestry approach) การสืบค้นต่อเนื่อง (descendancy) จากทั้ง 6 แนวทางพบว่าวิธีการสืบค้นย้อนหลังและการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมาก การสืบค้นส่วนใหญ่มักจะได้แหล่งรายการอ้างอิงและบทคัดย่อเพื่อให้สามารถสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็มต่อไป และในระยะหลังการสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ออนไลน์ สามารถค้นได้เอกสารงานวิจัยฉบับเต็มได้ด้วย

#### **2. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์**

Glass, McGaw และ Smith (1981) เสนอทางเลือกไว้ 4 ทางเลือก คือ 1) การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ วิธีนี้จะได้ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ครบสมบูรณ์ แต่จะเสียเวลา และงานวิจัยบางส่วนของที่ไม่มีคุณภาพอาจมีปัญหาในการสังเคราะห์ 2) การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัย วิธีนี้นักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัยแล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น 3) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มี

การพิมพ์เผยแพร่สำหรับวิธีนี้แม้ว่าจะเชื่อมั่นได้ว่า ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ แต่ก็อาจเกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้ เพราะงานวิจัยที่ไม่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่มักจะให้ผลการวิจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการประเมินจากนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Slavin (1987) ผู้บัญญัติศัพท์ คำว่า การสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุด (best evidence synthesis) แต่ Glass, McGaw และ Smith (1981) ไม่เห็นด้วย โดยแย้งว่า งานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในการวิจัย

สำหรับประเด็นเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนงานวิจัยที่เหมาะสมที่จะนำมาสังเคราะห์ ต้องพิจารณาจากประชากรงานวิจัยทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าใด มีผลการวิจัยที่แตกต่างกันหลากหลายหรือคล้ายคลึงกัน สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยมาทำการวิเคราะห์ อภิमानอาจเลือกโดยการสุ่มหรือจะเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกให้ชัดเจนตามที่ต้องการ

### 3. การสร้างเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์อภิमानทุกประเภท มีเพียงสองแบบ คือ แบบประเมินงานวิจัยและแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นมาตรประเมินค่า (Rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย สำหรับแบบบันทึกข้อมูล อาจทำเป็นตารางหรือเป็นแบบสอบถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิดก็ได้ หลักการในการสร้างแบบสอบถามเป็นแบบเดียวกันกับการสร้างแบบสอบถามทั่วไป กล่าวคือ ต้องมีการกำหนดขอบข่ายข้อมูลที่ต้องการรวบรวมก่อน ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิमानมี 3 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นผลการวิจัยซึ่งวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปดัชนี เช่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ส่วนที่สอง เป็นคุณลักษณะของรายงานวิจัยด้านแผนแบบการวิจัย ส่วนที่สาม เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับรูปเล่มและการจัดพิมพ์รายงาน เมื่อได้ขอบข่ายข้อมูลแล้วจึงสร้างแบบบันทึกให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการและกำหนดรหัสสำหรับตัวแปร จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5-10 เรื่องและพบว่าต้องมีการปรับรูปแบบเครื่องมือหลายครั้งกว่าจะลงตัวใช้งานได้จริง ในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลหลายคน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลด้วย

### 4. การบันทึกข้อมูล

คือ การบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกผลการวิจัยโดยต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานถ้าในทางปฏิบัติมีรายงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยหลากหลายและรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw and Smith (1981) ได้นำเสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่องโดยนำเสนอวิธีการประมาณค่าสองวิธี คือวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จาก

กลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

#### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

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

#### ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและนำเสนอรายงาน

การสรุปผลการวิเคราะห์ ต้องมีการอภิปรายเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีตและความรู้ทางทฤษฎี ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เชิงวิชาการ ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณต้องให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งกว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในแต่ละเรื่อง และข้อเสนอแนะต้องมีความกว้างทั่วไปมากกว่างานวิจัยปกติ สำหรับการจัดทำรายงานมีลักษณะเหมือนกับรายงานวิจัยโดยทั่วไป สิ่งที่แตกต่างคือการวิเคราะห์ห่อภิมาณจะมีบรรณานุกรมแยกออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นบรรณานุกรมสำหรับรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

### 5.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีทางสถิติเป็นการพยายามที่จะพัฒนางานวิจัยให้มีระบบและเป็นปรนัยมากขึ้น โดยการสร้างดัชนีมาตรฐานเพื่อบอกขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นิยมใช้ได้แก่ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

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

2. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เป็นดัชนีมาตรฐานที่บ่งบอกถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ จะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3. การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีบอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติเป็นการวิเคราะห์ขั้นต้นโดยพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติเรียกว่าวิธีแจงนับจำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป จุดอ่อนของการใช้วิธีนี้คือไม่ได้คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัยโดยเฉพาะขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละงานวิจัย นอกจากนี้ยังไม่สามารถอธิบายถึงขนาดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ อาจเลือกใช้วิธีการสังเคราะห์ความน่าจะเป็นของค่าสถิติ แล้วทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแทนการแจงนับ (Hunter and Schmidt, 1990 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) แม้ว่าดัชนีมาตรฐานจะได้รับการสร้างและพัฒนาขึ้นมาหลายชนิดแต่ที่ได้รับความนิยมในการวิเคราะห์ห่อภิมาณคือดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพราะว่าดัชนีทั้งสองชนิดนี้ไม่มีหน่วยและมีระดับการวัดถึงระดับอันตราย (Hunter and Schmidt, 1990 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) ดังนั้นค่าขนาดอิทธิพลจึงมีความเหมาะสมกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้

## 5.7 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

จากลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่มีความแตกต่างจากการวิเคราะห์ทั่วไป ทำให้มีประโยชน์ที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิวัชชัย, 2542 และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณจะได้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูงและเชื่อถือได้มากขึ้นเพราะเป็นวิธีการที่มีระบบ และใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้
2. เป็นประโยชน์ในการทำรายงานหรือการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายในแง่มุมต่างๆของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และชี้แนะให้เห็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไขหรือการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ (moderator variable) กับผลงานวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ข้อค้นพบส่วนนี้จะหาไม่ได้จากงานวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว
4. ในกรณีที่ม้งานวิจัยเรื่องหนึ่ง ให้ผลแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีกระบวนการตรวจสอบสาเหตุที่ทำให้งานวิจัยเรื่องนั้นมีผลการวิจัยแตกต่างจากเรื่องอื่น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในแง่มุมใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อไป
5. Hunter และ Schmidt (1990) อธิบายประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณว่ามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทฤษฎี เพราะข้อค้นพบที่กว้างขวางลุ่มลึกจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ช่วยให้

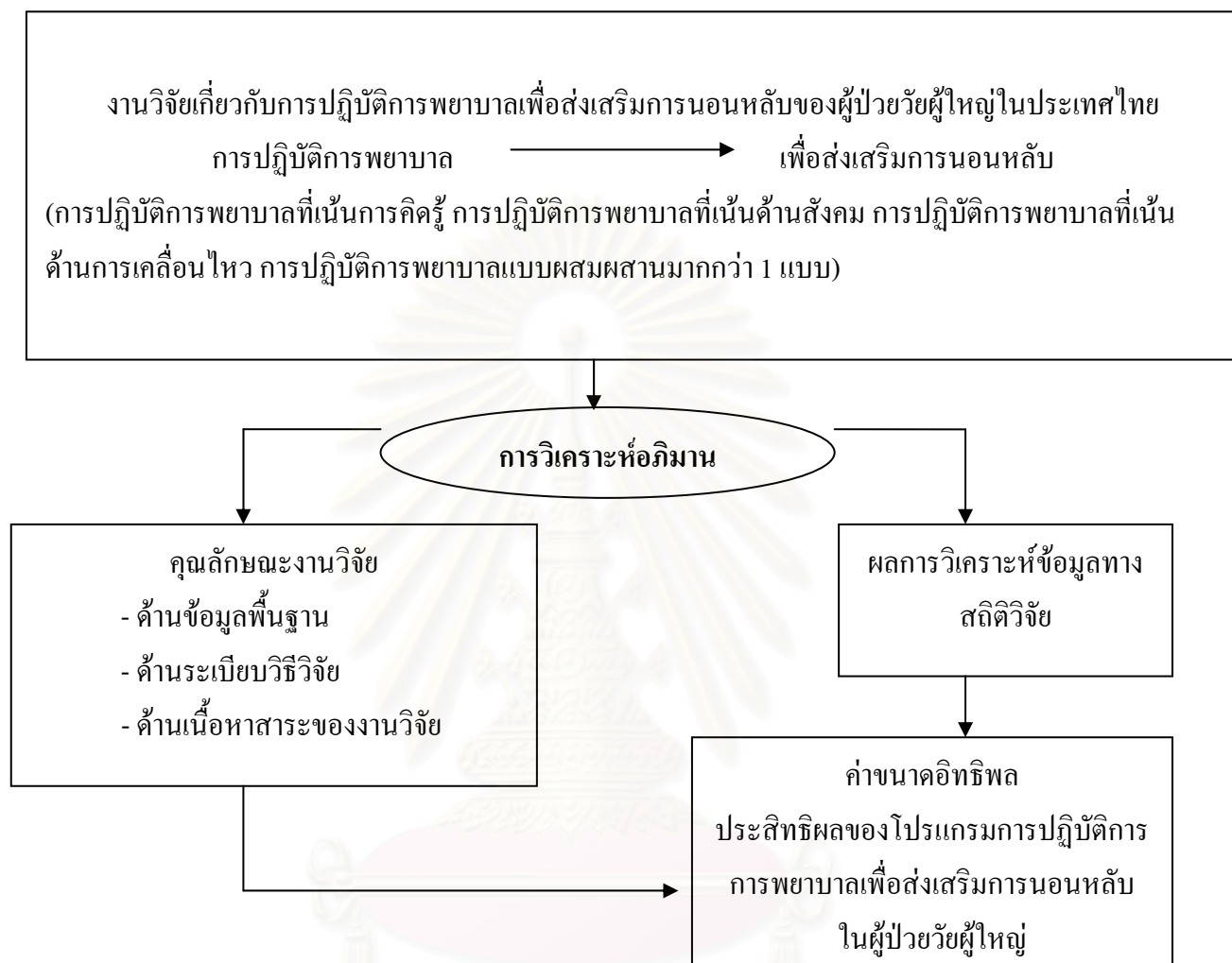
หลักฐานสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ อันจะเป็นการขยายขอบเขตแห่งความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นอิสระเพื่อส่งเสริมการนอนหลับนั้น ส่วนใหญ่เป็นการฝึกผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฟังดนตรี ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดโดยประยุกต์แนวคิดของ Synder (1992) (อ้างถึงในสินีนุช เสนิงศ์ ณ อยุธยา, 2547) โดยผู้วิจัยได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการคิดรู้ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมากกว่า 1 แบบ

ผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีการรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามแนวคิดการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) เพื่อทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับต่างๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้นคือคุณลักษณะของงานวิจัย ประกอบด้วยคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัย และคุณลักษณะเชิงเนื้อหาสาระได้แก่วิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ใช้ในการศึกษา ส่วนตัวแปรตามของการวิเคราะห์ในครั้งนี้ คือขนาดอิทธิพล ซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่แสดงถึงอิทธิพลของวิธีการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เป็นอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม โดยที่ความผันแปรของขนาดอิทธิพลอาจจะเกิดจากคุณลักษณะของงานวิจัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย และศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ในการวิจัยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่ทำเสร็จตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2551 จำนวน 21 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องศึกษาเกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย
2. เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ทำเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2528 – วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2551
3. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า  $t$  - test,  $F$  - test,  $Z$  - test,  $U$  test และค่า  $P$  - value



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนา ธรรมสอน (2550) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, ประเภทของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาที่ผู้วิจัยศึกษา, ปีพ.ศ.ที่เก็บรวบรวมข้อมูล และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย, การระบุมุมมองแนวคิด, ตัวแปรต้น, ตัวแปรตาม (ทฤษฎี / แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย), สมมติฐานการวิจัย, สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล, แผนกของสถานที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง, จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง, วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง, จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล), ประเภทของสื่อที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล, วิธีการปฏิบัติการพยาบาล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรม

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยรวมทั้งรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถาม ที่ครอบคลุม เหมาะสมในด้านข้อมูลและคุณลักษณะงานวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนาธรรมสอน (2550) ได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ไปปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบข้อคำถาม ความครอบคลุม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา และครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

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

ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับข้อคำถาม ดังนี้ ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ย้ายรูปแบบการวิจัยมาไว้เป็นข้อแรก ให้เพิ่มจำนวนช่องว่างของตัวแปรต้น ให้ตัดสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลออก ให้ปรับเปลี่ยนแผนกของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นแผนกห้องผู้ป่วยหนัก และให้แยกแผนกเป็นแผนกอายุกรรม ศัลยกรรม ให้ปรับเพิ่มข้อคำถามด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, เพศของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, และให้ปรับเพิ่มสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับเปลี่ยนในส่วนของลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละข้อให้สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ ให้เพิ่มประเภทของสื่อที่นำมาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อแนะนำทั้งหมดที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย** จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, ประเภทของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาที่ผู้วิจัยศึกษา, ปีพ.ศ.ที่เก็บรวบรวมข้อมูล และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

**ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย** จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย, การระบุมุมมองแนวคิด, ตัวแปรต้น, ตัวแปรตาม (ทฤษฎี / แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย), สมมติฐานการวิจัย, แผนกของสถานที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง, อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, เพศของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, โรคของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง, วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย** จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง, จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล), ประเภทของสื่อที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล, วิธีการปฏิบัติการพยาบาล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ได้แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย รวมทั้งหมด 30 ข้อ

นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ไปทดลองใช้กับรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลลักษณะของงานวิจัย ทั้ง 3 ด้าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขนำไปเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย เป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1991), วิทยุ ยิ้มชวน (2547) และวาสนา ธรรมสอน (2550) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

#### การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและรายงานการวิจัยของ Brown (1991), วิทยุ ยิ้มชวน (2547) และวาสนา ธรรมสอน (2550) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุปอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย 8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย

2. กำหนดหัวข้อและข้อคำถามการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

โดยมีความหมายการให้คะแนน ดังนี้

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

การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0 – 88 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) มาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบ

ประเมินคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้ จึงมีการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

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

1. นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

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

กำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่ครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
2	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
3	หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมินผลการตรวจสอบ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถามที่ 4 ข้อตกลงเบื้องต้นและข้อจำกัดในการวิจัยมีความสมเหตุสมผล

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 แนะนำให้ปรับเปลี่ยนเป็นเหตุผลและความจำเป็นในการทำวิจัยเหมาะสม

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 และ 4 แนะนำว่า ให้ตัดทิ้ง

สรุป : ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก และเปลี่ยนเป็นเหตุผลและความจำเป็นในการทำวิจัยเหมาะสม

ข้อคำถามที่ 11 การจัดกลุ่มทดลองมีการจัดเข้ากลุ่มแบบสุ่ม/ การสุ่มตัวแปรจัดกระทำ

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3, 5 มีความเห็นว่าไม่ควรนำมาหาคุณภาพ เพราะงานวิจัยบางเรื่องก็ไม่สามารถสุ่มได้

สรุป : ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามเป็น การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเหมาะสม

สรุป จากการนำคำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมาปรับปรุงแก้ไข ข้อคำถามและเกณฑ์ประเมินคุณภาพทั้งหมด พบว่า แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยมีทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0 – 80 คะแนน และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยให้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

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

นำผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (เพชรน้อย สิมหะขันธ์ และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์, 2536) โดยคำนวณค่าตามสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา

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

ผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.9

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrator Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (ทัศนีย์ นะแส, 2542; Polit and Hungler, 1999) ตามสูตร

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

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดิม (Intrarater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.85 และ 0.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่มีระดับสูง (Polit and Hungler, 1999; Burns and Grove, 2001) แสดงว่าสามารถนำเครื่องมือวิจัยชุดนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ.2528 – พ.ศ. 2551 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ “ นอนหลับ, นอนไม่หลับ, ส่งเสริมการนอนหลับ” โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่

<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>

2. สืบค้นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยทั้งหมด ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์ข้อสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

3. สืบค้นหารายชื่อวารสารทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และสถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์ข้อสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ผลการสำรวจ พบว่า มีงานวิจัยทั้งหมดและเชิงทดลองที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 21 เรื่อง

4. นำงานวิจัยที่สำรวจได้ทั้งหมดมาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. ศึกษาและบันทึกข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างละเอียดในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นมา โดยจะอ่านงานวิจัยอย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกจะอ่านเพื่อให้ทราบเนื้อหา สาระของงานวิจัยโดยละเอียดและทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบที่ 2 อ่านเพื่อเก็บสาระลงบันทึกลักษณะของงานวิจัย

6. การลงบันทึกข้อมูลในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์จำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ แล้วนำข้อมูลมาร่วมกันวิเคราะห์ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ เพื่อให้ได้ความ ถูกต้องและแม่นยำในการบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพ



งานวิจัยด้วยตนเอง เมื่อลงบันทึกข้อมูลในแบบสรุปรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเสร็จแล้วได้นำข้อมูลทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

7. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตามตามกรอบแนวคิด ได้แก่ ขนาดอิทธิพลของผลโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยรวมทั้งจำแนกตามประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย

8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล ด้วยวิธีวิเคราะห์อิทธิमानตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1981)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/ for Windows) ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทำการวิเคราะห์อิทธิमानมาคำนวณหาขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw และ Smith (1981)

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

- ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพล น้อยกว่า Percentiles 33.33

- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง มีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระหว่าง Percentiles ที่ 33.34 – 66.67

- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพล มากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน และโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยใช้สถิติ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation)

### จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การที่จะให้ได้มาซึ่งงานวิจัยที่ดีมีคุณภาพ นอกจากจะดำเนินตามระเบียบวิธีการวิจัยอย่างมีคุณภาพแล้ว คุณธรรมหรือจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้วิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ให้เกียรติและอ้างถึงบุคคลหรือแหล่งที่มาข้อมูลที่น่ามาใช้ในงานวิจัย มีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ และมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัยเพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพและป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาดอันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย ผู้วิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดแก่ตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและสังคม ผู้วิจัยจะต้องเสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตนหรือต้องการสร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น มีความรับผิดชอบและรอบคอบในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ไม่เผยแพร่ผลงานวิจัยเกินความเป็นจริง เสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ยอมรับฟังความคิดเห็นและเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่นและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ถูกต้อง (คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี)

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta - analysis) เป็นงานวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรม แต่ผู้วิจัยก็จะต้องมีจริยธรรม จรรยาบรรณของการเป็นนักวิจัยที่ดี ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ ไม่มี ความลำเอียง (Bias) และไม่นำข้อมูลต่าง ๆ จากงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ไปดัดแปลงเพื่อผลประโยชน์ของตนเองโดยเด็ดขาด ในขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย จะต้องบรรยายสรุปด้วยความเที่ยงธรรมและไม่ผนวกความคิดเห็นของตนเองลงไปในวิเคราะห์ (สมเกียรติ โภชสิทธิ์ และคณะ, 2545)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะด้านวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้สูงอายุในประเทศไทยและเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้สูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2551 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta – analysis) ของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์แยกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้สูงอายุในประเทศไทย

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้สูงอายุในประเทศไทย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

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

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยได้แก่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
(n=21)		
<b>ประเภทของงานวิจัย</b>		
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	21	100
<b>สถาบันที่ผลิตงานวิจัย</b>		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	8	38.1
มหาวิทยาลัยมหิดล	7	33.3
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	3	14.3
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1	4.8
มหาวิทยาลัยบูรพา	1	4.8
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1	4.8
<b>คณะที่ผลิตงานวิจัย</b>		
พยาบาลศาสตร์	15	71.4
วิทยาศาสตร์	2	9.5
แพทยศาสตร์	2	9.5
จิตวิทยาคลินิก	1	4.8
สาธารณสุขศาสตร์	1	4.8
<b>ปีพ.ศ.ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่</b>		
2528 – 2535	1	4.8
2536 – 2543	2	9.5
2544 – 2551	18	85.7

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 100 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 38.1 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2544 – 2551คิดเป็นร้อยละ 85.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
(n=21)		
<b>การระบุนกรอบแนวคิดงานวิจัย</b>		
มีการระบุนกรอบแนวคิด	18	85.7
ไม่มีการระบุนกรอบแนวคิด	3	14.3
<b>สมมติฐานงานวิจัย</b>		
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	18	85.7
สมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง	2	9.5
ไม่ระบุสมมติฐาน	1	4.8
<b>แผนกของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล</b>		
-ชมรม/ชุมชน	6	28.6
-แผนกหอผู้ป่วยหนัก	6	28.6
-สถานสงเคราะห์คนชรา	4	19.0
-แผนกศัลยกรรม	3	14.3
-แผนกอายุรกรรม	1	4.8
-ภาควิชาสรีรวิทยา	1	4.8
<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (เดือน)</b>		
น้อยกว่า 1 เดือน	2	9.5
1 – 4 เดือน	12	57.1
5 – 8 เดือน	5	23.8
9 – 12 เดือน	2	9.5
	<b>Min = 1</b>	<b>Max = 4</b>
	<b>Mean = 2.33</b>	<b>SD = .796</b>
<b>รูปแบบการวิจัย</b>		
การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง	12	57.1
การวิจัยเชิงทดลอง	9	42.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
<b>จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่ม)</b>		
1 กลุ่ม	5	23.8
2 กลุ่ม	13	61.9
3 กลุ่ม	2	9.5
4 กลุ่ม	1	4.8
<b>ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง</b>		
1 – 20 คน	4	19
21 – 40 คน	10	47.6
41 – 60 คน	5	23.8
มากกว่า 60	2	9.5
	Min = 1      Max = 4      Mean = 2.24      SD = .889	
<b>วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</b>		
การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง	11	52.4
การเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย	7	33.3
การเลือกแบบตามสะดวก	2	9.5
ไม่ระบุวิธีการคัดเลือก	1	4.8
<b>วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง</b>		
มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	15	71.4
ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	4	19.0
ไม่ระบุวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2	9.5
<b>ระดับนัยสำคัญทางสถิติ</b>		
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	15	71.4
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	3	14.3
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	3	14.3

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการระบอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 85.7 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 85.7 เก็บข้อมูลในชมรม/ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 1 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.1 (ค่าเฉลี่ย = 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.796) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองคิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 21 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 (ค่าเฉลี่ย = 2.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .889) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคิดเป็นร้อยละ 52.4 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 71.4 งานวิจัยส่วนใหญ่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 71.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n =37)	ร้อยละ
<b>สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล *</b>		
t – test	12	59.4
F– test	9	24.32
Non parametric Test	5	13.51
POST-HOC COMPARISION	1	2.7

\* งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 37 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุด คือ t–test คิดเป็นร้อยละ 59.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 107)	ร้อยละ
<b>ที่มาของเครื่องมือวิจัย *</b>		
ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเอง	41	38.3
ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาใช้	40	37.4
ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาปรับใช้	26	24.3

\* งานวิจัย 1 เรื่องใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 107 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็น ร้อยละ 38.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (n=21)	จำนวนค่า ขนาดอิทธิพล (N=157)	ร้อยละ
<b>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย</b>			
เครื่องมือวิจัยตรวจสอบคุณภาพทั้ง ความตรงและความเที่ยง	16	115	76.19
เครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรง หรือความเที่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง	5	42	23.8

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 76.19



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 36)	ร้อยละ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย *		
0.68 – 0.78	15	42
0.79 – 0.89	12	33
0.90 - 1.00	9	25
Min = 0.68	Max= 0.96	Mean= 0.83 SD=.083

\* งานวิจัย 1 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 107 ชนิด เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 36 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.68 – 0.78 คิดเป็นร้อยละ 42 (ค่าเฉลี่ย = 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.083)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) *		
0.80 – 0.90	7	47
0.91 – 1.00	8	53
Min = 0.82	Max= 1.00	Mean= 0.91 SD=0.07

\* งานวิจัย 1 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 107 ชนิด เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 15 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 คิดเป็นร้อยละ 53 (ค่าเฉลี่ย = 0.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	Mean	SD
ดีมาก	19	90.5	65	81	72.36	4.62
ดี	1	84.8	63	63	63	-
พอใช้	1	84.8	39	39	39	-
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100</b>				

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 90.5 (ค่าเฉลี่ย = 72.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 4.62) รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีและพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 84.8

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของงานวิจัย	Mean	SD
<b>อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง</b>		
อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง	50.55	18.40
อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม	50.47	18.32

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.40 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.32

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (n=21)	ร้อยละ
<b>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการคิดรู้</b>	<b>5</b>	<b>23.8</b>
การผ่อนคลาย	3	14.3
การสอน	1	4.8
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	1	4.8

ตารางที่ 10(ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (n=21)	ร้อยละ
<b>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว</b>	<b>3</b>	<b>14.2</b>
การออกกำลังกาย		
นาฏกรรมบำบัด	1	4.8
<b>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน</b>	<b>13</b>	<b>61.9</b>
การฟังดนตรี	4	19.0
การให้ข้อมูลและใช้ดนตรี	2	9.5
การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน	2	9.5
การสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการออกกำลังกาย	1	4.8
การให้ข้อมูลร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงเกิล	1	4.8
การนวด	1	4.8
การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง	1	4.8
การทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์	1	4.8

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ฟังดนตรี คิดเป็นร้อยละ 19.04 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่มีการนำมาศึกษา คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 1 ได้แก่ คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่า เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 100 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 38.1 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2544 – 2551 คิดเป็นร้อยละ 85.7

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีการระบุขอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 85.7 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 85.7 เก็บข้อมูลในชมรม/ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 1 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.1 (ค่าเฉลี่ย = 2.33 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน = 0.796) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองคิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 21 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 (ค่าเฉลี่ย = 2.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .889) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.40 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.32 งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคิดเป็นร้อยละ 52.4 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการสุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 71.4 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 71.4 พบว่าส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 37 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุดคือ t-test คิดเป็นร้อยละ 59.4 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 107 ชนิด งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็น ร้อยละ 38.3 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย จะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 76.19 เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 36 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.68 – 0.78 คิดเป็นร้อยละ 42 (ค่าเฉลี่ย = 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.083) เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 15 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 คิดเป็นร้อยละ 53 (ค่าเฉลี่ย = 0.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07) งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 90.5 (ค่าเฉลี่ย = 72.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.62) รองลงมาคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีและพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 84.8

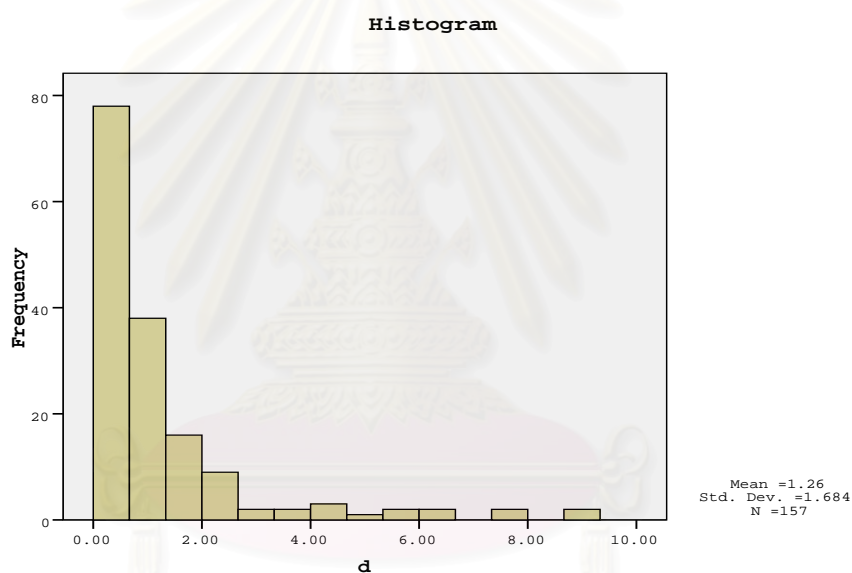
คุณลักษณะด้านเนื้อหาของสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ฟังดนตรี คิดเป็นร้อยละ 19.04 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่มีการนำมาศึกษา คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตารางที่ 11 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่

N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation	Skewness	Kurtosis
157	.00	9.23	1.26	1.68	2.64	7.64



จากตาราง ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 21 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 157 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.00 ค่าสูงสุด เท่ากับ 9.23 ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.68

**ตารางที่ 12** จำนวนร้อยละ และค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน	จำนวนค่า	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
	กลุ่ม ตัวอย่าง (n=21)	ขนาด อิทธิพล (N=157)			
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติการ</b>					
<b>พยาบาลแต่ละครั้ง (นาที)</b>					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	11	90	52.4	.66	ปานกลาง
31 – 60 นาที	10	67	47.6	2.06	ใหญ่
<b>จำนวนครั้งของการ</b>					
<b>ปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)</b>					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	7	47	33.3	.77	ปานกลาง
4 – 6 ครั้ง	5	27	23.8	.97	ปานกลาง
7 – 9 ครั้ง	3	5	14.3	1.2	ใหญ่
10 – 12 ครั้ง	1	4	4.8	2.4	ใหญ่
มากกว่า 12 ครั้ง	5	74	23.8	1.61	ใหญ่
<b>ความถี่ในการปฏิบัติการ</b>					
<b>พยาบาล</b>					
วันละ 1-4 ครั้ง/ วัน	13	103	61.9	1.33	ใหญ่
1 วัน	1	18	4.8	.49	ปานกลาง
ทุก 3 วัน	1	3	4.8	2.8	ใหญ่
3 ครั้ง/สัปดาห์	4	28	19.0	.47	ปานกลาง
ทุก 1 – 2 สัปดาห์	2	5	9.5	2.3	ใหญ่
<b>ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการ</b>					
<b>ปฏิบัติการพยาบาล (วัน)</b>					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน	7	42	33.3	.87	ปานกลาง
6 – 10 วัน	1	2	4.8	.18	เล็ก
11 – 15 วัน	2	6	28.6	1.3	ใหญ่

**ตารางที่ 12 (ต่อ) จำนวนร้อยละ และค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล**

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน	จำนวนค่า	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ขนาด
	กลุ่มตัวอย่าง	ขนาดอิทธิพล			
	(n=21)	(N=157)			
21-25วัน	2	4	9.5	2.47	ใหญ่
26-30 วัน	2	46	9.5	2.04	ใหญ่
มากกว่า30วัน	7	57	23.8	.85	ปานกลาง
<b>ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล</b>					
ผู้วิจัย	18	130	85.7	1.34	ใหญ่
ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย	3	27	14.3	.75	ปานกลาง
<b>จำนวนของผู้ช่วยวิจัย (คน)</b>					
ไม่มีผู้ช่วยวิจัย	18	130	85.7	1.34	ใหญ่
2	1	3	4.8	2.87	ใหญ่
4	1	18	4.8	.49	ปานกลาง
ไม่ระบุจำนวน	1	6	4.8	.47	ปานกลาง

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.4 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลวันละ 1-4 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วันคิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง งานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 85.7 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

ตารางที่ 13 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ (จำนวนขนาดอิทธิพล 157 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติ การพยาบาล	ชนิดของผลลัพธ์ จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N*	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
<b>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และ ความคิด</b>								
- การผ่อนคลาย	- คุณภาพการนอนหลับ	11	12	.32	1.8	.54	1.0	ใหญ่
	- ความพึงพอใจในการนอน	1	30	.41	.41	-	.41	ปานกลาง
	- อาการนอนไม่หลับ	40	12	.00	6.1	1.51	1.5	ใหญ่
- การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม	- ความรู้เกี่ยวกับการนอน	1	30	4.1	4.1	-	4.1	ใหญ่
	- คุณภาพการนอนหลับ	1	30	1.2	1.2	-	1.2	ใหญ่
<b>รวม</b>		<b>54</b>	<b>114</b>	<b>.00</b>	<b>6.14</b>	<b>1.39</b>	<b>1.44</b>	<b>ใหญ่</b>

จากตาราง พบว่างานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และคิด จากกลุ่มตัวอย่าง 114 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 54 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผลลัพธ์ด้านการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการนอนให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.1 ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และการฝึกผ่อนคลายด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจในการหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .41



ตารางที่ 14 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ (จำนวนขนาดอิทธิพล 157 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติ การพยาบาล	ชนิดของผลลัพธ์ จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N*	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
<b>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้าน การเคลื่อนไหว</b>								
- นาฏกรรมบำบัด	- คุณภาพการนอนหลับ	3	54	1.1	1.8	.34	1.4.	ใหญ่
- การออกกำลังกาย	- ความผาสุก	2	50	.25	.34	.06	.29	ใหญ่
	- ความซึมเศร้า	3	63	.01	.06	.02	.03	เล็ก
	- คุณภาพการนอนหลับ	31	113	.01	1.1	0.31	.37	ปานกลาง
	- ความวิตกกังวล	3	63	.07	.19	.06	.14	เล็ก
	<b>รวม</b>	<b>42</b>	<b>280</b>	<b>.01</b>	<b>1.8</b>	<b>.41</b>	<b>.40</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว จากกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 42 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปฏิบัตินาฏกรรมบำบัดด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย สูงที่สุด เท่ากับ 1.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .34 และการออกกำลังกายด้านการศึกษาผลลัพธ์อาการซึมเศร้า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .02

ตารางที่ 15 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ (จำนวนขนาดอิทธิพล 157 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติ การพยาบาล	ชนิดของผลลัพธ์ จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N*	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
<b>การปฏิบัติการพยาบาลแบบ</b>								
<b>ผสมผสาน</b>								
- การให้ข้อมูลและใช้ดนตรี	- คุณภาพการนอนหลับ	2	80	.19	1.2	1.3	1.3	ใหญ่
	- ความปวด	5	40	.07	.55	.18	.31	เล็ก
	- ความเครียด	1	40	1.73	1.73	-	1.73	ใหญ่
	- การให้ข้อมูลร่วมกับการ	1	40	1.73	1.73	-	1.73	ใหญ่
- บริหารกายจิตแบบซิงเกิล	- คุณภาพการนอนหลับ	1	62	1.26	1.26	-	1.26	ใหญ่
- การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกด จุดสะท้อน	- อาการเหนื่อยล้า	1	40	1.95	1.95	-	1.95	ใหญ่
	- ความซึมเศร้า	1	40	3.29	3.29	-	3.29	ใหญ่

(ตารางที่ 15 (ต่อ))

ประเภทของการปฏิบัติ การพยาบาล	ชนิดของผลลัพธ์ จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
		N*	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	
	- อาการนอนไม่หลับ	1	40	3.39	3.39	-	3.39	ใหญ่
	- คุณภาพการนอนหลับ	12	40	.32	2.48	.75	1.14	ใหญ่
- การนวด	- คุณภาพการนอนหลับ	2	15	.09	.29	.14	.19	เล็ก
- การฟังดนตรี	- คุณภาพการนอนหลับ	19	110	.04	1.1	.38	.59	ปานกลาง
- การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง	- คุณภาพการนอนหลับ	3	56	1.90	2.50	.31	21.5	ใหญ่
- การสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับ การออกกำลังกาย	- อาการเหนื่อยล้า	1	40	1.68	1.68	-	1.68	ใหญ่
	- อาการนอนไม่หลับ	1	40	2.3.7	2.37	-	2.37	ใหญ่
	- ความวิตกกังวล	1	40	1.14	1.14	-	1.14	ใหญ่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ตารางที่ 15 (ต่อ))

ประเภทของการปฏิบัติ การพยาบาล	ชนิดของผลลัพธ์ จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
		N*	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	
- การทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์	- คุณภาพการนอนหลับ	3	60	5.0	6.1	.60	5.7	ใหญ่
	- อาการนอนไม่หลับ	6	18	.00	9.23	4.2	5.5	ใหญ่
	- ความเครียด	1	60	1.18	1.18	-	1.18	ใหญ่
	<b>รวม</b>	<b>61</b>	<b>741</b>	<b>.00</b>	<b>9.23</b>	<b>1.98</b>	<b>1.46</b>	<b>ใหญ่</b>

N\* งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า 1 ค่า

จากตาราง งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 741 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 61 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์ด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60 และการนวดด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .14

**สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 2** วิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 21 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 157 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.00 ค่าสูงสุด เท่ากับ 9.23 ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.68 พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.4 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลวันละ 1-4 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วันคิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง งานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 85.7 ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และคิด จากกลุ่มตัวอย่าง 114 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 54 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผลลัพธ์ด้านการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการนอนให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.1 ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และการฝึกผ่อนคลายด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจในการหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .41

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว จากกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 42 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปฏิบัติกิจกรรมบำบัดด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .34 และการออกกำลังกายด้านการศึกษาผลลัพธ์อาการซึมเศร้า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .02

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 741 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 61 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์ด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 5.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60 และการนวดด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .14

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

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

#### ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1
ขนาดอิทธิพล	1.000
ระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูล	.524*
รูปแบบการวิจัย	.170
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	.341
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	-.066
สถิติทดสอบสมมติฐาน	.126

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

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

จากตารางคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย แผนกที่ใช้เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญ สถิติที่ใช้ในการทดสอบการวิจัย ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความตรง พบว่าระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .524$ )

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000
เพศ	.173*
ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	.183
อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม	-.042
อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง	.142

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

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

จากตาราง คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางเดียวกันกับค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .173$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 18** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1
ค่าขนาดอิทธิพล	1.000
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง	-.113
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล	-.035
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล	-.015
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง	-.329
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล	.199
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล	-.088
จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย	-.046
คุณภาพงานวิจัย	.560*
ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	-.193

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

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

จากตาราง คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับ ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย คุณภาพงานวิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานวิจัยในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .560$ )

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 3 ได้แก่ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน พบว่า คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิด สมมติฐาน การวิจัย แผนกที่ใช้เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญสถิติที่ใช้ในการทดสอบการวิจัย ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความ



ตรงพบว่าระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .524$ )

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางเดียวกันกับค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

( $r = .173$ )

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับ ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย คุณภาพงานวิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานวิจัยในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .560$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ในการศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2551 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะด้านวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่ทำเสร็จตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2551จำนวน 21 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องศึกษาเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

2. เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ทำเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2528 – วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2551

3. เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t – test, F – test, Z - test, U test

และค่า P-value พบว่า มีรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยทั้งหมด 21 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ วาสนา ธรรมสอน (2550) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย** จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย, ชื่อผู้วิจัย, ประเภทของงานวิจัย, สถาบันที่ผลิตงานวิจัย, คณะที่ผลิตงานวิจัย, สาขาที่ผู้วิจัยศึกษา, ปีพ.ศ.ที่เก็บรวบรวมข้อมูล และปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย

**ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย** จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย, การระบุนกรอบแนวคิด, ตัวแปรต้น, ตัวแปรตาม (ทฤษฎี / แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย), สมมติฐานการวิจัย, แผนกของสถานที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล, ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง, อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, เพศของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, โรคของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา, จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง, วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร)

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย** จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล, ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง, จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล), ประเภทของสื่อที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล, วิธีการปฏิบัติการพยาบาล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย เป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1991), วิญญาณ ยิ้มยวน (2547) และวาสนา ธรรมสอน (2550) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยเพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตาม คำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 พบว่า ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยใช้วิธีผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrareter reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และ 0.9 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ.2528 – พ.ศ. 2551 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ “นอนหลับ, นอนไม่หลับ, ส่งเสริมการนอนหลับ” เป็นต้น จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ตและบัตรคำในห้องสมุด หลังจากนั้นได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดสรุปลงในแบบสรุปงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าขนาดอิทธิพล ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/ for Windows)

### สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะด้านวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน จากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 21 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 100 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 38.1 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 ผู้วิจัยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 71.04 และงานวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานในช่วง ปี พ.ศ. 2548– 2552 คิดเป็นร้อยละ 47.6

คุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดคิดเป็นร้อยละ 85.7 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 85.7 เก็บรวบรวมข้อมูลในชมรม และชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่งานวิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 1 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.1 (ค่าเฉลี่ย = 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .796) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 21 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 (ค่าเฉลี่ย = 2.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .889) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 52.4 มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 71.4 งานวิจัยส่วนใหญ่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานในระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 71.4 จำนวนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 76.19 โดยใช้สถิติทั้งหมด 37 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุด คือ Paired t-test จำนวน 12 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 32.4

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 21 เรื่องพบว่า มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 107 ชนิด โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 52.3 เครื่องมือวิจัยมีการระบุค่าความเที่ยงทั้งหมด 36 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0.68 – 0.96 คิดเป็นร้อยละ 33.6 (ค่าเฉลี่ย = 0.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.08) และมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 15 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 คิดเป็นร้อยละ 14.0 (ค่าเฉลี่ย = 0.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07) งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.4 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 50.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.3 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 50.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.4

คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.4 (ค่าเฉลี่ย = 1.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .512) จำนวนครั้งของการ

ปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ค่าเฉลี่ย = 1.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .512) มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล 1-4 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 61.9 ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน และ มากกว่า 35 วัน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ค่าเฉลี่ย = 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.10) งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูล หลังการปฏิบัติการพยาบาล 1 และ 2 ครั้ง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.6 (ค่าเฉลี่ย = 5.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.93) งานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียว โดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 85.7 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 90.5 (ค่าเฉลี่ย = 72.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.62) และคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 84.8 (ค่าเฉลี่ย = 63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = -)

การปฏิบัติการพยาบาล พบว่างานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 42.8 ส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องการให้ข้อมูล และใช้ดนตรีและการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 9.5 และการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมไม่มีผู้นำมาศึกษา

2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

เมื่อพิจารณาวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และคิด จากกลุ่มตัวอย่าง 114 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 54 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ด้านการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการนอนให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.1 ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และการฝึกผ่อนคลายด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจในการหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .41

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว จากกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 42 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง โดยการปฏิบัตินาฏกรรมบำบัดด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .34 และการออกกำลังกายด้านการศึกษาผลลัพธ์อาการซึมเศร้า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .02

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 741 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 61 ค่า ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ โดยการทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์ด้านการศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาด

อิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 5.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60 และการนวดด้านการศึกษามีผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .14

3. เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน พบว่า คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย แผนกที่ใช้เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญ สถิติที่ใช้ในการทดสอบการวิจัย ที่มาของเครื่องมือวิจัย การระบุค่าความเที่ยง ประเภทของความตรงพบว่าระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .524$ )

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางเดียวกันกับค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .173$ )

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับ ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย คุณภาพงานวิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานวิจัยในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .560$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมานของ Glass, McGaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของการ

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยผลการวิจัย พบว่างานวิจัยทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ100) เนื่องจากในประเทศไทยการทำวิจัยส่วนใหญ่จะกระทำอย่างแพร่หลายในลักษณะของการเรียน การสอนในระดับบัณฑิตศึกษามากกว่าที่จะทำงานวิจัยในหน่วยงานต่าง ๆ ผู้ที่จะทำงานวิจัยส่วนใหญ่จะต้องมีความรู้ในเรื่องหลักการวิจัยและหลักการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งมักจะมีการเรียน การสอนในระดับปริญญาโทหรือปริญญาตรีขึ้นไป ประกอบกับหลักสูตรของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของทุกมหาวิทยาลัยที่มีการจัดการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา ส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรที่จะต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อจบการศึกษาและมุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ศึกษาและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว ในขณะที่การศึกษาระดับคุณวุฒินั้น จะมุ่งเน้นที่การแสวงหาองค์ความรู้ใหม่เพื่อการพัฒนาสาขานั้น ๆ ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ศึกษาในประเทศไทยในหลาย ๆ เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของ ikitratcharoen, S. (2000) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของนวลสกุล แก้วลาย (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดงานวิจัยของ สุรศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมงานวิจัยของอาภรณ์ คำก้อน (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย งานวิจัยของอัจฉรา นุตตะโร(2546) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของจรัสรัตน์ นวมะชิตี (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยของปิยะฉัตร นำชื่น (2547) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล และงานวิจัยของสินีนุช เสนิงวงส์ ณ อรุชยา (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นต้น จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ ไม่พบงานวิจัยของหน่วยงานต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลยังเห็นความสำคัญของการทำงานวิจัยค่อนข้างน้อยอาจเนื่องมาจากภาระงานที่หนักและมากเกินไปทำให้พยาบาลไม่มีเวลาทำงานวิจัย และอาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการทำวิจัย ทำให้มองเห็นว่าการทำวิจัยเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก ต้องอาศัยความรู้



ความสามารถเป็นพิเศษ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540) ที่สำคัญผลงานวิจัยที่จัดทำขึ้นในหน่วยงานหรือองค์กรส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการตีพิมพ์หรือเผยแพร่มากนัก

ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและให้การส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการทำงานวิจัยให้มากขึ้น โดยอาจมีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยขึ้นในหน่วยงาน และควรมีการเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อให้ผู้อื่นที่สนใจสามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป(นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิช, 2541) และเพื่อป้องกันการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน ซึ่งแตกต่างกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณในต่างประเทศมาก เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ในต่างประเทศนั้นส่วนใหญ่พบว่า เป็นรายงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยต่าง ๆ (Hill – Westmoreland, Soeken, and Spellbring, 2002 อ้างถึงใน สินีนาถ เสนิงวงศ์ ณ อยุธยา, 2547) ในต่างประเทศจะถือว่างานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยนั้นเป็นงานวิจัยที่ดี มีคุณภาพและได้รับการยอมรับมากกว่างานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะ Slavin (1986 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ซึ่งให้ความสำคัญกับการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์จะต้องเป็นงานวิจัยที่ได้รับการประเมินคุณภาพการวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ แต่ถูกโต้แย้งจากนักสถิติหลายท่านว่าอาจจะทำให้เกิดความลำเอียงจากการคัดเลือกงานวิจัยได้ ทำให้นักวิเคราะห์ห่อภิมาณส่วนใหญ่เสนอว่าควรใช้งานวิจัยทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว (Glass, McGaw, and Smith, 1987) ปี พ.ศ. ตีพิมพ์และเผยแพร่รายงานวิจัย

จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ ได้ศึกษางานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2551 พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในช่วงปีพ.ศ. 2544 – 2551 (ร้อยละ 85.7) พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดของงานวิจัย (ร้อยละ 85.7) แสดงถึงความน่าเชื่อถือถึงความชัดเจนของแนวคิดงานวิจัยนั้น ๆ เนื่องจากกรอบแนวคิดจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐานและทิศทางของสมมติฐานให้สาระหรือวิธีการในการที่จะนำไปใช้ออกแบบวิธีการจัดการหรือโปรแกรม รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ทางการพยาบาลได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) จากการที่งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยย่อมต้องมีความชัดเจน ผ่านการศึกษาค้นคว้า เพื่อเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้สร้างกรอบแนวคิดในการทำวิจัยเรื่องนั้น ๆ จึงทำให้มีการระบุกรอบแนวคิดของการวิจัยไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของนวลสกุล แก้วลาย (2545) สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์ (2545) อภรณ์ คำก้อน (2545) อัจฉรา นุตตะโร (2546) และจรรย์รัตน์ นวมะจิตติ (2547) ลักษณะสมมติฐานการวิจัย

จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ระบุสมมติฐานเป็นแบบมีทิศทาง (ร้อยละ 85.7) สมมติฐานเป็นการคาดคะเนคำตอบในประเด็นที่สงสัย สมมติฐาน

แบบมีทิศทางนั้นเป็นสมมติฐานที่เขียนในรูปของข้อความที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะระบุทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือระบุทิศทางความแตกต่างของตัวแปร ในระดับนัยสำคัญที่เท่ากันการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางจะทำให้โอกาสปฏิเสธสมมติฐานศูนย์มีมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง เนื่องจากระดับนัยสำคัญที่เท่ากัน การระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางของขอบเขตวิกฤตจะมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง

ดังนั้น การระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางจึงมีอำนาจการทดสอบทางสถิติ(Power of statistical test) มากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า มีการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางมากที่สุด อาจเนื่องมาจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้น ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท มีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ควบคุมดูแลขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้การทำวิจัยต้องมีกระบวนการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถนำมาตั้งเป็นสมมติฐานแบบมีทิศทางได้ สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์และควรสนับสนุนมากเพราะผลที่ได้รับจากการวิจัยจะมีความน่าเชื่อถือมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนวลสกุล แก้วลาย (2545) สุรศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545) จีรัตน์ นวมะชิตี (2547) ปิยะฉัตร นำชื่น(2547) และสินินุช เสนิวงศ์ ณ อยุธยา (2547) แผนกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ในชุมชน ชมรม (ร้อยละ 28.57) เพราะว่าจะมีความคุ้นเคยในสถานที่และมีความสะดวกมากกว่า จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน ชมรม เก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอย่างครอบคลุมทุกแผนกทั้งแผนกผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน แผนกหอผู้ป่วยหนัก สถานสงเคราะห์คนชรา ชมรม/ชุมชน แผนกไตเทียม แผนกภาควิชาสตรีวิทยา แต่ที่พบว่ามีการศึกษาในแผนกหอผู้ป่วยหนัก และชมรม/ชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 28.6) อาจเนื่องมาจากในแผนกหอผู้ป่วยหนัก และชมรม/ชุมชน ผู้วิจัยจะโอกาสได้พบปะ พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ และเป็นสถานที่เงียบ คุ้นเคย เหมาะกับการปฏิบัติการพยาบาล รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มากกว่า

รูปแบบการวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (ร้อยละ 57.1) เนื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง(True experiment) ต้องมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ มีการจัดกระทำ มีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มเข้ากลุ่มและการควบคุม ได้แก่ ควบคุมการจัดกระทำ จัดเตรียมข้อปฏิบัติ การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มเข้ากลุ่มและกลุ่มควบคุม (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือมากที่สุด (Polit and Hungler, 1999) แต่เป็นรูปแบบการวิจัยที่ค่อนข้างมีความซับซ้อนและกระทำได้ยาก โดยเฉพาะในงานวิจัยทางคลินิกซึ่งต้องกระทำกับกลุ่มตัวอย่างในสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงตาม

ธรรมชาติ เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือ ปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนไม่มากนักในแต่ละโรคและในแต่ละโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ เรื่องของข้อจำกัดของเวลาในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้สำเร็จ การศึกษาในแต่ละปีการศึกษา จึงทำให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่จึงเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง มีการจัดกระทำแต่อาจมีการควบคุมหรือ สุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2539) สามารถกระทำได้ง่ายและมีความ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติสูงกว่าและทำ ได้ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา นุ ตตะโร (2546) จีร์รัตน์ นวมะชิต (2547) และสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547)

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ห่อภิมานในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษา ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) (ร้อยละ 52.4) ซึ่งเป็น วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการเฉพาะเจาะจงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเป็นตัวอย่างที่ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้สมมติฐานที่ทดสอบมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิธีนี้เป็นการสุ่มตัวอย่างที่มีความลำเอียง ผลการวิจัยที่ค้นพบจึงมีข้อจำกัดใน การสรุปอ้างอิงไปยังประชากร หรือมีจุดอ่อนในด้านความตรงภายนอก เนื่องจากการสุ่ม ตัวอย่างโดยให้ดูลยพินิจของผู้วิจัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) จากการวิเคราะห์ห่อภิมานในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จึงเป็นวิธีที่สะดวกกว่า พบมากในงานวิจัยทางพยาบาล เนื่องจากผู้วิจัยสามารถเลือกตัวอย่างให้ เหมาะสมกับการวิจัยของตนเองได้วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการ วิเคราะห์ห่อภิมานในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 71.4) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง มักจะมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้ปราศจากความลำเอียงและเป็น การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แต่ในกรณีที่มีข้อจำกัดในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก็ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีสุ่ม

กล่าวคือ ผู้วิจัยอาจกำหนดว่าจะใช้กลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองและจะใช้กลุ่มใดเป็นกลุ่ม ควบคุมได้ อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะต้องมีความเท่าเทียมกันในด้าน ตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรตาม รวมทั้งคะแนนก่อนการ ทดลอง ซึ่งหากมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยวิธีการออกแบบแผนการวิจัย ให้ ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยวิธีการทางสถิติ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ห่อภิมานในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 21 – 40 คน (ร้อยละ 47.6) เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นแบบแผนเชิงกึ่ง ทดลอง ส่วนใหญ่จะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน ซึ่งถือว่าเป็นขนาดที่สามารถใช้สถิติ

ทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เพิ่มขึ้นระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่จะระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 71.4) การที่ผู้วิจัยจะระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบหรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา หากเป็นงานวิจัยในสาขาสังคมศาสตร์และสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แบบแผนการวิจัยเชิงพรรณนาหรือแบบบรรยาย และแบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง การระบุระดับนัยสำคัญของสมมติฐานที่ทดสอบโดยทั่วไปจะระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) แต่ส่วนใหญ่จะนิยมระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 มากกว่า ยกเว้นในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 ให้ระบุระดับนัยสำคัญที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ที่พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เลือกใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการวิจัยเชิงทดลองในทางการแพทย์ไม่จำเป็นจะต้องทดสอบสมมติฐานที่ระดับความเชื่อมั่นสูงเพราะส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่ไม่ได้ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองที่ต้องมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัด

เป็นที่น่าสังเกตว่ามีการวิจัยถึงร้อยละ 12.90 (วาสนา ธรรมสอน, 2550) ที่ไม่ได้มีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเอาไว้ล่วงหน้าแต่นำค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ได้ภายหลังจากการทดสอบแล้วมารายงานเป็นค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติของผลการวิจัย ซึ่งถ้ามีการทบทวนวรรณกรรมที่ลึกซึ้งและครบถ้วนผู้วิจัยน่าจะกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นการบ่งบอกถึงสมรรถนะในการทำวิจัย ในการทบทวนวรรณกรรมว่าครบถ้วนมากน้อยเพียงใดด้วยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 21 เรื่อง มีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 107 ชนิด ส่วนใหญ่เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 76.19) ซึ่งการที่เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลและวัดค่าตัวแปรนั้นจะต้องมีทั้งวิธีการหาค่าความตรง (Validity) และวิธีการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่มีความเหมาะสม

เนื่องจากเครื่องมือที่มีคุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความตรงและความเที่ยง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) จึงจะทำให้ค่าตัวแปรที่วัดได้มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริง แต่ก็พบว่าเครื่องมือวิจัยบางส่วนที่มีการตรวจสอบเฉพาะความตรงหรือความเที่ยงเพียงใดอย่างหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 23.8) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า มักจะเป็นเครื่องมือวิจัยที่มีผู้อื่นสร้างไว้ก่อนแล้ว มีการตรวจสอบและนำเสนอค่าคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้ว ในทางปฏิบัติเมื่อนำเครื่องมือเหล่านั้นมาใช้ ผู้วิจัยบางท่านจะไม่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความตรง ซึ่งในการนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยใหม่ทุกครั้งทั้งค่าความตรงและค่าความเที่ยง เนื่องจากความแตกต่างของเวลา สถานที่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้

ในการทำการวิจัย ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (ร้อยละ 53) ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงภาพรวมของเครื่องมือวิจัยในด้านของความครอบคลุม ครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหา ซึ่งการตรวจสอบความตรงด้วยวิธีการอื่น ๆ จะค่อนข้างยุ่งยาก โดยเฉพาะเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ที่ยังมีการสร้างมาตรฐานไว้น้อย

ดังนั้นรายงานการวิจัยทางการแพทย์จึงมักใช้วิธีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาเป็นส่วนใหญ่ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540) มีหลายงานวิจัยที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยแต่ไม่ได้ระบุถึงการตรวจสอบทั้งวิธีการหาค่าความตรงและวิธีการหาค่าความเที่ยง เพียงแต่รายงานเฉพาะค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยเท่านั้น ซึ่งแม้ที่จริงแล้วควรจะต้องรายงานทั้งการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยด้วยจึงจะสรุปได้ว่าเครื่องมือวิจัยนั้นมีคุณภาพเพียงพอต่อการแปลผลการวิจัยหรือไม่ จากการวิเคราะห์พบว่า มีการรายงานค่าความเที่ยงของเครื่องมือไว้ทั้งหมด 36 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.68 – 0.78 (ร้อยละ 42) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.96 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาใช้ในการวัดตัวแปรแล้วผลการวิจัยจะได้รับความเชื่อถือได้มาก ซึ่งเครื่องมือทั่ว ๆ ไป ควรมีค่าความเที่ยงในระดับ 0.8 ขึ้นไป แต่ถ้าเป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547) และมีการรายงานค่าความตรงของเครื่องมือวิจัยไว้เพียง 15 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 (ร้อยละ 53) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.91 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง พบมากที่สุด (52.4) ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที (ร้อยละ 52.4) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ประกอบกับจำนวนครั้งในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง (ร้อยละ 33.3) และความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ จะปฏิบัติทุก 1 -4 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 61.9) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป

จึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ นั้นค่อนข้างซับซ้อนมาก ต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมาก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงไม่มีเวลาที่จะมาเข้าร่วมทำการทดลองตามที่ผู้วิจัยจัดให้เพราะต้องไปทำงานเพื่อหารายได้ จึงมีโอกาสเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย ทำให้ความตรงภายในลดน้อยลงนอกจากนี้การที่ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมที่ยาวนาน และมีความซับซ้อนมาก รวมถึงผู้วิจัยบางรายต้องทำวิจัยร่วมกับทำงาน

ประจำไปด้วย ทำให้ผู้วิจัยจำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ ซึ่งย่อมส่งผลต่อความตรงภายในด้วยเช่นกันการเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพียง 1 และ 2 ครั้ง (ร้อยละ 28.6) ซึ่งทำให้การวัดผลของการทดลองขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ต่อไป

คุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 90.5) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.62 อาจเนื่องมาจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมระดับคุณภาพของงานวิจัยในทุกขั้นตอน รวมถึงยังมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ไม่ว่าจะเป็นการสอบหัวข้อวิทยานิพนธ์ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ซึ่งกระบวนการสอบต่าง ๆ นี้ ผู้วิจัยจะต้องมีความพร้อมในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ความรู้เชิงวิชาการที่เกี่ยวกับงานวิจัยนั้น ๆ

2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยมีทั้งหมด 21 เรื่อง สามารถนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 157 ค่า โดยค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 9.23 ค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ขนาดเล็กที่สุด เท่ากับ 0.00 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลพบว่าการทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์ ให้ผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพการนอนหลับมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่สูงที่สุดเท่ากับ 5.7 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ซึ่งการที่คนเรามีคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะทำให้มีความรู้สึกว่าได้นอนหลับอย่างเพียงพอ รู้สึกสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า ร่างกายได้มีการ สังเคราะห์โปรตีนเพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพที่เสื่อมถอย มีการสะสมพลังงานไว้ใช้ในการทำกิจกรรมหลังจากการตื่นนอนในตอนเช้าและสามารถปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการง่วงซึม (Fuller and Ayers, 1990: 355, อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544) ซึ่งร่างกายของคนเรานั้นมีความต้องการ การนอนหลับเพื่อพักผ่อนในระยะเวลาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน จึงจะทำให้มีสุขภาพที่ดี โดยทั่วไปความต้องการการนอนหลับเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมง แต่ความเป็นจริงไม่สามารถระบุจำนวนที่แน่นอนได้ บางคนเมื่อนอนเพียง 4 ชั่วโมงครั้งติดต่อกันก็อาจเพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (Hammer, 1991: 318, อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544)

3. เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัว

แปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และเรียงลำดับ (Ordinal scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน พบว่า คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ด้านระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .524$ ) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่ามีการใช้ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เก็บมากที่สุดอยู่ในช่วงระยะเวลา 1- 4 เดือน การที่ใช้เวลาเก็บนาน จึงทำให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มากกว่า

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางเดียวกันกับค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .173$ ) จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่าศึกษาในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 52.4 ซึ่งเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ลักษณะการนอนหลับแตกต่างกัน โดยเพศชายเกิดปัญหาการนอนหลับมากกว่าและเร็วกว่าเพศหญิง เนื่องจากประสิทธิภาพการนอนหลับของเพศชายจะเริ่มลดลงหลังอายุ 30 ปี ไปแล้ว และลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น (Kedas, Lux & Amadeo, 1989 cited in วรดิ รักษิม, 2548) และผู้สูงอายุเพศชายเมื่อตื่นขึ้นช่วงกลางคืนและต้องการหลับต่อจะต้องใช้เวลานานจึงจะสามารถหลับต่อได้ (วรรณภา, 2530; Redline et al., 2004) ในเพศชายมีเหตุรบกวนการนอนหลับมากกว่าเพศหญิง โดยธรรมชาติเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นต้นไป โดยความแตกต่างระหว่างเพศพบได้ชัดเจนในวัยกลางคน (Closs, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindberg และคณะ (1977) เกี่ยวกับความแปรปรวนการนอนในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าผู้หญิงสามารถนอนหลับได้นานกว่าผู้ชาย และรู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอนมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Weve (cited in Closs, 1988: 99) พบว่าเพศหญิงจะสามารถนอนหลับในระยะเวลาต่อเนื่องได้นานกว่าผู้ชาย แต่ในความเป็นจริงเพศหญิงมักจะบ่นถึงปัญหาการนอนหลับมากกว่าเพศชาย และกินยาช่วยให้หลับมากกว่าเพศชาย (Miller, 1999: 402 อ้างถึงใน พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544: 24) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Redeker, Tamberri and Howland, อ้างถึงใน กัลยา สรรพอุดม, 2546)

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับ ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยผู้วิจัย คุณภาพงานวิจัย และประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานวิจัยในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .560$ ) งานวิจัยทางการพยาบาลที่มี

คุณภาพ คืองานวิจัยที่มีทั้งความเที่ยงตรงภายใน (internal validity) และความเที่ยงตรงภายนอก (external validity) ทำให้สามารถนำความรู้จากการวิจัยมาขยายความและเป็นที่ยอมรับกว้างขวาง (เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์, 2549) เนื่องจากมีกระบวนการควบคุมแหล่งของความคลาดเคลื่อนต่างๆ จึงเป็นผลให้ความรู้ที่ได้มาน่าเชื่อถือ ผลของงานวิจัยสามารถตอบปัญหาหรือสมมติฐานของการวิจัยได้ตรงและครบถ้วน เมื่องานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ทำให้งานวิจัยนั้นมีความสามารถในการอนุมาน (deductive) คือการคิดเชิงเหตุผลด้วยการสรุปเป็นหลักการทั่วไปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์เฉพาะต่อไปได้

ดังนั้น เป้าหมายของการทำงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล คือ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ง่ายต่อการปฏิบัติ และง่ายต่อผู้ฝึกสอน ดังนั้นงานวิจัยที่ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลใดก็ตามควรยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และอธิบายว่างานนั้นมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพียงใด (Whittemore, and Grey, 2002: 119) ความรู้ที่ได้รับจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้สามารถยืนยันได้ถึงประโยชน์และปริมาณที่ชัดเจนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ จากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ (Evidence Base Practice) และเพิ่มความมั่นใจก่อนเลือกใช้ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อให้ได้รับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีที่สุด

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้นำการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการคิดรู้ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติพยาบาลแบบผสมผสาน และการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านสังคม ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มอื่น ๆ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการลดอาการของผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้า หรือเผยแพร่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่าง ๆ

3. ด้านการบริหาร ควรมีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยนำผลการวิจัยที่ได้รับในการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มาเป็นฐานข้อมูล ความรู้



### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ มีค่าความตรงภายในมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณให้มากขึ้นด้วย
2. การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านสังคมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ยังไม่มีผู้ใดนำมาศึกษา จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านนี้เพิ่มเติม
3. ผู้วิจัยควรพัฒนาเทคนิควิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะมีตัวแปรหลายตัว นักวิจัยจึงควรนำสถิติประเภทการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสำหรับการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่มาจากความสัมพันธ์ของตัวแปรหลายตัว เพื่ออธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรองไฉ อุณหสูติ, เพ็ญศรี ระเบียบ, ศิริอร ลินธู และศิริพร จิรวัดเนกุล. 2539. “การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ. 2527 – พ.ศ. 2536 โดยการวิเคราะห์เมต้า”. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2): 32 – 47.
- กรองไฉ อุณหสูตร. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมต้า. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2): 12-17.
- กัลยา สรรพอุดม. 2546. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมวิฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี. 2550. จริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย [Online]. แหล่งที่มา: [http://www.ncrct.net/downloads/020905append\\_07.pdf](http://www.ncrct.net/downloads/020905append_07.pdf) [ค้นวาคม 2550].
- จิริรัตน์ นวมะชิตี. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. 2543. Clinical practice guideline: การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- จิรพรรณ เจริญพร. 2549. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิฤติอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนกพร จิตปัญญา. 2543. มโนคติและการวัดการนอนหลับ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12(1): 1-9.
- ชัยรัตน์ นีรัตน์รัตน์. 2543. Overview. ใน ชัยรัตน์ นีรัตน์รัตน์ (บรรณาธิการ), ตำราการนอนกรนและกลุ่มอาการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น. หน้า 1-9. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ญาณิกา เวชยางกูล. 2544. ผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ณภัทรินทร์ พุฒศรี. 2548. ผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนไทชีต่อคุณภาพการนอนหลับและความผาสุกของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงใจ บุญนันทน์, เฟื่องฟ้า บุญยง และน้ำฝน อินทรเทศ. 2548. การนำผลงานวิจัยทางการแพทย์มาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต. งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ นะแสง. 2542. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: เคมการพิมพ์.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2545. การเชื่อมโยงองค์ความรู้จากงานวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย 15(3): 295 - 329.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. 2541. รายงานการวิจัย การสังเคราะห์งานวิจัยทางการแพทย์ศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- นवलสกุล แก้วลาข. 2545. การวิเคราะห์เมตาดาต้าเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัฐยา เพียรสูงเนิน. 2550. ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นำพิชญ์ ธรรมหิเวศน์. 2539. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกหักที่อยู่ในเครื่องดิ่งถ่วงกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญชู อนุศาสนนันท์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในห่อภิมาณศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. 2545. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ บุญเกิด. 2539. Sleep and sleep disorders. ใน ประกิจ วาทีสาชกกิจ, ปรีดา  
พั่วประดิษฐ์ และรัชตะ นาวิณ (บรรณาธิการ), ปัญหาและเรื่องน่ารู้ทางอายุรศาสตร์ 3.  
หน้า 172 – 230. กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญการพิมพ์.
- ปรีดา พั่วประดิษฐ์. 2542. ความสำคัญของการนอน. อนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ  
ศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา พั่วประดิษฐ์ ณ. เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิสริยาภรณ์  
วัดเทพศิรินทราวาส กรุงเทพมหานคร.
- กิริดี วัชรสิน. 2544. การวิเคราะห์อภิमानงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของ  
เด็ก: วิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลี วงษ์ม้วน. 2550. ผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะอารมณ์ผ่อนคลายของผู้ป่วย  
โรคหัวใจ และหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลัย แสงวิไลสาร. 2546. ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ต่อการนอน  
ไม่หลับในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตเวชวิทยาการให้  
คำปรึกษา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวพา ชูถึง. 2547. ผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุใน  
สถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุวดี แจ่มกั้งवाल. 2549. ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับใน  
ผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาระวาศนะเวศม์วิทยานิพนธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ร่มรัตน์ หลีสุข. 2549. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดจุดสะท้อนต่ออาการนอน  
ไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. 2549. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการ  
เดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วย  
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รุ่งระวี นาวิเจริญ. 2544. การนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (using research in nursing practice). วิทยาการพยาบาล 26(2): 121-129.
- วรรดี รักร่อม. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วาสนา ธรรมสอน. 2550. ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวัดย์ ศรีวรรณนท์. 2548. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิญญา ยิ้มยวน. 2547. การวิเคราะห์อภิมานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดวิจารณ์ญาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. การวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิวิมล วรรณทอง. 2549. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ ศิริเลิศ. 2543. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิต่อความเครียดและคุณภาพการนอนของวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ โพรสัตย์ และคณะ. 2545. คู่มือการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review). สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

- สินีนุช เสนิงศ์ ณ. อยุธยา. 2547. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิสา โพธิ์งาม. 2548. ผลของดนตรีต่อประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพร รุจิวรรณ. 2528. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลของการฝึกการผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกายและการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกิตา โกเมนไทย. 2546. ผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภารัตน์ สอนปะละ. 2547. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง. การค้นคว้าอิสระ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. 2544. การรักษาการนอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่เพียงพอ. คลินิก 17(1): 5 - 10.
- สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์. 2545. การวิเคราะห์เมตาดาต้าเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ คำก้อน. 2545. การวิเคราะห์เมตาดาต้าเกี่ยวกับการสอยผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรา นุตตะโร. 2546. ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินทร์ ใจสุนทร. 2542. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ในเขตภาคเหนือตอนบน โดยวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อวยพร นาคเพชร. 2550. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัดต่อความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร ทองอุไทย. 2527. การสังเคราะห์งานวิจัย: เชิงปริมาณ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: Author.
- Andrew, M., Angone, K. M., Cray, J. V., Lewis, J. A., and Johnson, P. H. 1999. Nurse's handbook of alternative & complementary therapies. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Beck, S. L. 1992. Measuring sleep. In Frank-Stromborg, M. (ed.). Instruments of clinical nursing Research. Norwalk: Jones & Bartlett.
- Bephage, G. 2005. Promoting quality sleep in older people: The nursing care role. British Journal of Nursing 14(40): 205 - 210.
- Brown, A. S. 1991. Measurement of Quality of Primary Studies for Meta - Analysis. Nursing Research 40(6): 352-355.
- Buysee, et al. 1992. Patterns of sleep episodes in young and elderly adults during a 36 - hour constant routine. Sleep 16(7): 632 - 637.
- Byers, J. F., and Smyth, K. A. 1997. Effect of a music intervention on noise annoyance, Heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients. American Journal of Critical Care 6: 183 - 191.
- Carpenito, L. J. 1997. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott.
- Carter, 1985. In need of a good night's sleep. Nursing time 81(46): 24-26.
- Cauter, E. V., Leproult, R., & Plat, L. 2000. Age - related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in health men. Journal of the American Medical Association 284(7): 861 - 868.

- Closs, J. 1988. Patients' sleep - wake rhythms in hospital: A review of methods. Journal of Advanced Nursing 13: 501 – 510.
- Cohen, F. L. 1997. Measuring sleep. In M. Frank – Stromborg, and S. J., Olsen (eds.). Instruments for Clinical health - care research. Boston: Jones and Bartlett.
- Cochran, C. 2003. Diagnose and Treat Primary Insomnia. Nurse Practitioner 28(9): 13-29.
- Cravan, R. F., and Hirnle, C. J. 2002. Fundamental of Nursing: Human Health and Function. Philadelphia: Lippincott.
- Diness- Kalinowski, C. M. 2002. Promoting sleep in the ICU. Nursing 32(2): 6-8.
- Diness-Kallinowski, C. M. 2002. Nature's nurse: Promoting sleep in ICU. Dimensions of Critical Care Nursing 21(1): 32-34.
- Dorociak, Y. 1990. Aspects of sleep. Nursing Tim 86( 51): 38-40.
- Dunn , C., Sleep, J., and Collet, D. 1995. Sensing an improvement: An experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage, and periods of rest in intensive care units. Journal of Advanced Nursing 21: 34-40.
- Edell-Gustapson, U. M., Gustavasson, G., and Yogman, U. P. 2003. Effects of sleep loss in menand women with insufficient sleep suffering from chronic disease: A model for supportive nursing care. International Journal of Nursing Practice 9: 49-59.
- Edwards, G. B., and Schuring, L. M. 1993. Sleep Protocol : a research based practice change. Critical Care Nurse 13(2): 84-88.
- Elliott, A. 2001. Primary care assessment and management of sleep disorders. Journal American Academic Nurse Practional 13: 409-420.
- Ersser, et al. 1999. The Sleep of older people in hospital and nursing home. Journal of Clinical Nursing 8: 360-368.
- Evan, J. C., and French, D. G. 1995. Sleep and treating intensive care setting. Dimensions of Critical Care Nursing 14(4): 189-199.
- Evans , D. B., and Rogers, A. E. 1994. 24-Hour sleep-wake patterns in healthy elderly persons. Applied Nursing Research 7(2): 75-83.
- Glass, G. V. 1976. Primary, secondary and meta – analysis of research. Educational Research 5: 3 – 8.



- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1981. Meta – analysis in social research. Beverly Hills: Sage Publication.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1987. Meta – analysis in social research. California: Sage.
- Gordon, M. 1994. Nursing diagnosis : process and application. St. Louis : Mosby.
- Greenblett, D. J. 1978. Drug Therapy of Insomnia. Massachusetts: PSG Publishing.
- Hammer, B. 1991. Sleep patterns disturbance. California: Addison- Wesley.
- Hanucharurnkul ket al. 2001. An integrative review and Meta analysis of self care research in Thailand 1988-1999. Thai journal of Nursing Research 5(2): 119-132.
- Hodgson, L. A. 1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. Journal of Advance Nursing 16: 1503-1506.
- Honkus, V. L. 2003. Sleep deprivation in critical care units. Critical Care Nursing 26(3): 179-189.
- Hunter, J. E., and Schmidt, F. L. 1990. Method of Meta – Analysis. California: Sage.
- Hymay, et al. 1989. “The effect of Relaxation training on clinical symptoms: A meta - analysis”. Nursing Research 38(4): 216 – 220.
- Kozier, B., Erb, G., Berma, A. J., and Burke, K. 2000. Fundamental of nursing: Concept, Process and practice. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kryger, M. H., Roth. T., and Dement, W. 2000. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kulik, J. A., and Kulik, C. C. 1989. Meta – analysis in education. International Journal of Educational Research 13: 223 – 240.
- 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.
- Lee, K. A. 2003. Impaired sleep. In Carrieri, V., Lindsey, A. M., and West, C. M. (eds.), Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- McCloskey, C. J. and Bulechek, G. M. 1999. Nursing Intervention Classification (NIC). St. Louis: Mosby.

- Metz, M. E., and Bunnell, D. E. 1990. Napping and sleep disturbances in the elderly. Family Practice Research Journal 10: 47-56.
- Montgomery, P., and Denis, J. 2004. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. Sleep Medicine Reviews 8(1): 47-62.
- Morin, C. M., Mimeault, V., and Gagne, A. 1999. Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. Journal of Psychoaomatic Research 46(2):103-116.
- Morton , P. G. 1993. Health assessment in nursing. St. Louis: Springhouse.
- Mullen, B. 1989. Advance BASIC Meta-Analysis. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Munson. B. L. 2000. Myths and facts: About sleep deprivation. Nursing 30(7): 77.
- Murray, M. E., and Atkinson, L. D. 1994. Understanding the nursing process: The next generation. New York: McGraw Hill.
- Nicolas, A., et al. 2008. Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. Nursing in Critical Care 13(1) : 31.
- Nordhus, I. H., Vandenbos, G. R., Berg, S., and Fromholt, P. 1998. Clinical Geropsychology. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norman, K. L. 2001. Psychotropic drugs. Missouri: Mosby.
- Perry, A. G., and Potter, P. A. 2002. Clinical nursing skills & techniques. St. Louis: Mosby.
- Peters,R. M. 1999. “The effectiveness of therapeutic touch: A meta – analytic review”. Nursing Science Quarterly 12(1): 52– 61.
- Polit, D.F., and Beck, C. T. 2004. Nursing Research : Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 1999. Basic nursing: A critical thinking approach. St. Louis: Mosby
- Reimer, M. 1997. Sleep and Sensory Disorders. In Joyce, M. B., and Matassarini-Jacobs, E. (eds.), Medical – Surgical Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Russo, M. B. 2002. Normal Sleep, Sleep Physiology and Sleep Deprivation: General Principle[online]. Available from: <http://www.Emedicine.com/neuro/topic444.htm>. [2008, April 24].

- Russo, M. B. 2004. Normal sleep, sleep physiology, and sleep deprivation: General Principles [online]. Available from: <http://www.e-medicine.com> [2008, June 2].
- Seller, R. H. 1993. Differential Diagnosis of Common Complaints. Pennsylvania: W.B. Saunders Company.
- Shneerson, J. M. 2000. Handbook of sleep medicine. United Kingdom : Blackwell Science.
- Siegel, J. M. 2000. Brainstem mechanisms generating REM Sleep. In Kryger, M. H. , Roth, T. & Dement, W. C. (eds.), Principle and practice of sleep medicine. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Slavin, R. E. 1987. Best-evidence synthesis: why less is more. Educational Research 16: 15-16.
- Snyder, M. 1992. Independent Nursing Interventions. New York: Delmar.
- Stetler et al. 1998. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. JONA 38(7-8): 45-53.
- Snyder, M., and Lindquist, R. 1998. Complementary/alternative therapies in nursing. New York: Springer.
- Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., and Stacy, K. M. 1998. Critical care nursing: Diagnosis and management. Philadelphia: Mosby.
- Titler, M. G., and Kleiber, C. 1998. Evidence-based practice and the revised Iowa model. Des Moines Iowa: University of Iowa Health Center.
- Wallace, C. J., Robin, J., Alvord, L. S., and Walker, J. M. 1999. The effect of earplug on sleepmeasures during exposure to stimulated intensive care unit noise. American Journal of Critical Care 8(4): 210-219.
- Williamson, S. N. 2002. Sleep Deprivation in Patients in Critical Care Unit. The Nursing journal of India 12: 267-270.
- World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Switzerland: World Health Organization.
- Wolf, F. M. 1986. Meta – Analysis Quantitative Methods for Research Synthesis. Beverly Hills: Sage.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

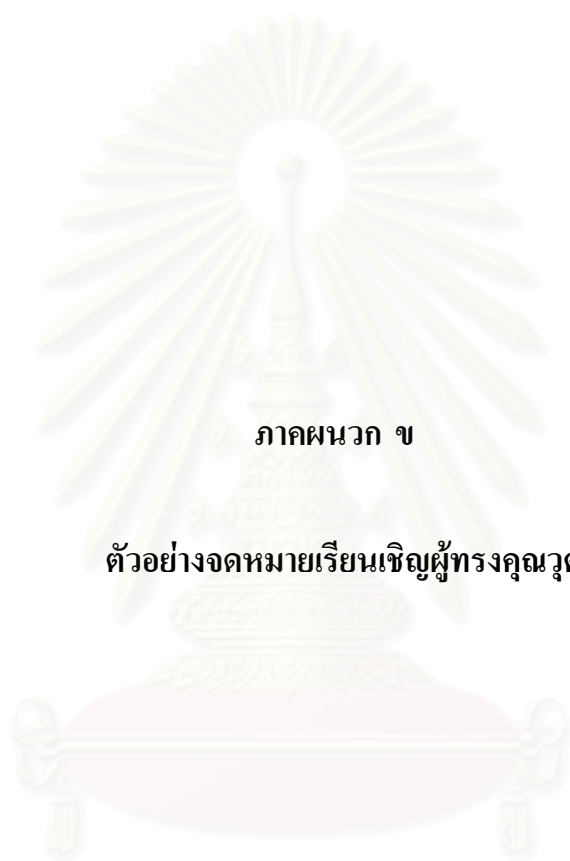
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- |                                                 |                                                                   |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์พัฒน์ คุ่มทวีพร                | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ     | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                   |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี     | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                   |
| 5. พันตำรวจโทหญิงจรีรัตน์ นวมะชิตี              | พยาบาล (สบ 3)<br>โรงพยาบาลตำรวจ                                   |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0318  
มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาน ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ พัสมนต์ คุ้มทวีพร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์พัสมนต์ คุ้มทวีพร

และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-913



ชื่อนิติ

นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ โทร 08-3698-4472

ที่ ศธ. 0512.11/0138

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 มกราคม 2552

เรื่อง ขอรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

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

เนื่องด้วย นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ นิตินชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห็อกกีมาน ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

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

คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิติ

นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ โทร 08-3698-4472

ที่ ศร. 0512.11/0138

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 มกราคม 2552

เรื่อง ขอรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

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

เนื่องด้วย นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห็อกกีมาน ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

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

คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ โทร 08-3698-4472

ที่ ศร. 0512.11/0138

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

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

เนื่องด้วย นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย : การวิเคราะห์ห่อภิฆ�มาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโทหญิง จีรรัตน์ นวมะชิตี พยาบาล (สบ 3) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)  
คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ โทร 08-3698-4472



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่ 

วัน เดือน ปี .....

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวัย  
ผู้ใหญ่ในประเทศไทย

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่องานวิจัย

.....

2. ชื่อผู้วิจัย .....

3. ประเภทของงานวิจัย

(1) วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต

(2) วิทยานิพนธ์ระดับคุณวุฒิบัณฑิต

(3) รายงานการวิจัย

.....

4. สถาบันที่ผลิตงานวิจัย .....

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

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

(1) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design)

(2) การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- experimental design)

(3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

(1) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design)

(2) การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- experimental design)

(3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

2. กรอบแนวคิด

(1) มี ระบุ .....

(2) ไม่ระบุกรอบแนวคิด

3. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

(1) ..... แนวคิดที่ใช้.....

(2) ..... แนวคิดที่ใช้.....

(3) ..... แนวคิดที่ใช้.....

4. ตัวแปรตามที่ศึกษา

(1) ..... แนวคิดที่ใช้.....

(2) ..... แนวคิดที่ใช้.....

(3) ..... แนวคิดที่ใช้.....

(4) ..... แนวคิดที่ใช้.....

5. ....

17. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

(1) Paired t-test

(2) Independent t-test

(3)  $\chi^2$ - test

(4) ANOVA

(5) ANCOVA

(6) The Wilcoxon Test

(7) The Mann-Whitney U Test

(8) อื่น ๆ .....

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. ลักษณะของปฏิบัติการพยาบาล

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด

(1) การสอน

(2) การให้ข้อมูล / คำแนะนำ

(3) การทำสมาธิ

(4).....

(5).....

(6).....

(7) .....

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม

(1) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

(2) การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

(3) การสวดมนต์ (4) อื่น ๆ .....

3. การปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว

1) การออกกำลังกาย (2) นาฏกรรมบำบัด  
3) การฝึกหายใจ (4) อื่น ๆ .....

4. การปฏิบัติกรพยาบาลแบบผสมผสาน

(1) การให้ข้อมูลและใช้ดนตรี  
(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการออกกำลังกาย  
(3) การให้ข้อมูลร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงเก้  
(4) การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน  
(6).....  
(7).....  
(8)อื่นๆ.....

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 ระยะเวลาทำการทดลอง (ต่อครั้ง) .....นาทึ / ชั่วโมง  
จำนวน ..... ครั้ง ความถี่ .....ครั้ง ต่อ .....วัน / สัปดาห์/ เดือน  
2.2 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง ..... วัน / สัปดาห์/ เดือน  
(ตั้งแต่เริ่มโครงการจนเก็บข้อมูลครั้งสุดท้าย)  
2.3 จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังให้การทดลอง .....ครั้ง  
แต่ละครั้งห่างกัน.....วัน/สัปดาห์/เดือน

3. ประเภทของสื่อที่นำมาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

3.1 แผ่นพับ คู่มือ เสียงดนตรี  
3.2 แผ่นพับ ภาพ คู่มือ การนวดกดจุดสะท้อน  
3.3 .....  
3.4 .....  
3.5 .....  
4.2 อื่นๆ.....

4.ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ผู้วิจัย ..... คน  
(2) ผู้วิจัย ..... คน และผู้ช่วยวิจัย ..... คน

5.การปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

.....

**แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย  
วัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย**

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

**ความหมายของการประเมิน**

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



### เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

4 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน มีแนวคิด / ทฤษฎี และเหตุผลมาสนับสนุนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย โดยนำเสนออย่างเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน

3 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจนมีแนวคิด / ทฤษฎีและเหตุผลมาสนับสนุนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย แต่รูปแบบการเขียนไม่กระชับ

2 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา มีแนวคิด / ทฤษฎีและเหตุผลสนับสนุนแต่ไม่ครอบคลุม

1 หมายถึง มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา แต่ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัยหรือไม่ระบุให้เห็นถึงประเด็นและความสำคัญในการทำวิจัย

0 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

#### 2. วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

4 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

3 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย แต่ไม่ชัดเจน

2 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยมีความชัดเจน แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

1 หมายถึง วัตถุประสงค์การวิจัยไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

0 หมายถึง ไม่มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

3. ....

4. ....

#### 20. นำผลการวิจัยมาใช้กำหนดข้อเสนอแนะในการวิจัย

4 หมายถึง มีการสรุปผลของจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านนโยบาย การปฏิบัติการและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

3 หมายถึง มีการสรุปผลของจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านนโยบายและการปฏิบัติการ

2 หมายถึง มีการสรุปผลของจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะครอบคลุมด้านนโยบายและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1 หมายถึง มีการสรุปผลจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมด้านการปฏิบัติและการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

0 หมายถึง ไม่มีการสรุปผลจากการอภิปรายผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะในการวิจัย / เขียนข้อเสนอแนะที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย



ภาคผนวก ง

รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

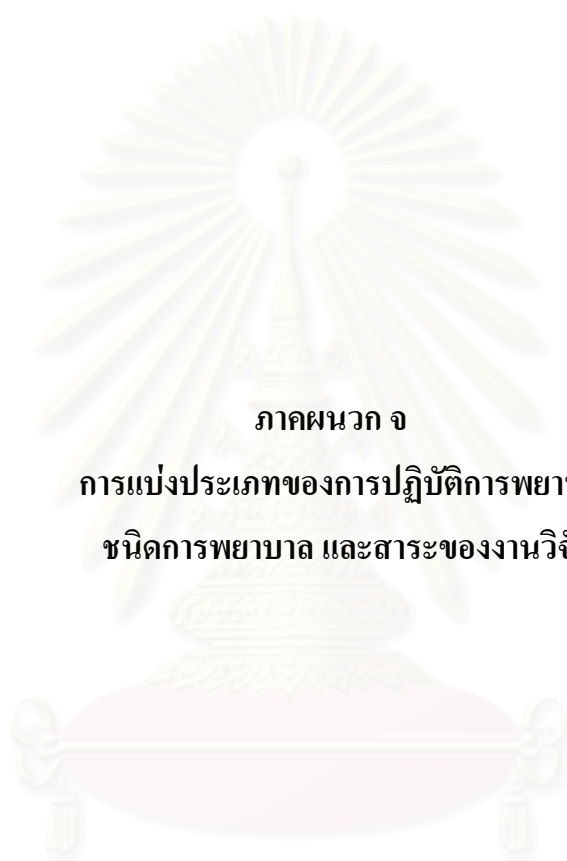
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิงงานวิจัยในประเทศไทย

- กัลยา สรรพอุดม. 2546. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริพรณ เจริญพร. 2549. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญานิกา เวชยางกุล. 2544. ผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณภัทรินทร์ พุฒศรี. 2548. ผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนไทชีต่อคุณภาพการนอนหลับและความผาสุกของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นำพิชญ์ ธรรมหิเวศน์. 2539. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดึงถ่วงกระดูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย. 2546. ผลของการรำไทเก๊กต่อการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรียาภรณ์ สองสร. 2551. ผลของการนวดแผนไทยต่อรูปแบบการนอนหลับ: ศึกษาโดยวิธี Polysomnography. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิณธร ปรัชญานุสรณ์. 2548. ผลของนาฏกรรมบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตเวชศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลี วงษ์มัน. 2550. ผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะการผ่อนคลายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลัย แสงวิไลสาร. 2546. ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. เขาวงกต ชูติง. 2547. ผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถาน

สงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยสงขลานครินทร์.

- ยุวดี แจ่มกั้งवाल. 2549. ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวสาณะเวศม์วิทยานิพนธ์. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ร่มรัตน์ หลี่สุข. 2549. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณีกร ใจคำสืบ. 2549. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออก กำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ เคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิวิมล วรรณทอง. 2549. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- ศิริเพ็ญ วาณิชานันท์. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอน หลับของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ ศิริเลิศ. 2543. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิต่อความเครียดและ คุณภาพการนอนของวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- สุพร รุจิวรรณ. 2528. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลของการฝึกการผ่อนคลายความเครียดแบบ จิตคลุมกายและการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- สุนิสา โพธิ์งาม. 2548. ผลของคนตรีต่อประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอ ผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- สุกิดา โกเมนไทย. 2546. ผลของคนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- อวยพร นาคเพชร. 2550. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัดต่อความปวด และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคีตตริงกระดูกขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ภาคผนวก จ

การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

ชนิดการพยาบาล และสาระของงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ตารางแสดงสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ค่าขนาดอิทธิพล(d)
<p>กัลยา สรรพอุดม. (2546). ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมวิกฤติ</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การให้ข้อมูลและใช้ดนตรี)</p>	<p>- กิจกรรมดนตรีบำบัด ซึ่งจัดกิจกรรมตามหลักการของ Watkins(1997) โดยผู้วิจัยเริ่มให้ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติฟังดนตรีในเช้าวันแรกภายหลังจากผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ โดยดนตรีที่ให้ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติฟังมีลักษณะเป็นเสียงเพลงบรรเลงไม่มีเนื้อร้อง ประกอบกับเสียงจากธรรมชาติ ได้แก่ เสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม และเสียงนกร้อง บรรเลงต่อเนื่องกัน ด้วยทำนองช้าและคงที่โดยมีจังหวะอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาที และระดับเสียงสูงปานกลาง ฟังดนตรีนานครั้งละ 30 นาที ทุก 4 ชั่วโมง เฉพาะช่วงกลางวัน เป็นเวลา 2 วัน โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติฟังดนตรีเป็นรายบุคคล จากเทปบันทึกเสียงที่บันทึกต่อเนื่องผ่านหูฟังที่ต่อจากเครื่องเล่นเทปบันทึกเสียง- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม</p>	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d = 1.46</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ค่าขนาดอิทธิพล(d)
		<p>ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้หลักการของAuerbarch and Martelli (1983) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1.ระยะก่อนการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ โดยเริ่มให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย</p> <p>ศัลยกรรมระยะวิกฤติเกี่ยวกับเรื่อง ลักษณะและการใช้งานชิ้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ</p> <p>สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหออภิบาลผู้ป่วย</p> <p>ศัลยกรรมระยะวิกฤติ การให้การพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติของพยาบาลและการเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบแผ่นภาพ ตามแผนการให้ข้อมูลก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย</p> <p>ศัลยกรรมระยะวิกฤติและแจกคู่มือการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง โดยเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ค่าขนาดอิทธิพล(d)
		<p>ใช้เวลา 30-45 นาที 2. ระยะหลังการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ โดยผู้วิจัยเริ่มให้ข้อมูลในเช้าวันแรกหลังจากผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติเกี่ยวกับเรื่อง วัน เวลาวันที่ เดือน ปี และสภาพอากาศภายนอกหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ โดยเป็นการให้ข้อมูลด้วยการบอกแก่ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติเป็นรายบุคคล ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>- กิจกรรมดนตรีบำบัด ซึ่งจัด กิจกรรมตามหลักการของWatkins(1997) โดยผู้วิจัยเริ่มให้ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติฟังดนตรีในเช้าวันแรกหลังจากผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ โดยดนตรีที่ให้ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติฟังมีลักษณะเป็นเสียงเพลงบรรเลงไม่มีเนื้อร้อง ประกอบกับเสียงจากธรรมชาติ ได้แก่ เสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม และเสียงนกร้อง</p>	



ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์/ค่าขนาดอิทธิพล(d)
		<p>บรรเลงต่อเนื่องกัน ด้วยทำนองช้าและคงที่โดยมีจังหวะอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาที และระดับเสียงสูงปานกลาง ฟังดนตรีนานครั้งละ 30 นาที ทุก 4 ชั่วโมง เฉพาะช่วงกลางวัน เป็นเวลา 2 วัน โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยคัดลอกกรรมระยะวิกฤติฟังดนตรีเป็นรายบุคคล จากเทปบันทึกเสียงที่บ้านที่ต่อเนื่องผ่านหูฟังที่ต่อจากเครื่องเล่นเทปบันทึกเสียง</p>	
<p>จริพรธณ เจริญพร. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน)</p>	<p>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญและผู้ป่วยใช้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพของเตียงและห้องผู้ป่วย ภาพการณ์เจ็บป่วย แนวทางการรักษา การทำหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้การพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์และการเข้าเยี่ยม ของญาติ แนวทางและผลของการควบคุมสิ่งแวดล้อม</p>	<p>- ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวน d = 0.43 d = 0.44 d = 1.29 d = 1.76</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>ด้วยตนเอง ข้อมูลเรื่องวัน เวลา วันที่ เดือน ปี และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และจัดทำคู่มือ เรื่อง “ การควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง”</p> <p>นอกจากนั้นยังจัดทำเพิ่มภาพถ่าย ซึ่งเป็นภาพถ่ายสถานที่และอุปกรณ์จริงที่ผู้ป่วยจะต้องพบเห็นขณะผู้ป่วยวิกฤตอายุ-รกรรมการนวดกดจุดสะท้อน</p> <p>หลักการนวดกดจุดสะท้อนใช้แบบการนวดเท้าเพื่อสุขภาพซึ่งมีการนวดกดจุด 26 จุดบนฝ่าเท้าของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ะทำการนวด โดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมและสอบได้วุฒิบัตรจากสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้</p> <p>น้ำมันหล่อลื่นซึ่งผสมจากน้ำมันงา 30 มิลลิลิตร ผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender 0.9 มิลลิลิตร (พิมพา ติลาพรพิสิฐ, 2547: 62) ใช้ระยะเวลา 30 นาที</p>	<p>- ศึกษาการนอนหลับมิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับ</p> <p>d = 0.32</p> <p>d = 0.59</p> <p>d = 1.63</p> <p>d = 2.48</p> <p>- ศึกษามิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน</p> <p>d = 0.39</p> <p>d = 1.21</p> <p>d = 0.91</p> <p>d = 2.26</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>ญาณิกา เวชยางกูร. (2545). ผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว ( การผ่อนคลาย)</p>	<p>- การใช้วิธีการผ่อนคลาย Benson,s Respiratory One Method ด้วยการเปิดเทปบันทึกเสียงและฟังด้วยหูฟัง โดยเริ่มจากการหายใจให้เป็นธรรมชาติ และคิดคำนึงถึงความรู้สึกเบาสบายผ่านไปทีกล้ามเนื้อของร่างกาย เริ่มตั้งแต่ศีรษะไปจนถึงปลายเท้า แล้วเพิ่มความสนใจทั้งหมดอยู่กับการหายใจ โดยในขณะที่หายใจออกทุกครั้งให้พูดคำว่า “ หนึ่ง” ในใจ ปฏิบัติไปเรื่อยๆใช้เวลาประมาณ 15 นาที</p>	<p>- ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาจากเข้านอนจนถึงตื่น d = 1.36 ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมด d = 0.42 ประสิทธิภาพการนอนหลับ d = 1.58 ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดแบบ NREM d = 0.46 เปอร์เซ็นต์ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละขั้น -ตื่น d = 1.55 -NREM 1 d=0.53 -NREM 2 d=1.27 - NREM 3 d=0.92 -ระยะเวลาที่ตื่นหลังจากนอนหลับ(WASO) d = 1.89 -ครรชนีการตื่นตัวเป็นจำนวนครั้งต่อชั่วโมง d=0.97</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>ฉันทรินทร์ พุฒศรี. (2548). ผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนไทชีต่อคุณภาพการนอนหลับและความผาสุกของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว ( การออกกำลังกาย)</p>	<p>- โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยวิธีการรำมวยจีนไทชี 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การปรับสภาพร่างกายด้วยวิธีการบริหารใจข้อ 25 ท่า ซึ่งใช้เวลา 7 นาที ตามด้วยการรำมวยจีนไทชี (ไทเก๊ก) 18 ท่า ชุดที่ 1 (วิบูลย์, 2539; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542; หลิน ไช้วเถิน, 2542) ใช้เวลา 15 นาที รวมระยะเวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 22 นาที ซึ่งต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากเป็นความถี่ที่ทำให้เกิดประโยชน์จากการออกกำลังกายได้(สุทธิชัย, 2544; ACSM, 1995)</p>	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ  <math>d = 0.2, 0.4, 0.53, 0.72, 0.61, 0.82</math>                      ศึกษาจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้  <math>d = 0.44, 0.32</math>                      ศึกษาประสิทธิภาพการนอนหลับ  <math>d = 0.57</math>                      ศึกษาคะแนนการรบกวนการนอนหลับ  <math>d = 0.21</math>                      ศึกษาคะแนนการใช้ยานอนหลับ  <math>d = 0.84</math></p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>นำพิชญ์ ธรรมิเวศน์. (2539). ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดัดถ่วงกระดูก</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านความรู้และความคิด (การผ่อนคลาย)</p>	<p>- ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนจนทั่วร่างกาย ตามคำแนะนำให้ปฏิบัติตามขณะที่ฟังเทปอยู่ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายสงบและสบาย ปราศจากความตึงเครียด โดยให้กำหนดความคิด ความรู้สึกหรือจิตสัมผัสอยู่ที่อวัยวะของร่างกาย เริ่มจากใบหน้า รอบๆ ดวงตา ขากรรไกร คอ ไหล่ จนกระทั่งทุกๆ ส่วนของร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลาย มีผลให้เริ่มต้นหลับได้เร็วขึ้น เพราะระหว่างการผ่อนคลาย ทำให้ความวิตกกังวล และความเจ็บปวดลดลง รู้สึกไม่สบายไม่เครียด ทำให้หลับได้ดี ไม่สะดุ้งตื่นง่าย หากตื่นระหว่างการนอนหลับก็สามารถหลับต่อได้ง่ายอย่างต่อเนื่อง หลับต่อได้ระยะยาวนานขึ้น เมื่อตื่นนอนตอนเช้าจะรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า มีความรู้สึกว่าได้นอนหลับเพียงพอกับที่ต้องการช่วยให้มีสุขภาพดีได้เร็วขึ้น เพื่อให้การผ่อนคลายมีผลต่อการนอนหลับได้ดีขึ้น ควรจะทำตัวปล่อยตามสบาย ปฏิบัติตามคำแนะนำจากเทปแล้วเกิดผ่อนคลายขึ้นอย่าพยายามฝืนทำให้ผ่อนคลาย เพราะจะทำให้ตึงเครียดมากขึ้น แทนที่จะรู้สึกสงบ สบาย และหลับได้ดี</p>	<p>ความพึงพอใจในการหลับ d = 0.41</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>พิณธร ปรัชญานุสรณ์. (2548). ผลของนาฏกรรมบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว (นาฏกรรมบำบัด)</p>	<p>กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมนาฏกรรมบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 18 ครั้ง วิธีดำเนินการ</p> <p><u>กิจกรรมครั้งที่ 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้บำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กำหนดการและรายละเอียดของกิจกรรมนาฏกรรมบำบัดตกลงเรื่องระเบียบ กติกา ข้อตกลงของกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</li> <li>2. แนะนำตัวโดยให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง รวมทั้งผู้บำบัดด้วย โดยการใช้ร่างกายเคลื่อนไหวบอกชื่อ และอาชีพในอดีตของตนเองโดยการแสดงท่าทาง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที</li> <li>3. ฝึกการรับรู้จังหวะเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่อไป ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</li> <li>4. ฝึกเพลงที่ใช้ในการเปิด-ปิดกลุ่ม เพื่อความพร้อมเพียงในการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</li> </ol>	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d = 1.19, 1.23, 1.81</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการ ปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>กิจกรรมครั้งที่ 2 -18 ทักษะการเคลื่อนไหว (กิจกรรม ครั้งละ 1 ชั่วโมง)</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดกลุ่ม ร้องเพลงสวัสดิ์พกัน โดยมีผู้บําบัด เป่าเมโลเดียนประกอบ และการอบอุ่นร่างกาย (warm up) ประกอบกับการเปิดเพลง Morning from Peer Gynt Suite No .1 Op. 46 (Grieg) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</li> <li>2. การเคลื่อนไหวที่สร้างสรรค์ ผู้บําบัดฝึกการ เคลื่อนไหวร่างกาย ตามหัวข้อในแต่ละครั้งเป็นการทำ เดี่ยว ทำคู่ และกลุ่ม ให้สมาชิกในกลุ่ม ได้เรียนรู้ท่าทาง ของกันและกันและนำท่าทางมาต่อเนื่องกันเป็นชุดการ เต้น ในจังหวะที่หลากหลายช้า เร็ว เสียงดัง เบา การ เคลื่อนไหวที่ยืดยาว หรือหดสั้น การทำท่าทางที่ใหญ่ หรือเล็ก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที</li> </ol>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>3. Cool down และการผ่อนคลาย (relaxation) โดยยกแขนขึ้นลงหายใจเข้าออก และให้นั่งหลับตาในท่าที่สบาย ร่วมกับการหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ พร้อมกับเปิดเพลงดนตรีผ่อนคลาย (Soothing Music) เพลง Traumeri (Schumann) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p> <p>4. การสรุปกิจกรรมประโยชน์ที่ได้รับ ปิดกลุ่มร้องเพลงสวัสดีนอนหลับ โดยมีผู้บำบัดเป่าเมโลเดียนประกอบใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p>	
<p>มาลัย แสงวิไลสาธ. (2546). ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ.</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การทำสมาธิ)</p>	<p>- ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ดำเนินการฝึกโดยโดยนิมนต์ พระสงฆ์ มาเป็นวิทยากรในการปฐมนิเทศครั้งที่ 1 และนำฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (รวมทั้งหมด 4 ครั้ง) นอกจากนี้ผู้วิจัยเป็นนำฝึกเอง 26 ครั้ง วันละ 30 นาที- 1 ชั่วโมง ตามตารางการฝึกและบันทึก และให้ฝึกก่อนนอน อีก 1 ครั้ง</p> <p>- ได้รับการสวดมนต์บทชินบัญชร โดยมีคู่มือการสวดและเทปบทสวดชินบัญชร บทสวดในเทปมี 9 รอบ รอบละ 5 นาที ฝึกสวดเป็นเวลา 30 วัน วันละ 30 นาที-1 ชั่วโมง และให้สวดก่อนนอน ตามตารางการฝึก</p>	<p>ศึกษาการนอนไม่หลับ d = 0, 0.15, 7.46, 7.46 , 8.84, 9.23</p>



ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยายาม	ชนิดของการปฏิบัติกรพยายาม	ผลลัพธ์
<p>ยูวดี แจ่มกังวาน. (2549). ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์</p>	<p>การปฏิบัติกรพยายามด้านการรู้และความคิด ( การทำสมาธิ )</p>	<p>การฝึกสมาธิ,การฟังดนตรีบรรเลงและการฝึกสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง เพลงที่ใช้การบรรเลง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Journey (On the earth)</li> <li>2. Catummaharajika (1<sup>st</sup> Heaven)</li> <li>3. Tavatimsa (2<sup>nd</sup> Heaven)</li> <li>4. Yama( 3<sup>rd</sup> Heaven)</li> <li>5. Tusita (4<sup>th</sup> Heaven)</li> </ol> <p>โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที รวม 6 สัปดาห์</p>	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d = 2.5, 2.06, 1.9</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>ร่มรัตน์ หลีสุข. (2549). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับอาการเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p>	<p>การปฏิบัติการแบบผสมผสาน (การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน)</p>	<p>- ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ทราบถึงโรคไตเรื้อรัง ขั้นตอนการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการรักษา 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกรู้สึก (Sensory) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลาที่เกิด 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการเจ็บป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างรับการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูล</p>	<p>- ศึกษาอาการนอนไม่หลับ d = 3.39 - ศึกษาอาการเหนื่อยล้า d = 1.95 - ศึกษาภาวะซึมเศร้า d = 3.29</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>เกี่ยวกับความหมายของอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกรบกวนจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็น การเพิ่มพลังอำนาจ (Tsay and Hung, 2004) ช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้(Lazarus and Flokman, 1984)ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อม</p> <p>- ทำการนวดกดจุดสะท้อนตามแบบการนวดเท้า (30นาที)เพื่อสุขภาพของสถาบันแพทย์แผนไทย</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพื่อคุณภาพแพทย์เจริญ และคณะ, 2548) โดยเริ่มจากการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการนวด 5 นาที เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย หลังการนวดประมาณ 5 นาที ประเมินสัญญาณชีพ	
รัชนีกร ใจคำสีบ. (2549). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	.การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการออกกำลังกาย )	- การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธีคือ 1) การสอน โดยให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจครอบคลุมเนื้อเกี่ยวกับการให้เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จากอาการข้างเคียงและการเดินออกกำลังกายรวมถึงให้คู่มือโรคมะเร็ง เคมีบำบัดและคู่มือการเดินเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้กลับไปอ่านบททวนและปฏิบัติต่ที่บ้าน	ศึกษาอาการเหนื่อยล้า d =1.68 ศึกษาอาการนอนไม่หลับ d =2.37 ศึกษาความวิตกกังวล d =1.14

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>2) การชี้แนะวิธีการดูแลตนเองในขณะที่รับเคมีบำบัด โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา</p> <p>3) การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยตามสถานการณ์ ชมเชยให้กำลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที)</p> <p>- การเดินออกกำลังกาย สาสิตและฝึกทักษะการเดินให้กับผู้ป่วยเริ่มด้วยสาสิตและฝึกทักษะการเดินให้กับผู้ป่วยเริ่มด้วยระดับความหนักเบาต่ำถึงปานกลาง ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ใช้เวลา 30-40 นาที)</p> <p>ระยะ1 ระยะอบอุ่นร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อและเอ็น ประกอบด้วยการยืดเหยียดทั้งหมด 8 ท่า (ใช้เวลา 5 นาที)</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>ระยะ 2 ระยะเดินออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยเริ่มเดินอย่างช้าๆ ด้วยความเร็วสม่ำเสมอ เมื่อออกกำลังกายได้ระยะหนึ่งแล้วเพิ่มความเริ่มในการเดินขึ้นทีละน้อย เพิ่มเวลาในการเดินเป็น 30 นาที</p> <p>ระยะ 3 ระยะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยปรับสภาพร่างกายภายหลังให้เข้าสู่ภาวะปกติ ใช้ทำการยืดเหยียดเช่นเดียวกับระยะการอบอุ่นร่างกาย เพื่อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (ใช้เวลา 5 นาที) และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจ (Tsay and Hung, 2004) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และ</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>ประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้(Lazarus and Flokman, 1984)ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้ และเลือกวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า</p> <p>- ทำการนวดกดจุดสะท้อนตามแบบการนวดเท้า (30นาที)เพื่อสุขภาพของสถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญนภา ทพยั เจริญ และคณะ, 2548) โดยเริ่มจากการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการนวด 5 นาที เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย หลังการนวดประมาณ 5 นาที ประเมินสัญญาณชีพ</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ	การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม)	-ให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนอนหลับ นำภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงจากภาวะการนอนไม่หลับให้ผู้สูงอายุดู และภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงให้ผู้สูงอายุดูเปรียบเทียบ บรรยายเรื่องการนอนหลับในผู้สูงอายุ, การนอนหลับกับสุขภาพ ทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ครอบครัว และสังคม, ปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับ	ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ $d = 4.12$ ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ $d = 1.2$



ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>อวยพร นาคเพชร. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัดต่อความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การให้ข้อมูลและใช้ดนตรี)</p>	<p>- การให้ข้อมูลทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก (บุคลากร ประจำหอผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลประจำวัน สภาพแวดล้อม พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดกระดูกหัก, ของความปวด, วิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด, สภาพแวดล้อมและวิธีปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด, วิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ,การฟื้นฟูสภาพ)</p> <p>- ดนตรีประเภทผ่อนคลาย ประกอบด้วย เพลงพื้นเมืองภาคใต้ ดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลายร่วมกับดนตรีที่เลียนเสียงธรรมชาติ เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง และเพลงสากล มีความยาวประมาณ 60 นาทีต่อ 1 แผ่น จัดให้ฟังเป็นรายบุคคลพร้อมเครื่องเล่นซีดี ชนิดปรับความดังของเสียงได้และใช้หูฟัง</p>	<p>ศึกษาความปวด <math>d = 0.07, 0.38, 0.35, 0.55, 0.22</math> ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ <math>d = 1.27</math></p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>สุพร รุจิราวรรณ. (2528). การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกายและผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับ</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว (การผ่อนคลาย)</p>	<p>- การฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกาย และการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อ ฝึกเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยมาพบผู้ทำวิจัยเพียงสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 30 -60 นาที แล้วให้นำไปฝึกเองทุกวัน</p> <p>1. การฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อของ Jacobson เป็นการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนแบบหนึ่ง โดยจะเน้น การผ่อนคลายที่กล้ามเนื้อเท่านั้น ไม่มีการใช้จินตภาพ ความคิดหรือความรู้สึกซึ่งจะมีผลให้จิตใจผ่อนคลายด้วย ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ผู้ฝึกรู้สึกผ่อนคลาย สบาย มีหลักอยู่ 2 ประการ</p> <p>1) การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกาย</p> <p>2) ให้พยายามแยกแยะความรู้สึก หรือผลที่เกิดขึ้น เมื่อเกร็งและคลายกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้มี</p>	<p>ศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการจะหลับ <math>d = 0.96, 0.15, 1.14, 2.33, 2.26, , 4.33</math></p> <p>ศึกษาจำนวนครั้งที่ตื่นขึ้นกลางคืน <math>d = 2.26, 0.96, 1.14, 2.33, 4.33, 0.15</math></p> <p>ศึกษาระยะเวลาในการนอน <math>d = 0.63, 0.52, 0.15, 0.94, 0.86, 0.36, 0.45, 0.13</math></p> <p>ศึกษาความรู้สึกที่ได้พักผ่อน <math>d = 2.18, 0, 0.25, 3.9, 0.37, 0.32, 6.14, 5.6</math></p> <p>ศึกษาความรู้สึกยากในการจะหลับ <math>d = 1.03, 1.33, 1.15, 1.16, 1.18, 1.21, 1.85, 2.52</math></p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>ความรู้ตัวมากขึ้นเมื่อเกิดความเครียดและจะสามารถผ่อนคลายเองได้ในภายหลัง ช่วงที่ฝึกนั้นให้ปิดตาจะนั่งหรือนอนก็ได้ให้อยู่ในท่าที่สบาย ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 10-30 นาที เทคนิคนี้จะให้ผู้ฝึกนำไปฝึกเองที่บ้านทุกวัน โดยต้องฝึกในที่ที่สงบและให้เลือกฝึกในช่วงเวลาที่ว่าง</p> <p>2. การฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตลุ่มกาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ</p> <p>1) วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อในแต่ละส่วนให้เครียดที่สุดก่อน เพื่อเป็นการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเครียดและการผ่อนคลาย</p>	<p>ศึกษาเวลาที่ใช้ในการจะหลับ d=2.26, 0.96, 1.14, 2.33, 4.33, 0.15</p> <p>ศึกษาความรู้สึกที่ได้พักผ่อน d=0, 0.25, 2.18, 0.32, 0.37, 3.9, 5.6,6.14</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>2) วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อภายนอกด้วยจิต (External relaxation) เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อภายนอกในแต่ละส่วน ด้วยการมุ่งความสนใจความรู้สึกไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกายตามที่กำหนด</p> <p>3) วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อภายในด้วยจิต (Internal relaxation) เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อภายในร่างกาย ซึ่งมีส่วนสำคัญอยู่ 6 ส่วน คือ ลูกตาทั้ง 2 ข้าง จุดกลางสมอง, ภายในลำคอ, ช่องอก, ช่องท้อง, อวัยวะเพศ การฝึกนี้ให้ฝึก 3 รอบติดต่อกัน ในรอบที่ 3 เมื่อความรู้สึกอยู่ที่อวัยวะเพศเสร็จแล้วก็ให้ย้ายความรู้สึกไปภายในศีรษะ จนเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสงบ จึงล้มตาค้นเป็นการเสร็จสิ้นการฝึก</p> <p>4) การฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกาย เริ่มด้วยการหายใจเข้าแล้วในขณะที่เดียวกันก็รวบรวมความสนใจ ความรู้สึกทั้งหมดไปอยู่ที่จุดกลาง</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการ ปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>บนศีรษะ เมื่อหายใจออกก็ส่งความรู้สึกไปทั่วร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้าทั้งภายนอกและภายในให้ผ่อนคลาย ในช่วงหายใจออกครั้งเดียวนี้ การฝึกนี้ให้ผู้ฝึกหายใจ และส่งความรู้สึกไปผ่อนคลายทั่วร่างกายเช่นนี้ 20 ครั้ง เมื่อฝึกเสร็จก็ลืมตาขึ้นข้อห้าม ห้ามฝึกในเวลาที่ยาวหรือ อิ่มเกินไป และไม่ให้ออกกำลังกายไม่พร้อม ได้แก่ เหนื่อยจากการออกกำลังกาย เมื่อล้มเหลวภายใน 1 ชั่วโมงที่ผ่านมา เมื่อรู้สึกง่วงให้เลิกฝึก ในช่วงที่เพิ่งตื่น และเมื่อมีความเจ็บป่วยทางร่างกาย</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>สุนิสา โพธิ์งาม. (2547). ผลของดนตรีต่อประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การฟังดนตรี)</p>	<p>ดนตรีที่ใช้ในการศึกษาเป็นซีดีที่ผู้วิจัยเลือกเพลงบรรเลงประเภทอ่อนคลายจากเพลงไทย เพลงสากล และเสียงธรรมชาติ มีความยาวของเพลง ประมาณ 30 นาที ความเร็วของจังหวะอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที จำนวน 7 แผ่น และเครื่องตรวจสภาพการนอน Polysomnography (PSG) ผู้ป่วยทุกรายเป็นกลุ่มควบคุมในตนเองกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการประเมินความสนใจในการฟังดนตรีและเป็นผู้เลือกซีดีเพลงหนึ่งชุดจาก 7 ชุดที่เตรียมไว้ โดยการศึกษาการนอนหลับเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการนอนหลับโดยใช้ดัชนีประสิทธิภาพการนอนหลับ, ระยะเวลาของวงจรของการนอนหลับเทียบกับเวลาทั้งหมดของการนอนหลับ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มนอนก่อนการหลับจริง และเวลาทั้งหมดของการนอนหลับ โดยในคืนที่เป็นระยะทดลองได้รับฟังดนตรีนาน 30 นาทีก่อนนอนและในระยะควบคุมไม่ได้รับฟังดนตรี</p>	<p>ศึกษาประสิทธิภาพการนอนหลับ <math>d = 0.05</math>                      ศึกษาStage 1 NREM <math>d = 0.04</math>                      ศึกษาStage 2 NREM <math>d = 0.61</math>                      ศึกษาStage 3 NREM <math>d = 0.33</math>                      ศึกษาStage 4 NREM <math>d = 0.33</math>                      ศึกษาStage REM <math>d = 0.22</math>                      ศึกษาระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด <math>d = 0.49</math>                      ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับ <math>d = 0.31</math></p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
สุกิดา โกเมนไทย. (2545). ผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การฟังดนตรี)	ให้ฟังดนตรีประเภทฟ่อนกลายนาน 30 นาที เป็นเวลา 1 คืน (ไม่ได้ระบุว่าเพลงอะไร ระบุเพียงแต่บททวนมาจากวรรณกรรมต่าง ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านดนตรี)	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d = 0.91</p> <p>ศึกษาการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวน d = 1.12</p> <p>ศึกษาการนอนหลับมิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับ d = 0.77</p> <p>ศึกษามิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน d = 0.11</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
ศิริรัตน์ ศิริเลิศ. (2546). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิต่อความเครียดและคุณภาพการนอนของวัยกลางคน	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การทำสมาธิร่วมกับการสวดมนต์)	<p>- การปฏิบัติสมาธิโดยการสวดมนต์ การสวดมนต์บทพุทธรคุณ ธรรมคุณ สังฆคุณ ร่วมกับอานาปานสติ การสวดมนต์บทพุทธรคุณ หมายถึง การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าและออก (อาน+ปาน หรือ อปาน+สติ) คือ หายใจเข้า ปาน หรืออปาน คือหายใจออก สติ คือ ความระลึกได้รวมแล้วคือการระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออกเงื่อนไขการปฏิบัติ</p> <p>- เวลา: ให้ทำสมาธิทุกวันก่อนเข้านอนเป็นเคลื่อนไหวของท้องว่าพองและยุบตามที่ต้องการไม่ (หายใจเข้าทั้งสิ้น 50 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที (การหายใจ 1 ครั้ง หมายถึงการหายใจเข้า 1 ครั้ง และการหายใจออก 1 ครั้ง)</p> <p>- สวดมนต์ตามบทสวดพุทธรคุณ ธรรมคุณ สังฆคุณ (30 จบ) ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังการสวดมนต์ให้หายใจเข้าออกลึกๆ 10 ครั้ง ค่อยๆ สิ้นสุดการปฏิบัติสมาธิโดยการสวดมนต์</p>	<p>ศึกษาความเครียด <math>d = 1.18, 1.73</math>          ศึกษาเวลานอน <math>d = 5.02</math>          ศึกษาจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อคืน <math>d = 6.18</math>          ศึกษาความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนเวลาตื่นนอน <math>d = 5.92</math></p>



ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
ศศิวิมล วรรณทอง. (2548). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ	การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การให้ข้อมูลร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงก)	(ใช้เวลา 30 นาทีในการให้ความรู้และ หลังจากนั้นให้การบริหารกายจิตแบบซิงก อีก 30 นาทีเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งหมด 12 ครั้ง) โดย - ให้ความรู้การนอน บรรยาย และสาธิต ประกอบกับสื่อเกี่ยวกับ การส่งเสริมการนอนในรูปแบบต่างๆร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงก เพื่อเป็นสิ่งเร้าแก่ผู้สูงอายุให้เกิดการเรียนรู้ ตอบสนองพฤติกรรมตามการเรียนรู้ของตน เป็นการส่งเสริมผู้สูงอายุมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถส่งเสริมการนอน ได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดตามมา ให้เกิดการเรียนรู้ตอบสนองพฤติกรรมตามการเรียนรู้ของตน เป็นการส่งเสริมผู้สูงอายุมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงก (ใช้เวลา 30 นาที) เป็นการ	ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d =1.26

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
		<p>ออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบกับการควบคุมจังหวะการหายใจเข้าออกอย่างมีสมาธิ เป็นการฝึกฝนจิตใจควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย ทำให้มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจ ช่วงที่ฝึกเมื่อจิตใจสงบและมีสมาธิ ส่งผลทำให้ร่างกายมีการเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาทแคททีโคลามีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน ซีโรโทนิน และส่งผลทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนโดรฟิน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ในช่วงที่ฝึกจะมีการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมองทำให้คลื่นสมองแอลฟาและบีตาเพิ่มมากขึ้นคลื่นสมองแอลฟาพบได้ในผู้ที่มีความรู้สึกผ่อนคลาย</p> <p>มีสมาธิ ส่วนคลื่นสมองที่บีตาพบได้ในคนที่เริ่มนอนหลับ การบริหารกายจิตแบบซิงสามารถลดความเครียด และมีผลต่อการควบคุมฮอร์โมนในร่างกาย และช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้</p>	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการ ปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>เขาวพา ชูถึง. (2547). ผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การฟังดนตรี)</p>	<p>- ให้ฟังดนตรีไทยประยุกต์บรรเลงร่วมกับเสียงธรรมชาติ จำนวน 1 ชุด ประพันธ์และจัดทำโดย จัรัส เสวตาภรณ์ ความเร็วของจังหวะประมาณ 55-80 ครั้ง/นาที มีจำนวน 5 เพลง แต่ละเพลงจะมีความต่อเนื่องกัน ความยาวทั้งชุดประมาณ 45 นาทีขณะเริ่มฟังดนตรี แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลับตา ทำจิตใจให้สบาย มุ่งความสนใจไปกับเสียงดนตรี ปล่อยจิตใจให้ล่องลอยไปกับเสียงดนตรี ในขณะที่ฟังดนตรีถ้ารู้สึกง่วงก็สามารถนอนหลับได้ โดยจัดให้ฟังก่อนนอน 45 นาที เป็น เวลาติดต่อกัน 1 สัปดาห์</p>	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d =0.92, 1.17, 0.93</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
<p>ปรียาภรณ์ สองสร. (2549). ผลของการนวดแผนไทยต่อรูปแบบการนอนหลับ: ศึกษาโดยวิธี Polysomnography</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (การนวด)</p>	<p>อาสาสมัครแต่ละคนเข้าร่วมการศึกษาโดยวิธีการตรวจการนอนหลับจำนวนสี่คืนภายในระยะสัปดาห์ รวมทั้งทำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับคือ Groningen sleep quality scale และ visual analog scale (VAS) คืนที่หนึ่งและคืนที่สองจะเป็นคืนปรับตัว ข้อมูลของคืนที่สามนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลของคืนที่สี่ซึ่งเป็นคืนที่อาสาสมัครได้รับการนวดแผนไทยเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมงก่อนเวลานอน 2 ชั่วโมง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ Friedman test ใช้ Wilcoxon sign rank test เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคืนที่สาม ซึ่งไม่ได้รับการนวดเปรียบเทียบกับคืนที่สี่ซึ่งเป็นคืนนวดแผนไทย</p>	<p>ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d=0.29, 0.09</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย. (2546). ผลของการรำไทเก็กต่อการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา	การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นด้านการเคลื่อนไหว ( การออกกำลังกาย)	- โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยวิธีการรำมวยจีนไทเก็ก 6 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การปรับสภาพร่างกายด้วยวิธีการบริหารไขข้อ 25 ท่า ซึ่งใช้เวลา 7 นาที ตามด้วยการรำมวยจีนไทชี (ไทเก็ก) 18 ท่า ชุดที่ 1) ใช้เวลา 15 นาที รวมระยะเวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 22 นาที ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	ศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการจะหลับ $d = 0.04, 0.11, 0.01$ ศึกษาระยะเวลาในการนอน $d = 0.26, 0.29, 0.3$ ศึกษาจำนวนครั้งของการตื่นกลางดึก $d = 0.04, 0.08, 0.1$ ศึกษาประสิทธิภาพการนอนหลับ $d = 0.09, 0.08, 0.22$ ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ $d = 0.12, 0.24, 0.23$ ศึกษาความวิตกกังวล $d = 0.16, 0.19, 0.07$ -ศึกษาความซึมเศร้า $d = 0.01, 0.04, 0.06$

ตารางที่ 19 (ต่อ)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติกรพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์
มาลี วงษ์มัน. (2549). ผลของคนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (การฟังดนตรี)	ดนตรีที่ใช้ในการศึกษาเป็นชุดของเพลงบรรเลงประเภทฟ่อนคลายที่ผู้วิจัยเลือกจากเพลงไทย เพลงสากล และเสียงธรรมชาติ(เสียงคลื่นทะเล,เสียงแม่น้ำลำธาร, เสียงนกร้อง,) มีความเร็วของจังหวะสม่ำเสมออยู่ระหว่าง 60-80 ครั้ง/นาที บันทึกในแผ่นบันทึกเสียง 7 ชุด ดนตรีที่มีความยาวของเพลง ประมาณ 30 นาที และเป็นเพลงที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เลือก เป็นเพลงประเภทคลาสสิก เพลงไทยสากล หรือเป็นเสียงธรรมชาติ	ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวน d = 0.76 ศึกษาประสิทธิภาพการนอนหลับ d = 1.1 ศึกษามิติด้านผลรวมเวลาจับหลับในระหว่างวัน d = 0.46 ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ d = 0.81



ภาคผนวก ฉ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิธีคำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ กลาส แม็กกอร์ และสมิท (Glass, McGraw, and Smith, 1987)

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

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

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

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

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

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

โดยที่  $\bar{X}_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง  
 $\bar{X}_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ  
 $S_2$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

4. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

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

โดยที่  $\bar{X}_{E1}$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1  
 $\bar{X}_{E2}$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2



$$S_C = \text{ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลัง และเสนอเฉพาะค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (Gain score)

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

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

โดยที่  $\bar{G}_E$  = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง

$\bar{G}_C$  = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

$r_{EC}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$S_E$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

$S_C$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$S_G$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

6. กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และเสนอค่าสถิติ  $t$  และ  $F$

เสนอค่า  $t$  กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเท่ากัน

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

โดยที่  $N$  = จำนวนกลุ่มทดลอง

เสนอค่า  $t$  กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่เท่ากัน

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

โดยที่  $N$  = จำนวนกลุ่มทดลอง

$SE$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

เสนอค่า  $t$  กลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

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

โดยที่  $r_{EC}$  = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เสนอค่า F เมื่อมี 2 กลุ่ม

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

6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

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

โดยที่  $S_Y = MS_W = MS_B / F$

$MS_B =$  ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

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

โดยที่  $r_{pb} =$  ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ้อยไบซีเรียล

$U =$  Ordinate of unit normal distribution

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

โดยที่  $U =$  ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

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

โดยที่  $\bar{Y}_E =$  ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{Y}_C =$  ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SY =$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$SS_B =$  ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

$SS_{AB} =$  ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์

$SS_W =$  ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม

$df_B =$  ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม

$df_{AB} =$  ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์

$df_W =$  ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม (Covariance adjusted score)

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

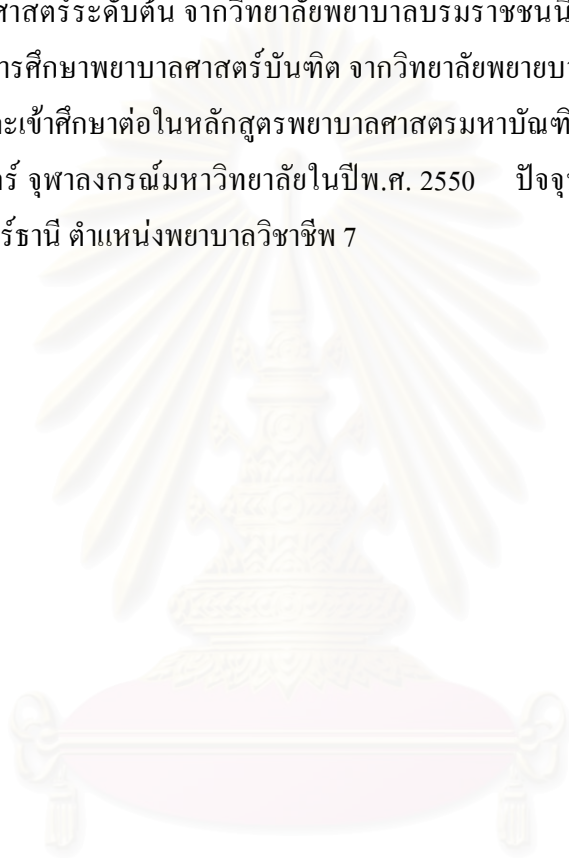
$$SC = \sqrt{MS_W (df_W - 1) / [(1 - r_{XY}^2) (df_W - 2)]}$$

โดยที่	$\bar{Y}_E$	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	$\bar{Y}_C$	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	$MS_W$	=	ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่มที่ปรับแล้ว
	$df_W$	=	ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม
	$r_{xy}$	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชัชฎาวดี ปานเชื้อ เกิดวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อปีการศึกษา 2538 และสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม เมื่อปีการศึกษา 2544 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปีพ.ศ. 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย