

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ



นางสาว สินี นุช เสนิงค์ ณ อรุณา

สถาบันวิทยบริการ  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6310-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES  
OF PATIENTS WITH HEART DISEASE: A META-ANALYSIS



Miss Sineenut Senivong na ayudhaya

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6310-7



สินินุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา : ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์อภิมาน(THE EFFECT OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES OF PATIENTS WITH HEART DISEASE: A META-ANALYSIS) อ. ที่ปรึกษา: ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 157 หน้า. ISBN 974-17-6310-7

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ 2) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้านอื่นๆ 3) ศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2526-2547 จำนวน 37 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสรุปคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน และด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หากความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน(interrater agreement) ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .86 ตามลำดับ นำไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 82 ค่า

ผลการสังเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (89.20%) จากมหาวิทยาลัยมหิดล (32.40%) ในสาขาพยาบาลศาสตร์ (89.20%) ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2545 (48.70%) เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (64.90%) คุณภาพโดยรวมของงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (54.10%) ปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาใช้ศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (45.90%) โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการสอนการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวนำมาศึกษาน้อยที่สุด (2.70%) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ด้านจิตใจ (38.33%) โดยศึกษาในเรื่องของภาวะเครียดและความวิตกกังวลมากที่สุด ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ด้านอาการ (13.33%)

2. ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวมมีขนาดใหญ่ ( $d=1.76$ ) โดยผลลัพธ์ด้านจิตใจให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ( $d=2.20$ ) ด้านร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด ( $d=1.21$ ) ปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ( $d=2.83$ ) ในขณะที่ด้านการรับสัมผัสมีขนาดอิทธิพลต่ำที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ( $d=0.54$ )

3. ลักษณะสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทางมีผลเชิงลบต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ร้อยละ 10.4

สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์      ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา    2547      ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

## 4577614736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: META-ANALYSIS / NURSING INTERVENTIONS / HEALTH OUTCOMES /  
HEART DISEASE

SINEENUT SENIVONG NA AYUDHAYA : THE EFFECT OF NURSING INTERVENTIONS ON  
HEALTH OUTCOMES OF PATIENTS WITH HEART DISEASE : A META- ANALYSIS. THESIS  
ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 157 pp. ISBN 974-17-6310-7

The purpose of this meta analysis were to study 1) Methodological and substantive characteristics of nursing interventions on health outcomes of patients with heart disease; 2) Compare the effect of nursing interventions on health outcomes of patients with heart disease; and 3) Influences of methodological and substantive characteristics on the effect size. The 37 quasi-experimental studies in Thailand during 1983-2004 were recruited. Studies were analyzed for general, methodological, and substantive characteristics. Effect sizes were calculated for each study using method of Glass, McGaw, & Smith (1981). This meta analysis yielded 82 effect sizes.

Results were as follows:

1. The majority of the study were master's thesis(89.20%); from Mahidol University(32.40%); from major of nursing(89.20%). Most of the study printed in 1998-2002 (48.70%); owned good quality (54.10%). Most of instruments were tested for both reliability and validity(64.90%). Most of nursing interventions was used was cognitive intervention(45.90%). Nursing intervention was least used was movement intervention (2.70%). Most of health outcomes was used was psychological health outcomes (38.33%). Health outcomes was least used was symptom health outcomes (13.33%).

2. Nursing interventions had the large effect-size on health outcomes( $d = 1.76$ ). Nursing interventions had the highest of effect-size on psychological health outcomes( $d = 2.20$ ), but had the lowest of effect-size on functional health outcomes( $d = 1.21$ ). Combined intervention had the highest of effect-size on health outcomes ( $d = 2.83$ ). Sensory intervention had the lowest of effect-size on health outcomes ( $d = 0.54$ ).

3. The hypothesis was the variable that significantly predicted effect size at the level of .05. The predictive power was 10.4 % of the variance.

Field of study      Nursing Science

Student's signature .....

Academic year      2004

Advisor's signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็น ประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลา ของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยา นิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่ง ขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฤๅชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณา ให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบัน ต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและ กำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนใน ทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	13
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล.....	20
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	36
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	106
อภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	121
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	121
รายการอ้างอิง.....	122
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	133
ภาคผนวก ข รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	139
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	145
ภาคผนวก ง ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	147
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	157



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน.....	53
2	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	55
3	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยในงานวิจัย.....	58
4	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล.....	59
5	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	61
6	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล.....	62
7	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	63
8	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย.....	63
9	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ.....	64
10	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ.....	64
11	จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ.....	65
12	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	66
13	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	67
14	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	68
15	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	69
16	ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	69

## สารบัญตาราง ( ต่อ )

ตารางที่		หน้า
17	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	70
18	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	71
19	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	72
20	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	72
21	ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	73
22	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	74
23	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	76
24	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	79
25	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามประเภทการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	81
26	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	83
27	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	86

สารบัญตาราง ( ต่อ )

ตารางที่		หน้า
28	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านร่างกาย จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ.....	90
29	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านอาการ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ.....	92
30	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านจิตใจ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ.....	94
31	เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านอื่นๆ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ.....	97
32	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูล พื้นฐานกับค่าขนาดอิทธิพล.....	99
33	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล.....	100
34	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กับค่าขนาด อิทธิพล.....	101
35	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล กับค่าขนาด อิทธิพล.....	102
36	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ ค่าขนาดอิทธิพล.....	103

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ(Health Outcomes) เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย(Lang, 1991) เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการให้การดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางสุขภาพนอกจากจะเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลแล้วยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดประเภทหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามแนวคิดของ Donabedian (1982 อ้างถึงใน กฤษดา แสงศิริ, 2547: 17) ซึ่งจำแนกประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน คือ ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure Indicator)ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicator) และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicator)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่กว้าง การให้คำนิยามหรือคำจำกัดความ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ จึงมีความแตกต่างกันออกไป (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541: 38) ขึ้นกับมุมมองหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการในการศึกษาแต่ละเรื่อง ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยโรคเฉียบพลันหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การลดลงของอัตราการเกิดโรค หรืออัตราการตายจากโรคนั้นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การทำหน้าที่ การคงไว้ของภาวะสุขภาพ รวมทั้งการลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่อาจเกิดจากการรักษาต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลากหลายแง่มุมทั้งในลักษณะที่มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย ( ชวนพิศ ทำนอง, 2527; สุพร วงศ์ประทุม, 2534; พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544; พ็ชราพร เถาว์พันธ์, 2544; กฤติกา ชูณวงษ์, 2547; สุรีย์พร เทพาอมรเดช, 2546; Miller & Grindel, 2001; Elberson & Miller, 2001) มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านอาการของโรค (โหมนภา กิตติศัพท์, 2536; อภิญา วงศ์พิริยโยธา, 2536; อูรวาดิ เจริญไชย, 2541; ทศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546; Panadda Intralawan, 2001) มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านจิตใจ (วริยา วชิราวัฒน์, 2526; กนกพร สุกคำวัง, 2527; สุวรรณิ์ สุนทรสรพร, 2535; โหมนภา กิตติศัพท์, 2536; อภิญา วงศ์พิริยโยธา, 2536; รัชณี วีระสุขสวัสดิ์, 2541; พ็ชราพร เถาว์พันธ์, 2544; พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546; สุรีย์พร เทพาอมรเดช, 2546; Allison,

Bernier, & Owen, 2000) รวมทั้งมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายด้านแบบผสมผสานกัน ทั้งด้านร่างกาย ด้านอาการของโรค และด้านจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิต (วิภารัตน์ มาสง, 2544; นิธิวดี เมธาจารย์, 2544; ผาสุข แก้วเจริญตา, 2546; Surangsi Boonsomchua, 2000; Aem-orn Saengsiri, 2003) ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (นฤมล พรหมภิบาล, 2532; เทียมใจ ศิริวัฒนกุล, 2534) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (วนิดา อินทราชา, 2538; สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544) การปรับตัว (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2538; วนิดา หาญคุณากุล, 2539; นิสากร โพธิชัย, 2541; สมปอง พรหมโคตร, 2545; วิระวรรณ อึ้งอร่าม, 2545) แบบแผนการดำเนินชีวิต (สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, 2541) พฤติกรรมสุขภาพ (อรนุช เขียวสะอาด, 2544; Chulaporn Changperk, 2001)

เมื่อบุคคลเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลในระยะยาว ในผู้ป่วยโรคหัวใจก็เช่นกัน การเกิดโรคหัวใจไม่ว่าจากสาเหตุปัจจัยใดก็ตามล้วนแต่ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย(Functional Health Outcomes) ด้านอาการ(Symptom Health Outcomes) ด้านจิตใจ(Psychological Health Outcomes) และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของหัวใจที่ผิดปกติ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง การสูบน้ำโลหิตไปเลี้ยงร่างกายและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายจะนำไปใช้ในการทำงานลดลง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นหรือเต้นผิดปกติไป อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องออกแรงหรือทำกิจกรรม หายใจลำบาก ไอ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบหรือมีของหนักทับ ใจสั่น เหนื่อยล้า เป็นลมหมดสติ นอนราบไม่ได้ มีภาวะบวมของร่างกาย และอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเลวลง(Mickus, 1986; Bennett, 1992) ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่สามารถออกแรงทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวัน หรือออกกำลังกายได้ตามปกติ กล่าวคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย และด้านอาการของผู้ป่วยแย่ลง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในสิ่งที่ตนเองเคยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับอาการของโรคหัวใจที่ไม่คงที่ อาจทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อใดก็ได้ถ้าไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหายใจลำบาก ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว (Griego, 1993; Dougherty & Shaver, 1995; Martensson, Karlsson, & Fridlund, 1997) รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่ปลอดภัย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ขาดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่จะควบคุมอาการของโรคได้

(จิรวรรณ อินคุ่ม, 2539) เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า ขาดความกระตือรือร้น นั่นคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจแย่ลงด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ ในส่วนของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายด้านรวมกัน พบว่า จากอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจประกอบกับการที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจต้องมีการปรับตัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการของโรค การรับประทานยา การมีเพศสัมพันธ์ การพบแพทย์ตามนัด เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค การที่อาการของโรคไม่คงที่ อาจทวีความรุนแรงขึ้นได้ตลอดเวลาถ้าไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหายใจลำบาก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจึงใช้เวลาและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง เกรงว่าตนเองจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานบางรายอาจต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงานก่อนเวลาอันสมควร ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้เสริม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ไร้ความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคหัวใจ

การพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์โดยมีมีโนทัศน์หลักสำคัญอยู่ 4 ประการ คือ คน สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการพยาบาล ทั้งนี้คน ซึ่งประกอบไปด้วย กาย จิต สังคม เป็นระบบเปิดและอยู่ในสิ่งแวดล้อม โดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และคนจะพยายามรักษาภาวะความสมดุลของตนเองไว้ โดยใช้กลไกการปรับสมดุล การที่คนสามารถดำรงภาวะสมดุลไว้ได้เรียกว่า ภาวะสุขภาพดี แต่เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลนั้นไว้ได้ จะเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จนถึงภาวะวิกฤตหรือป่วยหนัก อาจถึงแก่ชีวิตได้ การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือภาวะสุขภาพได้ และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2539) กล่าวคือ การพยาบาลช่วยให้คนสามารถคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือดูแลตนเองได้น้อยลง ความต้องการการพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้น

การพยาบาลเป็นการบริการทางวิชาชีพที่มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในชีวิต การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบัน ไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย(Gordon, 1994) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวาง

แผนและปฏิบัติ เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วย (Murray & Atkinson, 1994) นอกจากนี้ McCloskey & Bulechek (1999) ยังให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยรับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการปฏิบัติการพยาบาลจะมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องประยุกต์ความรู้จากศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รวมทั้งต้องครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคอง และการฟื้นฟู

การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลอาจแบ่งออกได้ในหลายลักษณะ Charnow et al.(1993) แบ่งประเภทการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลได้เป็น การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) ซึ่งพยาบาลสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำแนะนำหรือคำสั่งแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent intervention) พยาบาลกระทำได้โดยเกิดจากการเขียนการรักษาหรือการบอกให้ทำจากทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น การให้ยา การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระในปัญหาาร่วม (Collaborative) ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ การปฏิบัติเหล่านี้ต้องการความรู้ การตัดสินใจ และความรอบคอบ ส่วน McCloskey & Bulechek (1999) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การกระทำทางการพยาบาล (Nurse – initiated treatment) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล การกระทำทางการแพทย์ (Physician – initiated treatment) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ และการให้การช่วยเหลือการปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง (McCloskey & Bulechek, 1999) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาด้านลักษณะการปฏิบัติ Charnow et al.(1993)แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น การปฏิบัติด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการขั้นพื้นฐาน การปฏิบัติด้านจิตใจ เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยยกระดับอารมณ์หรือความรู้สึก และการปฏิบัติด้านสังคม เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่ Snyder (1992) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ 1) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (Cognitive intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ 3) การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส (Sensory intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา แต่เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรค

หัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ การปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การส่งเสริมการปรับตัว การออกกำลังกาย การประคบร้อน คนตรี การผ่อนคลาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งสอดคล้องและสามารถประยุกต์จัดเป็นกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลของ Snyder (1992) ได้ 5 กลุ่ม คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย (กฤติกา ชูณวงษ์, 2547)

การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (Cognitive intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ เช่น การสอน (วริยา วชิราวัฒน์, 2526; กนกพร สุขคำวัง, 2527; สุพร วงศ์ประทุม, 2534; สุนทรา เตี้ยงเขวงวงศ์, 2541; สมสกุล สิริไชย, 2543; สุรินทร์ ทองอ้อม, 2544) การให้ข้อมูลและคำแนะนำ (สุวรรณณี สுகนธสรณ์, 2535; วนิตา อินทราชา, 2538; สิริมาศ ปิยะวิฒนพงศ์, 2538; สุพัตรา ไตรอุดมศรี, 2540; อูราวดี เจริญไชย, 2541; นิสากร โพธิชัย, 2541; สุมาลี โพธิ์ทอง และลัดดาศรี ไทยจงรักษ์, 2543; อูราวดี เจริญไชย, นิดา พิมพ์ทา และสุดารัตน์ บุตรศรีภูมิ, 2543; วีระวรรณ อึ้งอร่าม, 2545) การพยาบาลตามทฤษฎีของเลวิน (นฤมล พรหมภิบาล, 2532) การดูแลระยะปรับเปลี่ยน (Chulaporn Changperk, 2001)

การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (รัชณี วีระสุขสวัสดิ์, 2541) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (สมปอง พรหมโคตร, 2545) การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน (วนิดา หาญคุณากุล, 2539)

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส (Sensory intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา เช่น การประคบร้อน (Panadda Intralawan, 2001) คนตรี (โฉมณภา กิตติศัพท์, 2536; พิมพ์ ลิละวัฒนากุล, 2546) การผ่อนคลาย (อภิญา วังศ์พิริยโยธา, 2536)

การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ชวนพิศ ทำนอง, 2527; พัชราพร เกาว์พันธ์, 2544; นิธิวดี เมธาจารย์, 2544; สุรีย์พร เทพอมรเดช, 2546; ผาสุก แก้วเจริญตา, 2546; Surangsri Boonsomchua, 2000) การออกกำลังกายและให้ความรู้ (ทัศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (เทียมใจ สิริวัฒนกุล, 2534; Aem-orn



Saengsiri, 2003) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (พรสวรรค์ เชื่อใจตน, 2544; อรุณช เขียวสะอาด , 2544) การได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว (Duangduen Suwannaphan, 2001)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ลักษณะ คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรู้และความคิด ด้านสังคม ด้านการสัมผัส และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ล้วนแล้วแต่มีผลในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งสิ้น หากแต่เมื่อพิจารณาในแง่ของความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติ การเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะใดมีความคุ้มค่า สะดวกในการปฏิบัติ และให้ประสิทธิผลมากที่สุด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพแล้ว พบว่ามีหลายงานวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ผลของการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อสมรรถภาพปอด (สุพร วงศ์ประทุม; 2534) ต่อความเครียด(กนกพร สุคำวัง, 2527) ต่อความวิตกกังวล (กนกพร สุคำวัง, 2527; วริยา วชิราวัจน์, 2526; สุวรรณิ์ สุคนธ์สรรพ์, 2535; อุรวาดิ เจริญไชย, 2541) ต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียด (กนกพร สุคำวัง, 2527) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544; วนิดา อินทราชา, 2538) ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, 2541) ซึ่งผลการวิจัยของงานวิจัยต่างๆ นี้ พบว่า การสอนมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านต่างๆที่หลากหลายดังกล่าวทั้งสิ้น แต่ไม่สามารถระบุได้ว่า การสอนนั้นมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านใดมากที่สุด อาจกล่าวได้ว่า แม้จะมีหลายงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่หลากหลาย แต่ไม่อาจสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่เลือกใช้นั้นสามารถจัดการหรือส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพใดได้ดีที่สุด

ประกอบกับเมื่อพิจารณาในเรื่องของคุณลักษณะงานวิจัยทางด้านระเบียบวิธีวิจัย จะพบว่า ในคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย แต่ละงานวิจัยมีแบบแผนการวิจัยแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของประเภท เกณฑ์ในการเลือก หรือคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้รวบรวมข้อมูล การตั้งสมมติฐาน การระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนของลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลก็เช่นเดียวกัน นอกจากการเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันแล้ว แต่ละงานวิจัยจะมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหรือแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ ช่วงเวลาที่ให้การพยาบาล จำนวนครั้งของการพยาบาล ระยะเวลาที่ให้การพยาบาล ช่วงเวลาที่ทำการวัดผลการพยาบาล ผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อวิธีการพยาบาลที่ปฏิบัติ จึงเป็นการยากที่

จะสรุปองค์ความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นได้ชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น การรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่งก็คือ การวิเคราะห์อภิมาน(meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณวิธีหนึ่งที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่องซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพลอันเป็นดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ(กรองไค อุดมhusut, 2539: 12) ในงานวิจัยเชิงทดลองค่าขนาดอิทธิพลจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการประมาณค่าความสำคัญของตัวแปรจัดกระทำ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 48) ซึ่งจะแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจนั่นเอง ข้อสรุปของผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้จากการวิเคราะห์อภิมานนี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ได้ กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้แนวทางการปฏิบัติบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์นั้น เป็นการใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติโดยมีการพิจารณาอย่างรอบคอบจากหลักฐานที่ดีที่สุด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้การดูแลสุขภาพ (Omery & Williams, 1999) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และมั่นใจ ทำให้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพการให้บริการที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทุกด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความเด่นชัดมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ(Titler, 1998) รวมทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ (Stetler et al., 1998)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทยมาทำการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน เพื่อจะช่วยให้สามารถสรุปภาพของการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผ่านมามีการทำวิจัยในแง่มุมประเด็นใดบ้าง การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านใดที่ถูกรับมาศึกษาวิจัยมากที่สุด การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพใดที่มีการศึกษาวิจัยน้อยหรือยังไม่มีการศึกษาวิจัยเลย และยังช่วยสรุปภาพได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มใดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และกลุ่มใดยังได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย คุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยทำให้ทราบแนวโน้มที่ผ่านมาของงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ และสามารถเห็นแนวทางในการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป รวมทั้งนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นความ

รู้ว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละด้านสามารถส่งเสริมได้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลใดบ้าง ให้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้ นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

### คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นอย่างไร
2. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. คุณลักษณะของงานวิจัยมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆของผู้ป่วยโรคหัวใจ
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ

### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis) โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งทำเสร็จเรียบร้อยภายในเดือนมิถุนายน 2547 ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่
2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ
  - 2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มีการวางแผน และกระทำด้วยความตั้งใจ เป็นการปฏิบัติโดยพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ประยุกต์ใช้การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกได้เป็น 5 ประเภท ได้แก่

1.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement Intervention) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย

1.2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด (Cognitive Intervention) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ การพยาบาลตามทฤษฎีของเลวิน การดูแลระยะปรับเปลี่ยน

1.3 การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social Intervention) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน

1.4 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส (Sensory Intervention) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกผ่านระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การประคบร้อน คนตรี การผ่อนคลาย

1.5 การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder (1992) มากกว่า 1 แบบ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว การออกกำลังกายและให้ความรู้

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เป็นผลขั้นสุดท้าย อันเกิดมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นและคุกคาม จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Functional Health Outcomes) หมายถึงสถานะที่แสดงถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐานหรือกิจวัตรประจำวันของชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถภาพปอด

2.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ (Symptom Health Outcomes) หมายถึงสถานะที่แสดงถึงอาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด การรับรู้ความเหนื่อย ความทุกข์ทรมาน

2.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) หมายถึงสถานะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล พลังอำนาจในตน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความพึงพอใจการพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด

2.4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ หมายถึง สถานะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมอย่างผสมผสานกันของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การปรับตัว แบบแผนการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

3. คุณลักษณะงานวิจัย (Characteristics of Research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งสามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่

3.1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทงานวิจัย สถาบันที่ผลิต ปีที่พิมพ์ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การตั้งสมมติฐานการวิจัย ชนิดของโรคหัวใจของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ระดับการศึกษาและอายุของผู้ป่วย จำนวนและขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจหลายๆเรื่อง ด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติที่ปรากฏอยู่ในงานวิจัยตามกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามกรรมวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

5. ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่แสดงผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านต่างๆที่วัดในงานวิจัยแต่ละเรื่องทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม และนำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ Cohen (1969) ซึ่งกำหนดว่า ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กจะมีค่าเท่ากับ 0.2 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางจะมีค่าเท่ากับ 0.5 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่จะมีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และใช้ในการอ้างอิงเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลต่อไป

2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้เห็นประเด็นในการทำวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งที่ยังไม่ชัดเจน หรือยังไม่เคยมีใครศึกษาวิจัยมาก่อน เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศาสตร์และทฤษฎีทางการพยาบาลให้มีความก้าวหน้ามากขึ้นในอนาคต

3. ด้านเศรษฐกิจ ข้อค้นพบที่ได้จะช่วยให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน ใช้เป็นแนวทางในการรักษาที่ไม่ใช่ยา และใช้บำบัดในกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา เป็นการลดปริมาณการใช้จ่าย ลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล ลดโอกาสในการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งกับตัวผู้ป่วย และครอบครัวเอง รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประเทศด้วย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ เปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถ สรุปสาระสำคัญ ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ
  - 1.1 ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพ
  - 1.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล
  - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล
  - 2.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล
3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.2 คุณลักษณะการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.3 หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.4 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.5 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.6 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 3.7 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)

### 1.1 ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

โดยทั่วไป ผลลัพธ์ คือ สิ่งที่เกิดตามมาจากเหตุ หรือเป็นสิ่งที่ได้จากการดำเนินการหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ในทางการแพทย์ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือเป้าหมายสำคัญ หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ ส่วนใหญ่มักจะมองในแง่ของภาวะสุขภาพนั่นเอง

ภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับบุคคลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา (ศิริพร ขัมภลิจิต, 2539: 11) เป็นหนึ่งในมโนทัศน์หลักทั้ง 4 ของศาสตร์ทางการแพทย์ อันได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล นอกจากนี้ภาวะทางสุขภาพยังเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล และวิชาชีพอื่นทางด้านสุขภาพอีกด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 85) คำว่าสุขภาพมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “hoelth” ซึ่งมีความหมาย 3 ประการ คือ ความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด(whole) อย่างไรก็ตามมีผู้รู้ได้ให้ความหมายของคำว่าภาวะทางสุขภาพไว้มากมาย พอจะรวบรวมได้ดังนี้

พจนานุกรมออกซ์ฟอร์ดปี ค.ศ. 1984 ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า ความไม่มีโรคทั้งกายและจิตใจ (soundness body and mind) (วิฑูรย์, 2541 อ้างถึงใน จันทิรา จิตต์วิบูลย์, 2543: 19)

องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้นิยามความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (ประเวศ วะสี, 2541 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 88)

Dubos (1965) ให้ความหมายว่า สุขภาพเป็นภาวะหรือสภาวะที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล

Orem (2001) เชื่อว่า สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง

King (1990) ให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงบทบาทต่างๆตามที่ตนเองและสังคมคาดหวัง

Newman (อ้างถึงใน ประภา ลิ้มประสูตรและคณะ, 2543: 16) กล่าวว่า สุขภาพเป็นสภาวะซึ่งระบบย่อยทุกระบบ ทั้งร่างกาย จิต และสังคม วัฒนธรรมอยู่ในภาวะสมดุล ผสมกลมกลืนกับองค์รวมของคน

วิฑูร พูลเจริญ (2544) ให้ความหมายว่า สุขภาพ เป็นสภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพจึงไม่ได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วย หรือพิการเท่านั้น แม้แต่ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ รวมทั้งผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็ยังสามารถบรรลุถึงสุขภาพในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้



ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปคนส่วนใหญ่จะให้ความหมายของสุขภาพในเชิงของความแข็งแรง ไม่มีโรคเท่านั้น แต่จากการที่ผู้รู้ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันไปดังกล่าวข้างต้น การให้ความหมายของภาวะสุขภาพค่อนข้างหลากหลาย Smith (1983 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) จึงได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดภาวะสุขภาพที่มีอยู่โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่าการให้ความหมายของภาวะสุขภาพนั้นมี 4 แนวคิดใหญ่ คือ

1. แนวคิดทางด้านคลินิก ซึ่งให้ความหมายเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ ว่า เป็นภาวะที่ปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความพิการต่างๆ ซึ่งการให้ความหมายภาวะสุขภาพเช่นนี้ถือได้ว่าเป็นความหมายที่แคบที่สุด เน้นการรักษาเสถียรภาพทางด้านสรีรภาพเท่านั้น แนวคิดภาวะสุขภาพลักษณะนี้พบว่าใช้มากในทางการแพทย์

2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท ความหมายของภาวะสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ภาวะสุขภาพจึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน อาจกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพตามแนวคิดนี้ได้เพิ่มมาตรฐานด้านจิตสังคมเข้าไปด้วย แต่ก็ยังคงเน้นการรักษาเสถียรภาพแต่เป็นเสถียรภาพทางสังคมเท่านั้น ซึ่งก็ยังเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างแคบอยู่ ตัวอย่างความหมายของภาวะสุขภาพตามแนวคิดนี้ เช่น ความหมายของภาวะสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของคิง

3. แนวคิดทางการปรับตัว ความหมายของภาวะสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก Dubos (1965) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง และต่อเนื่องตลอดเวลา ภาวะสุขภาพจึงหมายถึง ความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ซึ่งตัวอย่างความหมายของภาวะสุขภาพตามแนวคิดนี้ เช่น ความหมายของภาวะสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของรอย

4. แนวคิดทางด้านยูไดโมนิสติก คำว่า Eudaemonistic หมายถึง ภาวะที่บรรลุถึงซึ่งความสำเร็จสูงสุดในชีวิตของตนเอง ความหมายของภาวะสุขภาพในแนวคิดนี้จึงหมายถึง การพัฒนา และบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

อย่างไรก็ตามแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันนิยมในลักษณะของการบูรณาการความหมายของภาวะสุขภาพทั้ง 4 แนวคิดเข้าด้วยกัน โดยมองในมิติขององค์รวม เช่น แนวคิดความหมายภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลก แนวคิดความหมายภาวะสุขภาพของโอเรม ของ นพ.ประเวศ วะสี และ นพ.วิพุธ พูลเจริญ จึงอาจสรุปความหมายของภาวะสุขภาพได้ว่า เป็นภาวะสุขสมบูรณ์ หรือภาวะสมดุล กลมกลืนทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ดังนั้นแม้แต่ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการรวมทั้งผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็สามารถบรรลุถึงภาวะสุขภาพในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้

สำหรับความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้น Lang (1976: 10) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ(Health Outcomes) เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการให้การดูแลผู้ป่วย ส่วน Donabedian (1985, cited in Bowling, 1995: 11) ให้ความหมายว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ สิ่งที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพก่อนและหลังการให้การดูแลทางสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพจะเป็นการมองภาวะสุขภาพในลักษณะของตัวบ่งชี้ หรือผลที่ได้จากการพยาบาล ดังนั้นผลลัพธ์ทางสุขภาพนอกจากจะคล้ายคลึงกับภาวะสุขภาพในแง่ที่เป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล แล้ว ยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดประเภทหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามแนวคิดของ Donabedian (1982 อ้างถึงใน กฤษดา แสงวงดี, 2547: 17) ซึ่งจำแนกประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure Indicator) หมายถึง ทุกสิ่งที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ได้แก่ นโยบาย พันธกิจ ปรัชญา กฎระเบียบ ข้อกำหนดต่างๆ รวมทั้งกำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะนำไปสู่กระบวนการหรือการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ตัวชี้วัดนี้จะใช้วัดและประเมินว่า หน่วยงานมีศักยภาพเพียงใดที่จะมั่นใจหรือแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ เช่น ความเพียงพอของอัตรากำลัง คุณสมบัติ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ความปลอดภัยของอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicator) เป็นตัวชี้วัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการใช้ในการประเมินว่า กิจกรรมบริการที่กระทำต่อผู้ใช้บริการนั้นมีความเหมาะสมเพียงใด มีประสิทธิภาพหรือไม่ สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ การวัดกระบวนการมีจุดเน้นที่การวัดผลการปฏิบัติการพยาบาล อันเป็นการดูแลโดยตรงที่จะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ซึ่งจะทำให้เราสามารถทราบได้ว่า การพยาบาลอย่างไรจึงจะก่อให้เกิดผลดี หรือบรรลุผลลัพธ์สูงสุดที่คาดหวังให้เกิดกับผู้ป่วย

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

นอกจากนี้ Lohr (1988) ได้เสนอการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพว่าอาจจำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Patient Outcomes) ได้แก่ พฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ การไม่ได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแล อาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ การที่สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกหรือสถานะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

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

3. ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer Outcomes) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลการเกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆของโรงพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้จะนำไปสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล โดยเฉพาะเพื่อการเพิ่มคุณภาพและการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่กว้าง การให้คำนิยามหรือคำจำกัดความ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ จึงมีความแตกต่างกันออกไป (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541: 38) ขึ้นกับมุมมองหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการในการศึกษาแต่ละเรื่อง ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยโรคเฉียบพลันหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การลดลงของอัตราการเกิดโรค หรืออัตราการตายจากโรคนั้นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การทำหน้าที่ การคงไว้ของภาวะสุขภาพ รวมทั้งการลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่อาจเกิดจากการรักษาต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลากหลายแง่มุม ทั้งในลักษณะที่มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านร่างกาย (ชวนพิศ ทานอง, 2527; สุพร วงศ์ประทุม, 2534; พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดคน, 2544; พัชราพร เถาว์พันธ์, 2544; กฤติกา ชูณวงษ์, 2547; สุรีย์พร เทพาอมรเดช, 2546; Miller & Grindel, 2001; Elbersson & Miller, 2001) มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านอาการของโรค (โหมนภา กิตติศัพท์, 2536; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2536; อูราวดี เจริญไชย, 2541; ทศนีย์ ภู่อำรงค์, 2546; Panadda Intralawan, 2001) มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านจิตใจ (วริยา วชิราวัฒน์, 2526; กนกพร สุคำวัง, 2527; สุวรรณิ์ สุคนธ์สรพร, 2535; โหมนภา กิตติศัพท์, 2536; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2536; รัชณี วีระสุขสวัสดิ์, 2541; พัชราพร เถาว์พันธ์, 2544; พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546; สุรีย์พร เทพาอมรเดช, 2546; Allison, Bernier & Owen, 2000) รวมทั้งมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่มองผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายด้านแบบผสมผสานกัน ทั้งด้านร่างกาย ด้าน

อาการของโรค และด้านจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิต (วิการ์ตัน มาสง, 2544; นิธิวีดี เมธาจารย์, 2544; ผาสุก แก้วเจริญตา, 2546; Surangsri Boonsomchua, 2000; Aem-orn Saengsiri, 2003) ภาวะสุขภาพ (นฤมล พรหมภิบาล, 2532; เทียมใจ ศิริวัฒน์กุล, 2534) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (วนิดา อินทราชา, 2538; สุรินทร์ ทองอ้อม, 2544) การปรับตัว (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2538; วนิดา หาญคุณากุล, 2539; นิสากร โพธิชัย, 2541; สมปอง พรหมโคตร, 2545; วีระวรรณ อึ้งอร่าม, 2545) แบบแผนการดำเนินชีวิต (สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, 2541) พฤติกรรมสุขภาพ (อรนุช เขียวสะอาด, 2544; Chulaporn Changperk, 2001)

## 1.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ

เมื่อเกิดพยาธิสภาพของโรคหัวใจซึ่งอาจเนื่องมาจากการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ การตีบหรือรั่วของลิ้นหัวใจ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือภาวะหัวใจล้มเหลว ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งทางด้านการทำงานที่ของร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ว่าจะเป็นในช่วงก่อนหรือหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา ดังนี้

1.2.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Functional Health Outcomes) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของหัวใจที่ผิดปกติ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง การสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายจะนำไปใช้ในการทำงานลดลง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นหรือเต้นผิดปกติไป อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องออกแรงหรือทำกิจกรรม หายใจลำบาก ไอ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกด้านซ้ายเหมือนถูกบีบหรือมีของหนักทับ ราวไปไหล ใจสั่น เป็นลมหมดสติ นอนราบไม่ได้ มีภาวะบวมของร่างกาย และอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหัวใจวายร่วมด้วย ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายลดลง (Mickus, 1986; Bennett, 1992)

ถ้าหากผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการทำผ่าตัด CABG หรือการทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะยังคงได้รับผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอยู่ ทั้งในแง่ของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ เช่น ในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ หรือในผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจมักเกิดอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่ายซึ่งจะเป็นอยู่ยาวนาน 6-8 สัปดาห์ ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว (Lovvern, 1982: 1073) นอกจากนี้จากผลการใช้เครื่องหัวใจและ

ปอดเทียมขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนภายหลังผ่าตัดได้ จากภาวะถุงลมปอดแฟบและมีการไหลกลับของเลือด (Hudak, Gallo, & Benz, 1990) กล่าวคือ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาผ่าตัดแล้ว แต่ก็ยังมีผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการของผู้ป่วยได้เช่นกัน

1.2.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health) ในระยะเกิดโรค เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงจึงส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในสิ่งที่ตนเองเคยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับอาการของโรคหัวใจที่ไม่คงที่ อาจทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อใดก็ได้ถ้าไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหายใจลำบาก ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว (Griego, 1993; Dougherty & Shaver, 1995; Martensson, Karlsson, & Fridlund, 1997) รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่ปลอดภัย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ขาดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่จะควบคุมอาการของโรคได้ (จิรวรรณ อินคัม, 2539) เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า ขาดความกระตือรือร้น

ถึงแม้ผู้ป่วยโรคหัวใจจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว แต่หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติและความพึงพอใจในตน ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายเป็นระยะๆ ภายหลังการผ่าตัด และการที่ต้องปฏิบัติตนเยี่ยงผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เช่น การเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร เป็นต้น ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นหลังผ่าตัด แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เศร้าโศก เกิดความเครียด วิตกกังวล และต้องการการประคับประคองด้านจิตใจมากเช่นเดียวกับก่อนรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจแย่ลงด้วยเช่นกัน (จิรประภา ภาวิไล, 2535: 23-24; นงลักษณ์ บุญเยี่ย, 2537: 24-25)

1.2.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ จากอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจ ประกอบกับการที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจต้องมีการปรับตัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรับประทานยา การพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการของโรค การรับประทานยา การมีเพศสัมพันธ์ การพบแพทย์ตามนัด เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค ประกอบกับการที่อาการ

ของโรคไม่คงที่ อาจทวีความรุนแรงขึ้นได้ตลอดเวลาถ้าไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหายใจลำบาก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจึงใช้เวลาและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง เกรงว่าตนเองจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานบางรายอาจต้องเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานก่อนเวลาอันสมควร ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้เสริม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ไร้ความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังภาวะความเจ็บป่วย และการผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอารมณ์ โกรธ หลุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ใจน้อย ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวสนใจ และเอาใจใส่มากขึ้น อาจมีอาการแสดงของการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ซึ่งในระยะยาวย่อมส่งผลให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดหมดความอดทน หรือแยกจากไป นอกจากนี้หลังผ่าตัดช่วงการปรับตัวช่วงหนึ่ง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆยังไม่เป็นปกติ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความต่างจากคนอื่นๆ และกังวลต่อปฏิกิริยาของผู้อื่นต่อการผ่าตัดหัวใจของตน ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง เข้าสังคมน้อยลง ประกอบกับผู้ป่วยอาจเข้าใจในความสามารถของสมรรถภาพของร่างกายของตนผิดไป ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่พึงกระทำในครอบครัวได้ถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงของโรคหัวใจแล้วก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ รู้สึกตนไร้คุณค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตามบทบาทเดิมได้ เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวได้ ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่งลงเช่นกัน (จิรประภา ภาวิไล, 2535: 25; นงลักษณ์ บุญเยี่ย, 2537: 25-26)

อาจกล่าวได้ว่าผลของโรคหัวใจต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆนั้น มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน และเป็นภาวะที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้ในระยะยาวหากไม่ได้รับการแก้ไข

## 2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions)

### 2.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล

คน ซึ่งประกอบไปด้วย กาย จิต สังคม จะอยู่ในสิ่งแวดล้อม โดยจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และคนจะพยายามรักษาภาวะความสมดุลของตนเองไว้ โดยใช้กลไกการปรับสมดุล การที่คนสามารถดำรงภาวะสมดุลไว้ได้เรียกว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี แต่เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลนั้นไว้ได้ จะเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จนถึงภาวะวิกฤตหรือป่วยหนัก อาจถึงแก่ชีวิตได้ การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน ซึ่งเครื่องมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลดำรงซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพได้นั้น ก็คือการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบริการดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคอง การฟื้นฟู รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำต่อทั้งคนปกติ ผู้เจ็บป่วย คนพิการ และผู้ที่กำลังใกล้ตาย (มณีรัตน์ ทองดีพันธ์, 2542: 11-12) อย่างไรก็ตามมีผู้รู้มากมายหลายท่านได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลไว้ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

Gettrust & Brabec (1992) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นกิจกรรมหรือการเลือกการรักษาที่พยาบาลใช้ในการป้องกันโรค เพื่อแก้ไข หรือแก้ปัญหาการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง

Gordon (1994) อธิบายความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบัน ไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย

Murray & Atkinson (1994) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวางแผนและปฏิบัติ เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วย

McCloskey & Bulechek (1999) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแล การให้คำแนะนำปรึกษา การสอน และการนิเทศแก่ผู้ป่วยที่ได้รับ

บาดเจ็บ มีความพิการหรือบุคลิกผิดปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวต้องการการตัดสินใจ และทักษะเป็นพิเศษ โดยตั้งอยู่บนฐานของความรู้และหลักการในศาสตร์สาขาต่างๆ อาทิเช่น วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชีววิทยา วิทยาศาสตร์กายภาพ วิทยาศาสตร์ทั่วไป สังคมศาสตร์ จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และอื่นๆ

สมสมัย สุธีรสานต์ (2534) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือหรือกิจกรรมที่มีผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือทั้งในภาวะสุขภาพอนามัยปกติ และผิดปกติ ในการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือช่วยเหลือให้เผชิญภาวะสุดท้าอย่างสงบ เป็นการช่วยเหลือทั้งคน ซึ่งมีทั้งกาย จิต สังคม

มณีรัตน์ ทองดีพันธ์ (2542) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำหรือกิจกรรมทั้งหมดของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ และกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการแก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ดังนั้น จากความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำด้วยความตั้งใจ มีการวางแผนต่อผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่ต้องการหรือตามที่คาดหวังไว้

## 2.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลใน 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล แต่ลักษณะการพยาบาลจะเน้นหนักไปทางใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของการให้บริการการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลจึงมีทั้งงานที่ปฏิบัติได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และงานที่ต้องประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (ละออง หุตากร, 2529) นักวิชาการ และผู้รู้มากมายจึงได้แบ่งประเภทหรือหมวดหมู่ของการปฏิบัติการพยาบาลไว้แตกต่างกัน พอสรุปได้ ดังนี้

McCloskey & Bulechek (1999) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การกระทำทางการพยาบาล (Nurse - initiated treatment) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการกระทำที่อิสระมีพื้นฐานที่เป็นเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการในการพยากรณ์



วิธีการที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยทางการแพทย์และให้บรรลุปเป้าหมาย เช่น การสัมผัสผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้สุขศึกษา เป็นต้น

2. การกระทำทางการแพทย์ (Physician – initiated treatment) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ ที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่น การให้ยา การเฝ้าระวัง หรือภาวะกรดต่าง การให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น

3. การให้การช่วยเหลือการปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เอง เช่น การอาบน้ำ ป้อนอาหาร เป็นต้น

Gettrust & Brabec (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลซึ่งพึ่งพากัน ต่อมาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วย โดยจากการนำระบบ The Diagnosis Related Groups: DRGs มาใช้ในการคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคร่วม จึงทำให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยที่จะนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง มีการจัดระบบการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป มีความแตกต่างมากขึ้น Gettrust & Brabec จึงได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาล เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. Universal intervention หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภทในทุกกระบวนการของการจัดการดูแล

2. Inpatient intervention หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล การจัดการการพยาบาลเสมือนที่บ้าน สถาบันฟื้นฟูสภาพ และทุกระบบการจัดการดูแลแบบผู้ป่วยใน

3. Community health/home care intervention หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง โดยคนในครอบครัวหรือดูแลตนเอง แต่ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลเป็นระยะๆ

Charnow et al. (1993) ได้จัดกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลไว้ 3 ประเภท ได้แก่

1. แบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติ การปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะของการปฏิบัตินี้ ได้แก่

1.1 การปฏิบัติด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำ การขับถ่าย ออกซิเจน การนอนหลับ และความสะอาดสบาย ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษ เช่น สายให้ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

1.2 การปฏิบัติด้านจิตใจ เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยยกระดับอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและอำนวยความสะดวก

1.3 การปฏิบัติด้านสังคม เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้ผู้อุปการะให้สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

## 2. แบ่งตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล แบ่งออกได้เป็น

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำเป็นครั้งแรกกับผู้ป่วย โดยปราศจากคำแนะนำหรือคำสั่งแพทย์ แต่ต้องประสานกิจกรรมนี้กับกิจกรรมอื่นๆของทีมสุขภาพ

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำโดยเกิดจากการเขียนการรักษาหรือการบอกให้ทำจากทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น การให้ยา การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระในปัญหาาร่วม (Collaborative) เป็นการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ต้องการความรู้ การตัดสินใจ และความรอบคอบ

3. แบ่งตามพฤติกรรมพยาบาล แบ่งเป็น การประเมินและการเฝ้าระวัง การให้การบำบัด การส่งเสริมความสุขสบายและส่งเสริมหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนระบบทางเดินหายใจและการขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสอนและให้คำปรึกษา และการจัดการส่งต่อ

Murray & Atkinson (1994) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 4 ประเภท คือ การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment management) การปฏิบัติของพยาบาลเมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจและมีคำสั่งการรักษา (Physician - initiated and order intervention) การปฏิบัติของพยาบาลที่เป็นการปฏิบัติทางการรักษาของแพทย์ (Nurse - initiated and physician order intervention) การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลตามคำสั่งทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (Nurse - initiated and order intervention) ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ ได้แก่ การให้สุศึกษา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การส่งต่อให้กับพยาบาลทีมสุขภาพหรือสถาบันอื่น การให้การพยาบาลที่เฉพาะเพื่อป้องกันหรือลดปัญหา เช่น การดูแลเสมหะ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เช่น ความสุขสบาย การให้กำลังใจ ประเมินสภาพของผู้ป่วยหรือการสนองตอบของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการรักษา หรือการบำบัดอื่นๆ การวางแผนการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านความต้องการขั้นพื้นฐาน กิจกรรมของชีวิตประจำวัน และการรับรองความปลอดภัย

Snyder (1992) ได้ทำการศึกษา รวบรวม และจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

1.1 การฝึกการหายใจ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยฝึกการหายใจของผู้ป่วย เช่น การหายใจออกช้าๆ ลึกๆ เป็นจังหวะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระบบการหายใจดีขึ้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่ที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้บรรเทา เช่น ความวิตกกังวล อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

1.2 การออกกำลังกาย อาจเป็นการออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise) หรือช่วยผู้ป่วยในการออกกำลังกาย (Passive exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือส่งเสริมการทำงานของร่างกาย อวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่ที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้บรรเทา เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า เป็นต้น

1.3 การจัดทำ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยการจัดส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยให้ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อหวังผลในการรักษา ความสุขสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

2. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรู้และความคิด (Cognitive intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

2.1 การสร้างจินตภาพ เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการสร้างภาพจินตนาการหรือความนึกคิด เพื่อเป้าหมายเฉพาะหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นด้านจิตใจ ผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่ที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้ จึงมักเป็นความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

2.2 การควบคุมการตัดสินใจ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการกำหนดขอบเขตของการกระทำให้กับผู้ป่วยให้แคบลง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกการกระทำที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถควบคุมการกระทำนั้นได้ด้วยตนเอง

2.3 การทำข้อตกลง เป็นการตกลงหรือสัญญาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นรายบุคคล เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปตามที่ต้องการ

2.4 สมาธิ เป็นการให้ผู้ป่วยมุ่งที่จุดสนใจจุดเดียวอย่างแน่วแน่

2.5 การสอนและให้ข้อมูล เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ หรือทักษะบางอย่าง

3. การปฏิบัติการพยาบาลในด้านสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล เช่น

3.1 กลุ่มบำบัด เป็นการใช้กลุ่มในการบำบัดรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ หรือช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และความหวังในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับตัว คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2 การสนับสนุนครอบครัว เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหาของสมาชิกในครอบครัว และให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

3.3 การเป็นตัวแทน เป็นการกระทำเพื่อรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย โดยเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างรอบคอบ ถูกต้อง เหมาะสม

3.4 การสวดมนต์ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

4. การปฏิบัติการพยาบาลในการรับสัมผัส (Sensory intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล เช่น

4.1 การสัมผัส เป็นการใช้การสัมผัสส่วนร่างกายผู้ป่วย เช่น มือ แขน หรือหลัง เพื่อให้การช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้มาก ได้แก่ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล ความเจ็บปวด อาการกระสับกระส่าย

4.2 ดนตรี เป็นการใช้เสียงดนตรีบำบัด ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งสามารถใช้ในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลปกติได้ด้วย

4.3 ความร้อนและความเย็น เป็นการใช้ปริมาณความร้อนหรือความเย็นในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือภาวะต่างๆของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นิยมใช้การปฏิบัติการนี้ ตัวอย่างเช่น อาการปวด อาการบวม ความเหนื่อยล้า

4.4 การนวด เป็นการบรรเทาอาการหรือรักษาโดยการนวด โดยจะต้องพิจารณาถึงระดับความแรง วิธีการนวดประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มักใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้ ตัวอย่างเช่น ภาวะเครียด ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวของข้อ

จะเห็นได้ว่า การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น สามารถทำได้ในหลายแบบหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นในแง่มุมมองของลักษณะการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาล พฤติกรรมการพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วย รวมทั้งความอิสระในการปฏิบัติ แต่เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้กลุ่ม

ตัวอย่างในรายงานการวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่อยู่ในระยะรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ประกอบกับเมื่อพิจารณาลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการสอนและให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การประคบร้อน การจัดทำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งสามารถประยุกต์จัดออกเป็นกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลของ Snyder ได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้การแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder ดังกล่าว โดยแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 5 กลุ่ม คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

### 3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เป็นคำที่ G.V. Glass ใช้เป็นครั้งแรกโดยให้ความหมายว่า เป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (Analysis of analyses) ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัย(นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 1) ซึ่งการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญคือ เป็นการวิเคราะห์ทางสถิติของข้อค้นพบจากหลายงานวิจัยให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยในภาพรวม (Glass, McGaw, & Smith, 1981: 21) ซึ่งข้อสรุปผลการวิจัยที่ได้จะมีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่อง ข้อมูลในการสังเคราะห์งานวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลส่วนแรกเป็นข้อมูลจากผลการวิจัยแต่ละเรื่องที่วัดในรูปดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพล (Effect size) และดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ส่วนข้อมูลส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 3) ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานได้

#### 3.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีหลากหลาย แตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ ซึ่งพอจะรวบรวมได้ ดังนี้

Glass (1976) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณว่า เป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (Analysis of analyses) ซึ่งมีการนำงานวิจัยมาใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์ จึงเป็นการวิเคราะห์ที่เหนือกว่า ลึกซึ้งกว่าการวิเคราะห์ในงานวิจัยทั่วไป ต่อมา Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสังเคราะห์

งานวิจัยหลายๆเรื่อง que ที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ หักปริมาณประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ ให้ความสำคัญกับขนาดอิทธิพลมากกว่าระดับนัยสำคัญของการรวมค่าขนาดอิทธิพล และยังให้ ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

Hedges & Olkin (1985) ได้ให้ความหมายการวิเคราะห์หักปริมาณว่า เป็นวิธีการวิเคราะห์ผล ของการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อยุติ

Wolf (1986) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์หักปริมาณ เป็นการศึกษางานวิจัยทุกเรื่อง que ที่ศึกษา ปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อแยกงานวิจัย que ให้ผลการวิจัย que ที่เป็นผลสุดโต่ง(outlier) ออกจากกลุ่ม และนำงานวิจัย que ให้ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันมาวิเคราะห์เพื่อ ประเมินค่าความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ หรือแนวโน้ม que เป็นข้อสรุปตอบปัญหาวิจัย

Kulik & Kulik (1989) ให้ความหมายการวิเคราะห์หักปริมาณว่า เป็นการสังเคราะห์งานวิจัย que มีวิธีการวิเคราะห์สองลักษณะ คือ ลักษณะแรก เป็นการประมาณค่าดัชนีความสัมพันธ์ทั้งแบบ que เป็นการประมาณค่าด้วยวิธีทางสถิติ และการประมาณค่าโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ย ของตัวแปรในงานวิจัย ลักษณะที่สอง เป็นการรวมค่าดัชนีความสัมพันธ์ และการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีความสัมพันธ์ que ประมาณค่าได้

Mullen (1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 43) ได้ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์ หักปริมาณ เป็นกระบวนการเชิงปริมาณที่บูรณาการ และสรุปรวมรายงานการวิจัย โดยให้ผลสรุป que ถูกต้อง กระบวนการดำเนินงานเริ่มจากการกำหนดตัวเลขแทนคุณลักษณะและผลของการวิจัยแต่ละ เรื่อง จากนั้นเป็นการใช้วิธีการทางสถิติสังเคราะห์งานวิจัยเข้าด้วยกัน

รัตนะ บัวสนธ์ (2534: 7) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์หักปริมาณเป็นการสังเคราะห์งานวิจัย เชิงปริมาณประเภทหนึ่ง que ใช้วิธีการที่มีระบบ ใช้หลักการและระเบียบวิธีการทางสถิติ เพื่อหา คำตอบสรุปให้กับงานวิจัยเชิงปริมาณ que มีผู้ทำการวิจัยหลายคนในเรื่องเดียวกัน มีลักษณะปัญหาการ วิจัยคล้ายกัน แต่อาจใช้กลุ่มตัวอย่าง วิธีการทางสถิติวิเคราะห์ หรือตัวแปรบางตัวต่างกัน

กรองใจ อุณหสูต (2539: 13) ให้ความหมายของการวิเคราะห์หักปริมาณว่า เป็นการวิจัยเชิง ปริมาณ que ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่อง que ที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใช้ งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวอย่างในการวิเคราะห์ เน้นการสร้างดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยแต่ละ เรื่อง แล้วจึงสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน และอธิบายความแปรปรวน ของค่าประมาณดัชนี เพื่อสรุปผลเป็นข้อสรุปใหม่ que มีความเป็นปรนัย และเชื่อถือได้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542: 44) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์หักปริมาณเป็นการสังเคราะห์ งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่ง que นำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการทาง สถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุป que มีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง

จากความหมายของการวิเคราะห์อภิมานที่รวบรวมมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่องซึ่งศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปใหม่ที่เป็นปรนัย เชื่อถือได้ และมีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลการวิจัยเดิมแต่ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน คือ ดัชนีมาตรฐาน ซึ่งอยู่ในรูปของดัชนีขนาดอิทธิพลหรือดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์ คือ งานวิจัย จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์อาจแยกได้ 2 ประการ คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานและตัวแปรปรับ ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะงานวิจัย

### 3.2 คุณลักษณะการวิเคราะห์อภิมาน

Glass, McGaw, & Smith (1981: 21-23) กล่าวถึงคุณลักษณะของการวิเคราะห์อภิมานไว้ดังนี้

1. การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มีการใช้ตัวเลขและวิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล ประชากรที่ศึกษา คือ งานวิจัย โดยมีตัวแปรตาม คือ ผลการวิจัยที่ดัดแปลงให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่เรียกว่า ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ส่วนตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะการวิจัย

2. การวิเคราะห์อภิมานช่วยให้ได้มาซึ่งข้อสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยที่ไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยตั้งแต่ก่อนนำมาวิเคราะห์ จะนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ทั้งหมด เนื่องจากแม้งานวิจัยมีความไม่สมบูรณ์บางอย่างก็มีคุณค่าบางประการที่สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่สำคัญได้ และความบกพร่องที่มีอยู่ควรจะนำมาวิเคราะห์และพิจารณาในภายหลัง ไม่ใช่พิจารณาตัดออกตั้งแต่แรก

3. การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยเชิงที่มุ่งแสวงหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีลักษณะที่เหมือนกันทุกๆด้าน เพราะในทางปฏิบัติจริงไม่สามารถหางานวิจัยที่เหมือนกันทุกด้านได้ และหากเป็นงานวิจัยที่เหมือนกันในทุกด้านย่อมให้ผลการวิจัยที่ไม่แตกต่างกัน ควรทำการวิเคราะห์อภิมานงานวิจัยที่เหมือนกันในบางด้านเท่านั้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ประเด็นที่แตกต่างของงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันบางประการ เช่น ระเบียบวิธีวิจัย เป็นต้น โดยยังสามารถบอกได้ด้วยว่าความแตกต่างเหล่านั้น มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยหรือไม่

### 3.3 หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

สาระสำคัญของหลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 56-62) มีดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวแปรตาม อาจกล่าวได้ว่า จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นไม่แตกต่างกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยทั่วไปทั้งการวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

2. ตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม และมิตุณลักษณะงานวิจัยที่สนใจศึกษาเป็นตัวแปรต้น และนำมาใช้เป็นตัวแปรปรับในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ลักษณะ ประเภทของตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีลักษณะเหมือนตัวแปรในงานวิจัยทั่วไป

3. การวางแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณยังคงใช้หลักแม็กซ์-มิน-คอน (max-min-con principle) เช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป ซึ่งหลักการแม็กซ์-มิน-คอนนี้เป็นหลักในการควบคุมคุณภาพของความแปรปรวน โดยเพิ่มความแปรปรวนเชิงระบบให้มีค่าสูงสุด ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนให้เหลือน้อยที่สุด และควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นไม่สามารถวางแผนการวิจัยในแบบการวิจัยเชิงทดลองได้ ในการควบคุมความแปรปรวนส่วนใหญ่จึงต้องใช้หลักการนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษาแล้วควบคุมโดยใช้วิธีการทางสถิติ

### 3.4 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีขั้นตอนการดำเนินการวิเคราะห์ 5 ขั้นตอน เช่นเดียวกันกับการดำเนินการวิจัยทั่วไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 62-99) ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

โดยทั่วไปในการวิจัยเชิงปริมาณมักจะมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ มีการกำหนดปัญหาการวิจัยหลักๆ อยู่ 3 ปัญหา คือ ค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของตัวแปรตามมีค่าเท่าไร ความแปรปรวนมีมากน้อยเพียงไร มีปัจจัยใดอธิบายความแปรปรวนได้ และอธิบายได้มากน้อยอย่างไร ในการกำหนดปัญหาวิจัยสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณก็มีปัญหาหลัก 3 ประการเช่นเดียวกัน ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของดัชนีมาตรฐาน ปัญหาเกี่ยวกับความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน และปัญหาเกี่ยวกับผลการวิจัยที่สังเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์อย่างไร

ส่วนการกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้ง หรือมีจำนวนมากให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป เพื่อให้ได้องค์



ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ และให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้

### ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และศึกษาสังเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย สร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์อภิमान โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน วิธีการสังเคราะห์รายงานที่ใช้อาจใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายแบบเดียวกับวิธีที่ใช้ในการวิจัยทั่วไป หรือจะนำเสนอแต่เพียงรายงานว่ามียางานวิจัยเป็นจำนวนเท่าไร มีลักษณะทั่วไปเป็นอย่างไร

### ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้สามารถแยกได้เป็น 4 งาน ดังนี้

1. การเสาะค้นงานวิจัย โดยต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยที่ต้องการก่อนว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาลักษณะแบบใด มีความทันสมัยมากน้อยเพียงใด เป็นงานวิจัยจากหน่วยงานใด หรือใช้จากทุกหน่วยงาน เมื่อได้ขอบเขตกว้างๆ แล้วจึงลงมือเสาะค้นงานวิจัย ทั้งนี้ Mullen (1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 66-67) ได้ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทาง คือ การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (on-line computer search) การสืบค้นจากดัชนี (abstracting service) การสืบค้นจากการอ่านเล่น (browsing) การสืบค้นจากวิทยาลัยที่มองไม่เห็น (the invisible college) การสืบค้นย้อนหลัง (ancestry approach) และการสืบค้นต่อเนื่อง (descendancy approach) ในการสืบค้นทั้ง 6 วิธีนี้ วิธีการสืบค้นย้อนหลังและการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์จัดได้ว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก ส่วนใหญ่จะได้แหล่งรายการอ้างอิงและบทความเพื่อไปหางานวิจัยฉบับเต็มต่อไป และในปัจจุบันการสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ออนไลน์สามารถค้นได้เอกสารงานวิจัยฉบับเต็มด้วย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 67)

2. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ เมื่อได้ทำการเสาะค้นงานวิจัยตามขั้นตอนที่ 1 แล้ว นักวิจัยจะต้องตัดสินใจว่าจะสังเคราะห์งานวิจัยทุกเรื่อง หรือเลือกศึกษาเฉพาะบางส่วน ซึ่งอาจเลือกได้ใน 4 ลักษณะ (Glass, McGaw, & Smith, 1981) คือ การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ จะทำให้ได้ผลการวิเคราะห์อภิमानที่ครบสมบูรณ์ แต่จะเสียเวลา การเลือกงานวิจัยโดยใช้การแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัย ซึ่งวิธีนี้นักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัย แล้วสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งวิธีนี้อาจเกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้ และการเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่ง Glass, McGaw, & Smith (1981) ไม่เห็นด้วยกับวิธีการนี้ เพราะเชื่อว่างานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในการวิจัย

3. การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์อภิमानทุกประเภทมีเพียง 2 แบบ คือ แบบประเมินงานวิจัย และแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกถึงคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัย สอดคล้องกับชื่อเรื่องหรือปัญหาการวิจัย สมมติฐานงานวิจัยมีหลักฐานสนับสนุน ใช้วิธีการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ เป็นต้น ส่วนแบบบันทึกข้อมูลอาจทำเป็นตารางหรือแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิดก็ได้ เมื่อสร้างแบบบันทึกข้อมูลอาจทำเป็นตารางหรือแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิดก็ได้ เมื่อสร้างแบบบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการและกำหนดรหัสสำหรับตัวแปรแล้ว จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5-10 เรื่อง ซึ่งในขั้นการทดลองนี้นักวิจัยที่ทำการวิเคราะห์อภิमानจะพบว่า ต้องมีการปรับปรุงรูปแบบเครื่องมือหลายครั้งกว่าจะลงตัวใช้งานได้จริง

4. การบันทึกข้อมูล เป็นขั้นตอนของการบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกและการลงรหัสสำหรับตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่แล้วไม่มีปัญหา แต่การบันทึกผลการวิจัยโดยต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานก่อนข้างมีปัญหา เพราะในทางปฏิบัติรายงานการวิจัยนั้นมักมีแบบแผนการวิจัยที่หลากหลาย และรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้เสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยนำเสนอวิธีการประมาณค่าไว้สองวิธี คือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

#### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในขั้นตอนนี้จะครอบคลุมถึงงานสำคัญ 3 งาน ได้แก่

1. การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ นักวิจัยต้องสร้างไฟล์ข้อมูลเหมือนในงานวิจัยทั่วไป พร้อมทั้งต้องตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดมีค่าขาดหาย (missing) บ้าง ถ้ามีค่าขาดหายมากต้องตรวจสอบว่าการขาดหายเกิดขึ้นโดยการสุ่มหรือมีระบบ รวมทั้งพิจารณาประมาณค่าการขาดหาย

2. การตรวจสอบลักษณะของการแจกแจงของตัวแปร นักวิจัยต้องจัดทำตารางแจกแจงความถี่คุณลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และหาค่าสถิติบรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบว่าการแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติหรือไม่ นอกจากนี้ต้องทำการตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่จะใช้สถิติวิเคราะห์แต่ละประเภทหรือไม่ด้วย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นนั้นเป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสำคัญ อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และค่าดัชนีมาตรฐานโดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย เป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่ง

วัดในรูปดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันก็จะสามารถสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่างหรือความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้อาจทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ สถิติวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอย และการวิเคราะห์พหุระดับ

**ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและนำเสนอรายงาน**

การสรุปและนำเสนอรายงานจัดเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์อภิमान โดยต้องมีการสรุปผล การอภิปรายผลที่เชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีต และความรู้ทางทฤษฎี รวมทั้งยังต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะทางวิชาการด้วย ผลการวิเคราะห์อภิमानนี้จะต้องให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้ง เหนือชั้นกว่างานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาสังเคราะห์ และข้อสรุปข้อเสนอแนะควรต้องมีความกว้างโดยทั่วไป (generality) มากกว่างานวิจัยปกติ ในส่วนของรายงานการวิเคราะห์อภิमानนั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากรายงานการวิจัยโดยทั่วไปอยู่เพียงประการเดียว คือ รายงานการวิเคราะห์อภิमानจะมีบรรณานุกรมแยกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นบรรณานุกรมสำหรับรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่น่ามาสังเคราะห์

### 3.5 ประโยชน์ของการวิเคราะห์อภิमान

Hunt (1997) และ Hunter & Schmidt (1990) ได้ระบุถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์อภิमानไว้ดังนี้

1. การวิเคราะห์อภิमानจะให้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูง และเชื่อถือได้มากขึ้น เนื่องจากมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีระบบ ใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้ ในขณะที่การสังเคราะห์งานวิจัยประเภทพรรณนาใช้วิธีการที่ค่อนข้างเป็นอัตนัย มีความแตกต่างระหว่างนักวิจัยแต่ละคน
2. เป็นประโยชน์ในการทำรายงานการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพราะการวิเคราะห์อภิमानเป็นวิธีการที่มีระบบ จึงช่วยให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไป ในแง่มุมต่างๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และยังช่วยชี้แนะให้เห็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยต่อไปได้ชัดเจนขึ้น
3. ในกรณีที่มิงานวิจัยบางเรื่องให้ผลการวิจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ การวิเคราะห์อภิमानสามารถช่วยตรวจสอบสาเหตุที่ทำให้งานวิจัยเหล่านั้นมีผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ทำให้ได้แง่มุมใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อไป

4. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทฤษฎี ทั้งนี้เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณจะมีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลการวิจัยจากงานวิจัยโดยทั่วไป จึงช่วยให้ได้หลักฐานสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ นับเป็นการขยายขอบเขตของความรู้ให้มีการพัฒนามากยิ่งขึ้นต่อไป

### 3.6 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นถึงแม้จะมีหลักการในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยเป็นแบบเดียวกัน แต่วิธีการวิเคราะห์ยังมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในปัจจุบันพบได้ใน 6 วิธี คือ

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

2. วิธีของ Hunter (Hunter, Schmidt, & Jackson, 1982; Hunter & Schmidt, 1991) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการปรับแก้ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของดัชนีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลาดเคลื่อน 3 ชนิด คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ความคลาดเคลื่อนในการวัด และความคลาดเคลื่อนจากความจำกัดของพิสัย แล้วจึงพิจารณาว่าเป็นความแปรปรวนมีระบบที่เนื่องมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวใด เพื่อจะได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มงานวิจัย เมื่อกำหนดงานวิจัยกลุ่มย่อยๆแต่ละกลุ่มไม่มีความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานแล้ว จึงจะสังเคราะห์สรุปผล อาจกล่าวได้ว่า หัวใจของการวิเคราะห์ตามวิธีการของ Hunter อยู่ที่การปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในดัชนีมาตรฐานก่อนนำมาสังเคราะห์สรุปผล ในขณะที่วิธีของ Glass จะอธิบายความแปรปรวนมีระบบของดัชนีมาตรฐานด้วยตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

3. วิธีของ Rosenthal (Rosenthal, 1991) เป็นวิธีแรกที่ได้รับการพัฒนา ลักษณะสำคัญของวิธีนี้ที่แตกต่างจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณวิธีอื่น คือ การนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการสังเคราะห์และกำหนดสูตรในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล 2 แบบ ได้แก่ การคำนวณจากค่าขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างและค่าสถิติในการทดสอบสมมติฐาน และการคำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ โดยใช้สูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) คือ ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร และมีสูตรสำหรับการวิเคราะห์หาข้อสรุปเกี่ยวกับค่าดัชนีมาตรฐานทั้งที่เป็นขนาดอิทธิพล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังแยกการวิเคราะห์ตามตัวแปรปรับสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

4. วิธีของ Hedges (Hedges & Olkin, 1985) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อนหลักการคือ การตรวจสอบความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน โดยใช้ค่าสถิติ Q ซึ่งมีหลักการคล้ายกับการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อพบว่า มีความแปรปรวนน้อย หรือไม่มีความแปรปรวน จึงจะสังเคราะห์งานวิจัยโดยการหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง

5. วิธีของ Slavin (1995 อ้างถึงในนงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) วิธีนี้เน้นความสำคัญของการคัดเลือกแต่งงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เนื่องจาก Slavin มีความเชื่อว่า ถ้างานวิจัยเดิมไม่มีคุณภาพ ผลการสังเคราะห์ก็ย่อมไม่มีคุณภาพด้วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติวิธีการนี้มีข้อจำกัดเพราะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณมีจำนวนไม่มากนัก เมื่อคัดเฉพาะผลงานที่มีคุณภาพดี ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีจำนวนน้อยลงไปอีก การสรุปอ้างอิงผลการวิจัยจึงมีข้อจำกัด

6. วิธีของ Mullen (1989 อ้างถึงในนงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) เป็นวิธีการที่ได้รับการพัฒนาล่าสุด ใช้หลักการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) และใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนนพิชเชอร์'ส์ซีในการวิเคราะห์ การประมาณค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานใช้การหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก จุดเด่นของวิธีนี้คือ มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยตรง ซึ่งโปรแกรมสามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน และทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้

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

### 3.7 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ถ้อยความ

ในการวิเคราะห์ถ้อยความนั้น หน่วยการวิเคราะห์ คือ งานวิจัยแต่ละเรื่องที่มีข้อมูลทางสถิติ (กรองไค อุณหสูต, 2539: 14) ซึ่งต้องมีการแปลงข้อมูลทางสถิติหรือข้อค้นพบนั้นๆ ให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผล และสรุปด้วยวิธีการวิเคราะห์ต่างๆต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาวิเคราะห์นั้นอาจมีการวัดผล การวิเคราะห์ผล และการรายงานผลการวิจัยที่แตกต่างกันออกไป (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545; นวลสกุล แก้วลาย, 2545) โดยดัชนีมาตรฐานที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 3 แบบ ได้แก่

1. ขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นค่าดัชนีที่บอกขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้น หรือตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม (กรองไค อุณหสูต, 2539: 15) ซึ่งมีการพัฒนาสูตรคำนวณขึ้นโดย Cohen (1977) โดยกำหนดว่า ขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับ อัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม และต่อมา Glass, McGaw & Smith (1981) ได้พัฒนาสูตรโดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมแทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม เนื่องจากไม่ได้รับผลกระทบจากการทดลอง

2. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่บอกถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ โดยจะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3. การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีที่บอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติ โดยใช้การพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือที่เรียกว่า การแจกแจง (voting method) กล่าวคือ แจกแจงว่ามีผลการวิจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก เชิงลบ หรือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเป็นจำนวนอย่างละเท่าใด โดยจำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป ซึ่งการใช้มีนัยสำคัญทางสถิตินี้ไม่ได้คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัย และไม่สามารถอธิบายขนาดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้

สำหรับการแปลความหมายของค่าขนาดอิทธิพลนั้น สามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ ตามแนวคิดของ Cohen (1977) และแนวคิดของ Glass, McGaw, & Smith (1981) โดย Cohen (1977) ได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าขนาดอิทธิพลไว้ว่า ค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดเล็กจะมีค่าเท่ากับ 0.2 ค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดปานกลางจะมีค่าเท่ากับ 0.5 และค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดสูงมีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป ในขณะที่ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้เสนอแนวคิดว่า นักวิจัยสามารถแปลผลค่าขนาดอิทธิพลได้โดยเปรียบเทียบกันเองระหว่างค่าขนาดอิทธิพลที่ได้ในการวิเคราะห์ถ้อยความเดียวกัน แต่การอธิบายค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้การบรรยายคุณศัพท์ว่า น้อย ปานกลาง หรือ มาก

นั้น อาจเบี่ยงเบนความหมายไปจากความเป็นจริงได้ จึงเสนอให้แปลความหมายค่าขนาดอิทธิพล โดยอาศัยค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (percentiles) มาอธิบาย เพื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลโดยตรง

ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ต้องการศึกษาถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งประชากรในการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองเท่านั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าดัชนีมาตรฐานในลักษณะของค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1977) มาอธิบาย เพื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพล

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

กรองไค อุณหสุต และคณะ (2539) ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ. 2527 ถึงพ.ศ. 2536 โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ใช้ตัวอย่างงานวิจัย 14 เรื่องจากประชากรเชิงนิยาม 52 เรื่อง สังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Hedges และ Rosenthal ทำการคำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยทุกเรื่อง ทดสอบความเท่ากันของขนาดอิทธิพล และศึกษาความแปรปรวนในขนาดอิทธิพลจากการใช้ตัวแปรลักษณะงานวิจัย ได้ค่าขนาดอิทธิพล 56 ค่า ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ขนาดอิทธิพลของการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดส่วนใหญ่มีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดเล็กถึงปานกลาง การพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีการเตรียมตัวอย่างเป็นแบบแผนมีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อทั้งตัวแปรการปรับตัวทางกายและทางจิตสังคม ส่วนการพยาบาลที่ไม่มีการเตรียมอย่างมีแบบแผนมีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรการปรับตัวทางกาย และมีขนาดอิทธิพลเป็นบวกและลบต่อตัวแปรการปรับตัวทางจิตสังคม นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลสามารถอธิบายได้ด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

อรพินทร์ ใจสุนทร (2542) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยจำนวน 60 เรื่อง คำนวณค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล จำนวน 355 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำในทางบวก ผลของการฝึกอบรมทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม การให้ความรู้โรคเอดส์โดยการสอนแบบอภิปรายกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ดีกว่าใช้วิธีการสอนแบบ

บรรยาย นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยได้ร้อยละ 27.21

สินีนาฏ ลิขิตรัตน์เจริญ (2542) ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้งานวิจัยทั้งหมด 57 เรื่อง วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลโดยวิธีการของกลีซ และวิเคราะห์เพื่ออธิบายอิทธิพลของลักษณะงานวิจัยโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพล 193 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 ด้านที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ของผู้ป่วย และความเชื่อและเจตคติต่อโรคเบาหวาน นอกจากนี้ในส่วนของลักษณะงานวิจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล การใช้สื่อการสอนหลายชนิด การให้คำแนะนำเป็นกลุ่ม และระยะเวลาติดตามสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยทั้งหมดได้ร้อยละ 41.90 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมภาวะเบาหวานสามารถทำนายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้านการควบคุมเมตาบอลิกได้ร้อยละ 33.33 การให้ความรู้และสนับสนุนที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุความสามารถในการควบคุมภาวะเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้านความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 28.20 การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้านความรู้ได้ร้อยละ 66.30 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้านความเชื่อและเจตคติต่อโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.10 สรุปได้ว่า การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ในด้านต่างๆของผู้ป่วย

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2544) ได้ทำการทบทวนและวิเคราะห์เชิงอภิมาณในงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2531-2542 โดยมีงานวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณได้เพียง 123 เรื่องจากงานวิจัยทั้งหมด 180 เรื่อง การวิเคราะห์แยกตามประเภทงานวิจัย คือ งานวิจัยเชิงบรรยาย และงานวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณของการวิจัยเชิงบรรยาย จำนวน 67 เรื่อง พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล ดังนี้ การศึกษาอยู่ระหว่าง 0.45-0.99 รายได้ 0.06-1.25 แรงสนับสนุนทางสังคม 0.16-1.62 ความรู้ในการดูแลตนเอง 0.42-1.27 ผลลัพธ์ทางสุขภาพ 0.52-2.44 ส่วนอายุมีค่าขนาดอิทธิพลทั้งเป็นบวกและลบ มีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง -0.72-0.77 ส่วนผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยในงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 56 เรื่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล



ตนเองสูงสุดในผู้ป่วยคิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยมีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.90 ต่ำสุดในผู้ป่วยมะเร็งโดยมีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.60 ค่าขนาดอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอยู่ในช่วงดังต่อไปนี้ ในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 0.32-3.47 ในผู้ป่วยมะเร็งเท่ากับ 0.05-1.75 ในหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 0.14-2.31 ในผู้ป่วยคิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เท่ากับ 0.90-2.47 ส่วนขนาดอิทธิพลของการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเท่ากับ 0.27-1.15 ในผู้ป่วยคิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เท่ากับ 0.41-1.68 ในผู้ป่วยผ่าตัดขนาดอิทธิพลต่อการบรรเทาความปวดอยู่ระหว่าง 0.10-2.14 ต่อภาวะแทรกซ้อน 0.04-2.50 ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย 0.43-1.92 ต่อระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 0.25-0.83 โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองสามารถลดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลได้เฉลี่ย 1.14 วัน

อาภรณ์ คำก้อน (2545) ทำการวิเคราะห์ห่อถักเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยสัลยกรรมในประเทศไทย มีกลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยสัลยกรรมในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522-2543 จำนวน 52 เรื่อง วิเคราะห์ผลการสอนโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw & Smith วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 319 ค่า ผลการวิจัยพบว่า การสอนรายกลุ่มและการสอนรายบุคคลมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยระดับสูง เท่ากับ 0.89 และ 0.77 ตามลำดับ วิธีการสอนโดยการอภิปรายและการสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 0.89 การใช้สื่อการสอนหลายชนิดมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 0.79 ระยะเวลาการสอนที่ให้ผลดีที่สุด คือ สอนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.64 ขนาดอิทธิพลของการสอนต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และภาวะจิตใจอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเท่ากับ 2.73 0.98 และ 0.85 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการสอน

นวลสกุล แก้วลาย (2545) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อถักเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยในประเทศไทยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 36 เรื่อง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith วิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะงานวิจัยต่อผลลัพธ์ของการศึกษาด้วยการวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 172 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบ และมีค่าอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -5.05 วิธีการพยาบาลที่ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่ออารมณ์ขัน การใช้เครื่องเทนส์ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้การเล่นเกมส์ การนวด การให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติตน การจัดทำผู้ป่วย การผ่อนคลาย และการใช้หลายวิธีร่วมกัน ตามลำดับ และยังพบว่า กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 48

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ (2545) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยในประเทศไทยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 36 เรื่อง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith วิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะงานวิจัยต่อผลลัพธ์ของการศึกษาด้วยการวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณ ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 70 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบ และมีค่าอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -2.95 วิธีการพยาบาลที่ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้หลายวิธีร่วมกัน การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การสอนหรือการให้ข้อมูล การใช้ดนตรีบำบัด การฝึกผ่อนคลาย และการใช้สัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด ตามลำดับ และยังพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การใช้แบบสังเกตพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการวัดผลการศึกษามากที่สุด และเมื่อนำตัวแปรคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดมาพิจารณาาร่วมกัน จะสามารถทำนายขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 59

อัจฉรา นุตตะโร (2546) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยในประเทศไทยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 51 เรื่อง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1987) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 139 ค่า ผลการวิจัยพบว่า เทคนิคการผ่อนคลายที่นำมาศึกษามากที่สุด ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการหายใจ ผลลัพธ์ด้านสรีระและด้านจิตใจของการใช้การบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ต่างชนิดกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ด้านสรีระและด้านจิตใจ โดยมีประสิทธิผลด้านจิตใจสูงกว่าด้านสรีระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบว่าตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของเทคนิคการผ่อนคลาย

Linden, Stossel & Maurice (1996) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยแบบ Randomized controlled trials ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 23 เรื่อง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Cohen และ Rosenthal ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตสังคมมี psychological distress , ระดับความดันโลหิตตัวบน (Sbp) , อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับคลอเรสเตอรอลลดลง โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.34, -0.24, -0.38 และ -1.54 ตามลำดับ

Kinney et al. (1996) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี 1987 ถึง 1991 จำนวน 84 เรื่องจากจำนวนทั้งหมด 103 เรื่อง คำนวณค่า

ขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Hedges & Olkin ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมมีขนาดเล็ก โดยมีค่าเท่ากับ 0.31 และยังพบว่า คุณภาพของงานวิจัย เพศของกลุ่มตัวอย่าง ช่วงระยะเวลาการสุ่มตัวอย่าง ลักษณะของการจัดกระทำ สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง มติการวัดคุณภาพชีวิต และขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้

Dusseldorp et al. (1999) ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โปรแกรม psychoeducational ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี 1974 ถึง 1997 จำนวน 37 เรื่องจากจำนวนทั้งหมด 52 เรื่อง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Cohen ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมนี้สามารถช่วยลดการตายจากโรคหัวใจได้ร้อยละ 34 ลดการกลับเป็นซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 29 และมีผลทางบวกต่อระดับความดันโลหิต ระดับคลอเรสเตอรอล น้ำหนักตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และนิสัยการรับประทาน นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีผลต่อเป้าหมายระยะสั้นคือ ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และความทุกข์ทางจิตใจ มักจะมีผลต่อเป้าหมายระยะยาว ได้แก่ การตายด้วยโรคหัวใจ การกลับเป็นซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย

## 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิเคราะห์ห่อภิมาณประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Snyder (1992) โดยแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 5 ด้าน คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

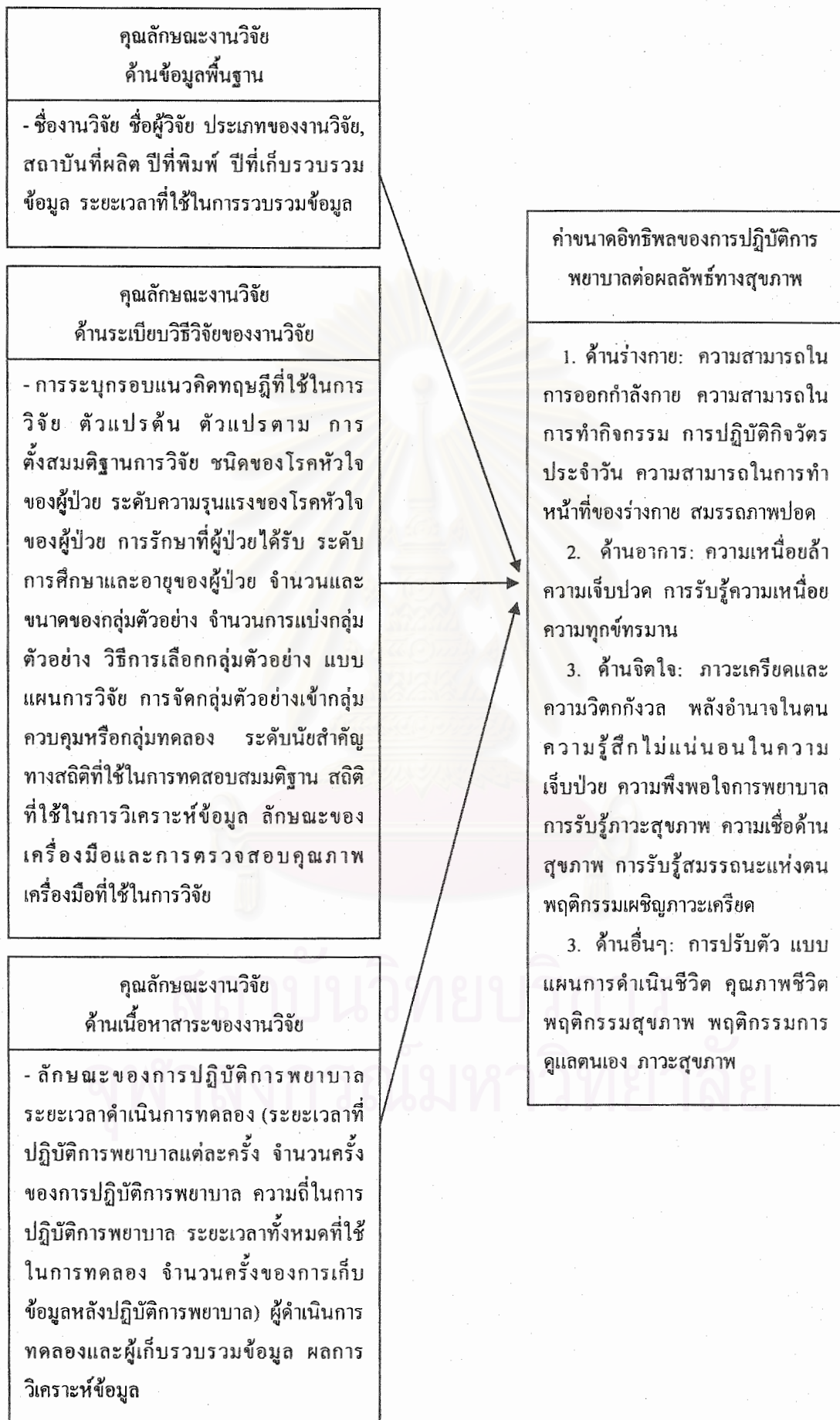
การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นคำที่กลาส (Glass, 1981) ใช้เป็นคนแรกเมื่อปีค.ศ. 1976 ในความหมายว่า เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่อาศัยตัวเลข และวิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ สรุปผลการวิจัยจากงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยในประเด็นเดียวหรือใกล้เคียงกัน โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มุ่งศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนมาก โดยไม่ตัดสินคุณค่าของงานวิจัยตั้งแต่ก่อนนำมาวิเคราะห์ รวมทั้งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกประการ แต่จะต้องมีความคล้ายคลึงกันในบางด้าน คือ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นตัวแปรต้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นตัวแปรตาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยแต่ละเรื่องจะถูกนำมาปรับให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานเดียวกันที่ช่วยบ่งบอกถึงอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำ (การปฏิบัติการพยาบาล) ต่อตัวแปรตาม (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นผลของการปฏิบัติการพยาบาลนั่นเอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยแต่ละเรื่องย่อมมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัย และเนื้อหาของสาระของงานวิจัย ซึ่งคุณลักษณะงานวิจัยดังกล่าวนี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่าขนาดอิทธิพลได้ จึงควรศึกษาถึงผลของคุณลักษณะงานวิจัยต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจด้วย

จากมโนทัศน์หลักทางการพยาบาล ได้อธิบายว่า คน ซึ่งประกอบไปด้วย กาย จิต สังคม เป็นระบบเปิดและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา คนจะพยายามรักษาสภาวะความสมดุลของตนเองไว้ โดยใช้กลไกการปรับสมดุล การที่คนสามารถดำรงภาวะสมดุลไว้ได้เรียกว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพดี แต่เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลนั้นไว้ได้ จะเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จนถึงภาวะวิกฤตหรือป่วยหนัก อาจถึงแก่ชีวิตได้ การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือดูแลตนเองได้น้อยลง ความต้องการการพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้น

ในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นสภาวะของโรคมีผลคุกคามต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลของตนเองไว้ได้ จำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลดังเดิม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลของ Snyder (1992) ที่แบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถประยุกต์สอดคล้องตามแนวคิดของ Snyder (1992) ได้ มีบางการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้นที่เป็นการผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Snyder มากกว่า 1 แบบ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Snyder (1992) ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และความคิด การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแสดงในภาพ



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ และศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในการวิจัยนี้มีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งเป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา จากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยแต่ละเรื่องต้องเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-59 ปี)
2. เป็นงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2522 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2547
3. เป็นงานวิจัยประเภทเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) หรือ ค่า t-test, F-test, Z-test, U-test

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 27 ข้อ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต ปีที่พิมพ์ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การระบุงกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การตั้งสมมติฐานการวิจัย ชนิดของโรคหัวใจของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ระดับการศึกษาและอายุของผู้ป่วย จำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

## การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมทั้งรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิมานเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุม เหมาะสมในด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการ

สนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของสินีนากู ลิขิตเจริญรัตน์(2543) ซึ่งคัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทย ของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ(2542) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจที่คัดแปลง และปรับข้อความให้เหมาะสมแล้วนั้น ไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย

1.1 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจไปปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อความและความครอบคลุม นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

1.2 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจฉบับดังกล่าว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อความ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย 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

1.3 ทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง จำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย นำมาปรับปรุงแก้ไข และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มา



หาค่าความเที่ยงของการสังเกต (ทศนิยม 2 ตำแหน่ง, 2542: 33; Polit & Hungler, 1999: 417; Burns & Grove, 2001: 396) ตามสูตร

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

ผลการตรวจสอบได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.92 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater Reliability) โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการประเมินซ้ำเท่ากับ 0.95 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit & Hungler, 1999: 417; Burns & Grove, 2001: 396) เช่นกัน แสดงว่า สามารถนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นแบบประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) กิริติ วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวความคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4 โดยมีความหมายการให้คะแนนดังนี้

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

ทั้งนี้การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0 – 120 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน

รวมคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) ซึ่งได้แบ่งระดับคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เปอร์เซ็นต์ไว้ ดังนี้

A	=	1 – 25 % แรก	หมายถึง	ดีมาก
B	=	26 – 50 % ต่อมา	หมายถึง	ดี
C	=	51 – 75 % ต่อมา	หมายถึง	ปานกลาง
D	=	76 – 100 % ต่อมา	หมายถึง	ต้องปรับปรุง(เลว)

ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยดังกล่าวมาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้ ในการวิจัยนี้จึงมีการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่ง ดังนี้

91 – 120 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
61 – 90 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
31 – 60 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
0 – 30 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับควรปรับปรุง

### การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้

1. ศึกษาการสร้าง และรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ของBrown (Brown, 1990 cited in Brown, 1991: 353) กิริติ วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบูรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจประกอบด้วย การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8 ด้านได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย 8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดหัวข้อและข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย

2. กำหนดหัวข้อและข้อคำถามการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ(rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

## การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดย

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

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

การกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 4 ระดับคือ

- 1 หมายถึง คำถามไม่ครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก  
จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย  
จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 4 หมายถึง คำถามมีความครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน

ผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกัน ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

2.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (ทศนีย์ นะแสง, 2542: 33; Polit & Hungler, 1999: 417; Burns & Grove, 2001: 396) ตามสูตร

ความเที่ยงของการสังเกต = จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน

จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน+จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน

ผลการตรวจสอบได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrater Reliability) โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการประเมินซ้ำเท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit & Hungler, 1999: 417; Burns & Grove, 2001: 396) เช่นกัน แสดงว่า สามารถนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สืบรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจจากทุกมหาวิทยาลัย โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ “ผู้ป่วยโรคหัวใจ” สืบค้นจากฐานข้อมูลห้องสมุดในมหาวิทยาลัยต่างๆ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ รวมทั้งฐานข้อมูลของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ตเช่น <http://www.car.chula.ac.th>, <http://www.li.mahidol.ac.th>, <http://www.lib.cmu.ac.th>, <http://www.kku.ac.th>, <http://www.moph.go.th>, <http://thesis.tiac.or.th>, <http://www.riclib.nrct.go.th>

ค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมดด้วยมือ จากบัตรคำในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ และสถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดศูนย์สารสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ค้นวารสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมดด้วยมือ จากบัตรคำในห้องสมุดต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ และสถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดศูนย์สารสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ผลการสำรวจข้อมูลงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำในประเทศไทย ตั้งแต่ปี.ศ. 2522 – 2547 จำนวนทั้งสิ้น 40 เรื่อง

2. นำงานวิจัยที่สำรวจได้มาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจและคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ไม่มีค่าสถิติเพียงพอในการนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ ดังนั้น คงเหลืองานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้จำนวน 37 เรื่อง

3. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ในกรณีที่ไม่น่าสนใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

4. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย หากมีส่วนใดไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะทำการอ่านงานวิจัยนั้นอีกครั้ง และบันทึกเพิ่มเติม

5. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ ขนาดอิทธิพลผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ รวมทั้งจำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ด้าน เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย

6. นำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์ห่อภิมาณค่าขนาดอิทธิพล ด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรม Microsoft EXCEL และ SPSS/FW (Statistic Package for the Social Science/For Windows) ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งรายด้าน และโดยรวม โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw, & Smith (1981)

3. วิเคราะห์ห่อภิมาณค่าเฉลี่ยของค่าขนาดอิทธิพล แปรผล และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลตามเกณฑ์การแปรผลค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen (1977) ดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่า

เท่ากับ 0.2 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 0.5 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน และโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

5. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน และโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

6. วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่มีต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw, & Smith (1981) การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์เรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
Mode	ค่าที่พบความถี่มากที่สุด
Range	ค่าพิสัย
Mean	คะแนนเฉลี่ย
N	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง หรือ จำนวนค่าขนาดอิทธิพล
Sample size	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนผู้ป่วย)
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ES	ค่าขนาดอิทธิพล

## ส่วนที่ 1 คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
<b>ประเภทงานวิจัย</b>		
ปริญญาบัตรระดับปริญญาโท	33	89.20
รายงานวิจัย	3	8.10
งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร	1	2.70
<b>สถาบันที่ผลิต</b>		
มหาวิทยาลัยมหิดล	12	32.40
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	9	24.30
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	6	16.20
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	6	16.20
โรงพยาบาล	2	5.40
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	2.70
วิทยาลัยพยาบาล	1	2.70
<b>คณะที่ผลิตงานวิจัย</b>		
พยาบาลศาสตร์	27	73.00
แพทยศาสตร์	3	8.10
ครุศาสตร์	3	8.10
เทคนิคการแพทย์	1	2.70
เภสัชศาสตร์	1	2.70
สาธารณสุขศาสตร์	1	2.70
วิทยาลัยพยาบาล	1	2.70
<b>สาขาวิชาของผู้วิจัย</b>		
พยาบาลศาสตร์	33	89.20
จิตวิทยา	1	2.70
เภสัชศาสตร์	1	2.70
สาธารณสุขศาสตร์	1	2.70
กายภาพบำบัด	1	2.70



ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ปีที่พิมพ์		
2526 – 2530	3	8.10
2531 – 2535	6	16.20
2536 – 2540	4	10.80
2541 – 2545	18	48.70
2546 – ปัจจุบัน	6	16.20
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (เดือน)		
1 – 4	6	16.20
5 – 8	18	48.70
9 – 12	5	13.50
ไม่ระบุ	8	21.60
Mean = 5.00    SD = 3.38    Min = 2.00    Max = 11.00		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 89.20 มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.40 ส่วนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และวิทยาลัยพยาบาล เป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยน้อยที่สุดเท่ากัน คือผลิตเพียง 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.70 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 73.00 ส่วนใหญ่ผู้วิจัยอยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 89.20 เกือบครึ่งหนึ่งของงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2545 คิดเป็นร้อยละ 48.70 และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ คือ 5 – 8 เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.70 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.38)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ที่มาของกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย		
ทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม	19	51.40
ทฤษฎีหลักเพียงอย่างเดียว	13	35.10
การทบทวนวรรณกรรมเพียงอย่างเดียว	5	13.50
ลักษณะสมมติฐานการวิจัย		
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	28	75.70
สมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง	5	13.50
ไม่ระบุ/ไม่มีสมมติฐาน	3	8.10
มีทั้งแบบมีทิศทางและไม่มีทิศทาง	1	2.70
รูปแบบการวิจัย		
การวิจัยกึ่งทดลอง	37	100.00
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
Purposive sampling	37	100.00
จำนวนกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง		
2 กลุ่ม	31	83.80
1 กลุ่ม	6	16.20
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	3	8.10
11 – 30	21	56.80
31 – 50	9	24.30
มากกว่า 50	4	10.80
Mean = 31.32    SD = 14.37    Min = 8.00    Max = 61.00		
การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง		
สุ่มอย่างง่าย	14	37.80
แบบจับคู่	12	32.50
ใช้ทั้งการสุ่มอย่างง่ายและแบบจับคู่	5	13.50
ไม่มีการสุ่ม	6	16.20

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน		
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	19	51.40
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	3	8.10
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	2	5.40
นัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 1 ระดับ	12	32.40
ไม่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ	1	2.70
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย		
ตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง	24	64.90
ตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง	13	35.10
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล*		
Independent t - test	22	59.50
Dependent t – test	16	43.20
ANCOVA	8	21.60
ANOVA	6	16.20
$\chi^2$ - test	4	10.80
The Mann – Whitney U Test	4	10.80
Fisher Test	4	10.80
The Wilcoxon Test	2	5.40
Sign Test	1	2.70

\* งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 2 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งใช้ทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 51.40 ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง คิดเป็นร้อยละ 75.70 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling คิดเป็นร้อยละ 100.00 งานวิจัยส่วนใหญ่มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 83.80 งานวิจัยเกินครึ่งมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 11 – 30 คน คิดเป็นร้อยละ 56.80 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.37) การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่ม

ทดลองใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานส่วนใหญ่กำหนดที่ระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 51.40 งานวิจัยส่วนใหญ่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้งความตรงและความเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 64.90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมากที่สุด คือ Independent t – test คิดเป็นร้อยละ 59.50 รองลงมาคือ Dependent t – test คิดเป็นร้อยละ 43.20



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย  
เกี่ยวกับผู้ป่วยในงานวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ชนิดโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย		
หลอดเลือดหัวใจ	13	35.10
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	10	27.00
หัวใจล้มเหลว	4	10.80
ลิ้นหัวใจ	3	8.10
มากกว่า 1 ชนิด	3	8.10
ไม่ระบุ	4	10.80
ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ		
ระดับ 2	8	21.60
ระดับ 3	1	2.70
2 ระดับ	3	8.10
3 ระดับ	6	16.20
ไม่ระบุ	19	51.40
การรักษาที่ได้รับ		
การรักษาด้วยยา	17	45.90
การผ่าตัด	10	27.00
หัตถการอื่นๆ	4	10.80
มากกว่า 1 วิธี	1	2.70
ไม่ระบุ	5	13.50

จากตารางที่ 3 พบว่า ในงานวิจัยที่นำมาศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.10 โดยงานวิจัยเกินครึ่งไม่ระบุระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 51.40 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในงานวิจัยได้รับการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 45.90

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง (นาที)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30	11	29.70
31 - 60	10	27.10
61 - 90	3	8.10
91 - 120	3	8.10
มากกว่า 120	5	13.50
ไม่ระบุ	5	13.50
Mean = 80.14 SD = 110.31 Min = 15.00 Max = 480.00		
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	15	40.50
4 - 6	11	29.80
7 - 9	4	10.80
10 - 12	3	8.10
มากกว่า 12	3	8.10
ไม่ระบุ	1	2.70
Mean = 6.24 SD = 7.81 Min = 1.00 Max = 42.00		
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล		
ทุก 2 - 6 ชั่วโมง	2	5.40
วันละ 2 ครั้ง	4	10.80
ทุก 1 - 2 วัน	24	64.90
ทุก 1 - 4 สัปดาห์	5	13.50
ไม่ระบุ	2	5.40

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง (วัน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	16	43.30
15 - 28	7	18.90
29 - 42	3	8.10
43 - 56	2	5.40
57 - 70	1	2.70
มากกว่า 70	5	13.50
ไม่ระบุ	3	8.10
Mean = 28.89    SD = 36.49    Min = 2.00    Max = 150.00		
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)		
1	25	67.60
2	9	24.30
3	2	5.40
4	1	2.70
Mean = 1.43    SD = 0.73    Min = 1.00    Max = 4.00		
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล		
ผู้วิจัย	24	64.90
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	13	35.10
จำนวนของผู้ช่วยวิจัย (คน)		
0	24	64.90
1	7	18.90
2	4	10.80
3	1	2.70
4	1	2.70

จากตารางที่ 4 พบว่า ในงานวิจัยที่นำมาศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งส่วนใหญ่ ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 29.70 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 110.31) การปฏิบัติการพยาบาลเกือบครึ่งหนึ่งมีจำนวนครั้งของการปฏิบัติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40.50 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.81) โดยส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1-2 วัน คิดเป็นร้อยละ 64.90 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลองมากที่สุด คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 43.30 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 36.49) ส่วนใหญ่หลังปฏิบัติการพยาบาลมีการเก็บข้อมูลเพียง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 67.60 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.73) งานวิจัยเกินครึ่งที่ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล คือ ผู้วิจัย โดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย คิดเป็นร้อยละ 64.90

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ดี	20	54.10	84.20	5.73
ดีมาก	17	45.90	94.59	2.53
รวม	37	100.00		

จากตารางที่ 5 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดี และดีมาก โดยงานวิจัยจำนวนเกินครึ่งมีคุณภาพในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.10 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.73)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (N= 37)	ร้อยละ
ด้านการเคลื่อนไหว	1	2.70
การออกกำลังกาย	1	2.70
ด้านการรู้และความคิด	17	45.90
การสอน ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ	15	40.50
การดูแลระยะปรับเปลี่ยน	1	2.70
การปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีเลวิน	1	2.70
ด้านสังคม	3	8.10
การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม	1	2.70
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	1	2.70
การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน	1	2.70
ด้านการสัมผัส	4	10.80
ดนตรี	2	5.40
การประคบร้อน	1	2.70
การผ่อนคลาย	1	2.70
แบบผสมผสาน	12	32.40
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	6	16.20
การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	2	5.40
การส่งเสริมการดูแลตนเอง	2	5.40
การออกกำลังกายและให้ความรู้	1	2.70
การได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว	1	2.70

จากตารางที่ 6 พบว่า ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น การปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษาผลมากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด คิดเป็นร้อยละ 45.90 โดยส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องของการสอน ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 40.50 การปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษามากรองลงมา คือ การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 32.40 โดยศึกษาในเรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.20 ในขณะที่การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษาน้อยที่

สุด คือเพียงจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.70 และมีการศึกษาในเรื่องการออกกำลังกายเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น

**ตารางที่ 7** จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน* (N= 60)	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	11	18.33
ด้านอาการ	8	13.33
ด้านจิตใจ	23	38.33
ด้านอื่นๆ	18	30.00

หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องทำการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ด้าน

จากตารางที่ 7 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการนำผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจมาศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมา คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการเป็นด้านที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.33

**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย	จำนวน* (N= 11)	ร้อยละ
ความสามารถในการออกกำลังกาย	5	45.45
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	2	18.18
ความสามารถในการทำกิจกรรม	2	18.18
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1	9.09
สมรรถภาพปอด	1	9.09

หมายเหตุ: งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 8 พบว่า ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความสามารถในการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 45.45 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ภาพด้านร่างกายที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพปอด โดยมีการศึกษาเพียงอย่างละ 1 เรื่องเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 9.09

**ตารางที่ 9** จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ	จำนวน* (N= 8)	ร้อยละ
ความเจ็บปวด	4	50.00
ความเหนื่อยล้า	2	25.00
ความทุกข์ทรมาน	1	12.50
การรับรู้ความเหนื่อย	1	12.50

หมายเหตุ: งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 9 พบว่า ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความเจ็บปวด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความเหนื่อย โดยมีการศึกษาเพียงอย่างละ 1 เรื่องเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 12.50

**ตารางที่ 10** จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	จำนวน* (N= 23)	ร้อยละ
ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	13	56.52
ความเชื่อด้านสุขภาพ	2	8.70
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	2	8.70
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2	8.70
พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด	1	4.35
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1	4.35
ความพึงพอใจการพยาบาล	1	4.35
พลังอำนาจในตน	1	4.35

หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องทำการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 10 พบว่า ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 56.52 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความพึงพอใจการพยาบาล และพลังอำนาจในตน โดยมีการศึกษาเพียงอย่างละ 1 เรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 4.35

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ	จำนวน* (N= 18)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิต	6	33.33
การปรับตัว	5	27.78
พฤติกรรมสุขภาพ	2	11.11
พฤติกรรมดูแลตนเอง	2	11.11
ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	2	11.11
แบบแผนการดำเนินชีวิต	1	5.56

หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องทำการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 11 พบว่า ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ คุณภาพชีวิต คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ การปรับตัว คิดเป็นร้อยละ 27.78 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ แบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีการศึกษาเพียง 1 เรื่องเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 5.56

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 37 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 82 ค่า

**ตารางที่ 12** ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย  
ในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 16 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านร่างกาย	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกาย	3	100	0.38	4.65	2.22	2.16	ใหญ่
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2	40	0.90	1.91	0.71	1.41	ใหญ่
ความสามารถในการออกกำลังกาย	6	154	0.50	1.97	0.54	1.20	ใหญ่
ความสามารถในการทำกิจกรรม	3	44	0.63	1.02	0.19	0.84	ใหญ่
สมรรถภาพปอด	2	60	0.18	0.22	0.03	0.20	เล็ก
รวม	16	398					

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 398 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 16 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลเกือบทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 2.16 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.22 และมีเพียงสมรรถภาพปอด ที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กและต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.20 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.03

**ตารางที่ 13** ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 12 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความเหนื่อยล้า	3	60	0.48	11.90	6.52	4.37	ใหญ่
การรับรู้ความเหนื่อย	1	20				2.19	ใหญ่
ความทุกข์ทรมาน	2	60	0.64	1.93	0.91	1.29	ใหญ่
ความเจ็บปวด	6	200	0.42	1.18	0.33	0.82	ใหญ่
รวม	12	340					

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 340 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 12 ค่า ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความเหนื่อยล้า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 4.37 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.52 ในขณะที่ความเจ็บปวดมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.82 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33

ตารางที่ 14 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในผู้ป่วย  
โรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 32 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความเชื่อด้านสุขภาพ	2	80	2.66	3.89	0.87	3.28	ใหญ่
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3	70	1.05	6.87	3.31	3.04	ใหญ่
ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	19	518	0.08	18.08	4.56	2.59	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด	1	30				1.17	ใหญ่
พลังอำนาจในตน	1	40				1.11	ใหญ่
ความพึงพอใจการพยาบาล	1	30				1.08	ใหญ่
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3	110	0.06	1.30	0.66	0.55	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	2	120	0.15	0.21	0.04	0.18	เล็ก
รวม	32	998					

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 998 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 32 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดย ความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.28 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 และ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.18

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วย  
โรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 22 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
พฤติกรรมสุขภาพ	2	60	1.91	6.71	3.39	4.31	ใหญ่
การปรับตัว	6	178	0.26	3.17	1.13	1.49	ใหญ่
พฤติกรรมดูแลตนเอง	2	100	0.76	2.02	0.89	1.39	ใหญ่
ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	4	120	1.03	1.59	0.27	1.26	ใหญ่
คุณภาพชีวิต	7	278	0.17	2.29	0.69	0.90	ใหญ่
แบบแผนการดำเนินชีวิต	1	20				0.02	เล็ก
รวม	22	756					

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 756 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 22 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดย พฤติกรรมสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 4.31 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.39 และ แบบแผนการดำเนินชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.02

ตารางที่ 16 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วย  
โรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 82 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ด้านจิตใจ	32	998	0.06	18.08	3.71	2.20	ใหญ่
ด้านอาการ	12	340	0.42	11.90	3.20	1.90	ใหญ่
ด้านอื่นๆ	22	756	0.02	6.71	1.42	1.44	ใหญ่
ด้านร่างกาย	16	398	0.18	4.65	1.07	1.21	ใหญ่
รวม	82	2492			2.75	1.76	ใหญ่



จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 2492 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 82 ค่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ คือเท่ากับ 1.76 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด คือเท่ากับ 2.20 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.71 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 1.21 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07

ตารางที่ 17 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 2 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
การรับรู้ความเหนื่อย	1	20				2.19	ใหญ่
ความสามารถในการออกกำลังกาย	1	20				0.84	ใหญ่
รวม	2	40					

จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 2 ค่าที่มีขนาดอิทธิพลใหญ่ โดย การรับรู้ความเหนื่อย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด คือเท่ากับ 2.19 และ ความสามารถในการออกกำลังกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.84

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ  
ในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 30 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความเชื่อด้านสุขภาพ	2	80	2.66	3.89	0.87	3.28	ใหญ่
การปรับตัว	3	58	1.21	3.17	0.99	2.27	ใหญ่
พฤติกรรมสุขภาพ	1	30				1.91	ใหญ่
พฤติกรรมดูแลตนเอง	2	100	0.76	2.02	0.89	1.39	ใหญ่
ภาวะเครียดและวิตกกังวล	8	230	0.08	2.44	0.78	1.38	ใหญ่
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1	30				1.30	ใหญ่
ความทุกข์ทรมาน	2	60	0.64	1.93	0.91	1.29	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด	1	30				1.17	ใหญ่
พลังอำนาจในตน	1	40				1.11	ใหญ่
ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	1	30				1.06	ใหญ่
ความเจ็บปวด	3	90	0.73	1.08	0.19	0.95	ใหญ่
คุณภาพชีวิต	2	122	0.44	0.60	0.11	0.52	ปานกลาง
สมรรถภาพปอด	2	60	0.18	0.22	0.03	0.20	เล็ก
แบบแผนการดำเนินชีวิต	1	20				0.02	เล็ก
รวม	30	980					

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 980 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 30 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดย ความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.28 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 และ แบบแผนการดำเนินชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.02

**ตารางที่ 19** ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 6 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	1	8				1.09	ใหญ่
การปรับตัว	3	120	0.26	1.39	0.60	0.71	ใหญ่
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2	80	0.06	0.30	0.17	0.18	เล็ก
รวม	6	208					

จากตารางที่ 19 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 208 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยภาวะเครียดและความวิตกกังวล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดคือเท่ากับ 1.09 และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.18 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.17

**ตารางที่ 20** ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 12 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความเจ็บปวด	3	110	0.42	1.18	0.42	0.69	ใหญ่
ความเหนื่อยล้า	2	20	0.48	0.73	0.18	0.61	ใหญ่
ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	7	180	0.13	0.88	0.29	0.45	ปานกลาง
รวม	12	310					

จากตารางที่ 20 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 310 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 12 ค่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยความเจ็บปวด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือ เท่า

กับ 0.69 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 และ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.45 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29

**ตารางที่ 21** ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (จำนวนขนาดอิทธิพล 32 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความเหนื่อยล้า	1	40				11.90	ใหญ่
ภาวะเครียดและวิตกกังวล	3	100	4.34	18.00	6.83	11.31	ใหญ่
พฤติกรรมสุขภาพ	1	30				6.71	ใหญ่
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3	70	1.05	6.87	3.31	3.04	ใหญ่
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	3	100	0.38	4.65	2.22	2.16	ใหญ่
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2	40	0.90	1.91	0.71	1.41	ใหญ่
ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	3	90	1.03	1.59	0.28	1.33	ใหญ่
ความสามารถในการออกกำลังกาย	5	134	0.50	1.97	0.57	1.27	ใหญ่
ความพึงพอใจ	1	30				1.08	ใหญ่
คุณภาพชีวิต	5	156	0.17	2.29	0.78	1.05	ใหญ่
ความสามารถในการทำกิจกรรม	3	44	0.63	1.02	0.19	0.84	ใหญ่
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	2	120	0.15	0.21	0.04	0.18	เล็ก
รวม	32	954					

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 954 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 32 ค่าเกือบทั้งหมดทำให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดย ความเหนื่อยล้า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดคือเท่ากับ 11.90 และมีเพียงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเท่านั้นที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็ก คือเท่ากับ 0.18 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.04

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 2 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การออกกำลังกาย	ด้านอาการ	การรับรู้ความเหนื่อย	1	20				2.19	ใหญ่
	ด้านร่างกาย	ความสามารถในการออกกำลังกาย	1	20				0.84	ใหญ่
	รวม		2	40					

จากตารางที่ 22 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวน้ำ ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเฉพาะ 2 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านอาการ โดยการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวน้ำในเรื่องของการออกกำลังกาย ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 2 ด้าน ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในเรื่องของการรับรู้ความเหนื่อยมากที่สุด คือเท่ากับ 2.19 และให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายในเรื่องของความสามารถในการออกกำลังกายน้อยที่สุด คือเท่ากับ 0.84



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 30 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	ด้านจิตใจ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	2	80	2.66	3.89	0.87	3.28	ใหญ่
		ภาวะเครียดและวิตกกังวล	8	230	0.08	2.44	0.78	1.38	ใหญ่
		พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด	1	30				1.17	ใหญ่
		พลังอำนาจในตน	1	40				1.11	ใหญ่
	ด้านอื่นๆ	การปรับตัว	3	58	1.21	3.17	0.99	2.27	ใหญ่
		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2	100	0.76	2.02	0.89	1.39	ใหญ่
		คุณภาพชีวิต	2	122	0.44	0.60	0.11	0.52	ปานกลาง
	ด้านอาการ	แบบแผนการดำเนินชีวิต	1	20				0.02	เล็ก
		ความทุกข์ทรมาน	2	60	0.64	1.93	0.91	1.29	ใหญ่
	ด้านร่างกาย	ความเจ็บปวด	3	90	0.73	1.08	0.19	0.95	ใหญ่
สมรรถภาพปอด		2	60	0.18	0.22	0.03	0.20	เล็ก	

ตารางที่ 23 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และ ชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 30 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การดูแลระยะปรับผ่าน	ด้านอื่นๆ	พฤติกรรมสุขภาพ	1	30				1.91	ใหญ่
	ด้านจิตใจ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1	30				1.30	ใหญ่
การพยาบาลตามทฤษฎีเลวิน	ด้านอื่นๆ	ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	1	30				1.06	ใหญ่
	รวม		30	980					



จากตารางที่ 23 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด 3 ชนิด คือ การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ การดูแลในระยะปรับผ่าน และการพยาบาลตามทฤษฎีของเลวิน ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านอาการด้านจิตใจ และด้านอื่นๆ โดยการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อความเชื่อด้านสุขภาพ คือเท่ากับ 3.28 ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อความทุกข์ทรมาน คือเท่ากับ 1.29 และให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายในเรื่องของสมรรถภาพปอด คือเท่ากับ 0.20 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการปรับตัว คือเท่ากับ 2.27 และให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต คือเท่ากับ 0.02

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะปรับผ่านให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้านจิตใจ และด้านอื่นๆ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ คือเท่ากับ 1.91 และการพยาบาลตามทฤษฎีของเลวินให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในเรื่องของภาวะสุขภาพแบบองค์รวม คือเท่ากับ 1.06

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 6 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)					ขนาด	
			N	Sample Size	Min	Max	SD		Mean
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ด้านอื่นๆ	การปรับตัว	1	40				1.39	ใหญ่
การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม	ด้านจิตใจ	ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	1	8				1.09	ใหญ่
การส่งเสริมการปรับตัว	ด้านอื่นๆ	การปรับตัว	2	80	0.26	0.48	0.16	0.37	ปานกลาง
	ด้านจิตใจ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2	80	0.06	0.30	0.17	0.18	เล็ก
รวม			6	208					

จากตารางที่ 24 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาล ด้านสังคม 3 ชนิด คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม การส่งเสริมการปรับตัว ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเฉพาะ 2 ด้าน คือ ด้านจิตใจ และด้านอื่นๆ โดยกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในเรื่องของการปรับตัว คือ เท่ากับ 1.39 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในเรื่องของภาวะเครียดและความวิตกกังวล คือเท่ากับ 1.09 การส่งเสริมการปรับตัวให้ค่าขนาดอิทธิพลปานกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในเรื่องของการปรับตัว คือเท่ากับ 0.37 และให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในเรื่องของการรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ เท่ากับ 0.18



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 12 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการ พยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การผ่อนคลาย	ด้านอาการ	ความเจ็บปวด	1	30				1.18	ใหญ่
	ด้านจิตใจ	ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	1	30				0.88	ใหญ่
การประคบร้อน	ด้านอาการ	ความเหนื่อยล้า	2	20	0.48	0.73	0.18	0.61	ใหญ่
	ด้านจิตใจ	ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	2	20	0.32	0.65	0.23	0.49	ปานกลาง
ดนตรี	ด้านอาการ	ความเจ็บปวด	2	80	0.42	0.48	0.04	0.45	ปานกลาง
	ด้านจิตใจ	ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	4	130	0.13	0.70	0.26	0.32	ปานกลาง
รวม			12	310					

จากตารางที่ 25 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัส 3 ชนิด คือ การผ่อนคลาย การประคบร้อน คนตรี ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเฉพาะด้านอาการและด้านจิตใจ โดยการผ่อนคลายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในเรื่องของความเจ็บปวด คือเท่ากับ 1.18 การประคบร้อนให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในเรื่องของความเหนื่อยล้า คือเท่ากับ 0.61 และคนตรีให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ และด้านจิตใจ โดยให้ค่าอิทธิพลต่ำที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในเรื่องของภาวะเครียดและความวิตกกังวล คือเท่ากับ 0.32



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 32 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การออกกำลังกายและ การให้ความรู้	ด้านอาการ	ความเหนื่อยล้า	1	40				11.90	ใหญ่
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	ด้านจิตใจ	ภาวะเครียดและวิตกกังวล	3	100	4.34	18.00	6.83	11.31	ใหญ่
		ความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	3	100	0.38	4.65	2.22	2.16	ใหญ่
		ความสามารถในการออกกำลังกาย	5	134	0.50	1.97	0.57	1.27	ใหญ่
		ความสามารถในการทำกิจ กรรม	3	44	0.63	1.02	0.19	0.84	ใหญ่
	ด้านอื่นๆ	คุณภาพชีวิต	4	122	0.70	2.29	0.70	1.27	ใหญ่
การส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตน	ด้านอื่นๆ	พฤติกรรมสุขภาพ	1	30				6.71	ใหญ่
	ด้านจิตใจ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3	70	1.05	6.87	3.31	3.04	ใหญ่
	ด้านร่างกาย	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2	40	0.90	1.91	0.71	1.41	ใหญ่

ตารางที่ 26 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 32 ค่า)

ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การส่งเสริมการดูแลตนเอง	ด้านอื่นๆ	ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	3	90	1.03	1.59	0.28	1.33	ใหญ่
		คุณภาพชีวิต	1	34				0.17	เล็ก
	ด้านจิตใจ	ความพึงพอใจ	1	30				1.08	ใหญ่
การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้ แบบไม่รู้ตัว	ด้านจิตใจ	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วย	2	120	0.15	0.21	0.04	0.18	เล็ก
		รวม	32	954					

จากตารางที่ 26 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน 5 ชนิด คือ การออกกำลังกายและการให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การส่งเสริมการดูแลตนเอง การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ การออกกำลังกายและการให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในเรื่องของความเหนื่อยล้า คือเท่ากับ 11.90 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในเรื่องของภาวะเครียดและความวิตกกังวล คือเท่ากับ 11.31 การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ คือเท่ากับ 6.71 การส่งเสริมการดูแลตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในเรื่องของภาวะสุขภาพแบบองค์รวม คือเท่ากับ 1.33 สำหรับการรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจในเรื่องของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือเท่ากับ 0.18



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 27 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 82 ค่า)

ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)							
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด	
ด้านการเคลื่อนไหว	การออกกำลังกาย	ด้านอาการ	1	20				2.19	ใหญ่	
		ด้านร่างกาย	1	20				0.84	ใหญ่	
		โดยรวม	2	40	0.84	2.19	0.95	1.52	ใหญ่	
ด้านความรู้และความคิด	การสอน ให้ข้อมูล และคำแนะนำ	ด้านจิตใจ	12	380	0.08	3.89	1.02	1.66	ใหญ่	
		ด้านอาการ	5	150	0.64	1.93	0.51	1.08	ใหญ่	
		ด้านอื่นๆ	8	300	0.02	3.17	1.10	1.33	ใหญ่	
	การพยาบาลตามทฤษฎีเลวิน	การดูแลระยะปรับเปลี่ยน	ด้านร่างกาย	2	60	0.18	0.22	0.03	0.20	เล็ก
			ด้านอื่นๆ	1	30				1.06	ใหญ่
			ด้านอื่นๆ	1	30				1.91	ใหญ่
			ด้านจิตใจ	1	30				1.30	ใหญ่
	โดยรวม	30	980	0.02	3.89	0.94	1.35	ใหญ่		

ตารางที่ 27 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 82 ค่า)

ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านสังคม	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ด้านอื่นๆ	1	40				1.39	ใหญ่
	การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบ กลุ่ม	ด้านจิตใจ	1	8				1.09	ใหญ่
	การส่งเสริมการปรับตัว	ด้านอื่นๆ	ด้านอื่นๆ	2	80	0.26	0.48	0.16	0.37
ด้านจิตใจ			2	80	0.06	0.30	0.17	0.18	เล็ก
โดยรวม			6	208	0.06	1.39	0.52	0.60	ใหญ่
ด้านการรับสัมผัส	การผ่อนคลาย	ด้านอาการ	1	30				1.18	ใหญ่
		ด้านจิตใจ	1	30				0.88	ใหญ่
	การประคบร้อน	ด้านอาการ	2	20	0.48	0.73	0.18	0.61	ใหญ่
		ด้านจิตใจ	2	20	0.32	0.65	0.23	0.49	ปานกลาง
	ดนตรี	ด้านอาการ	2	80	0.42	0.48	0.04	0.45	ปานกลาง
		ด้านจิตใจ	4	130	0.13	0.70	0.26	0.32	ปานกลาง
	โดยรวม	12	310	0.13	1.18	0.31	0.54	ปานกลาง	

ตารางที่ 27 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 82 ค่า)

ประเภท การปฏิบัติ การพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภท ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)							
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด	
แบบผสมผสาน	การออกกำลังกายและให้ความรู้	ด้านอาการ	1	40				11.90	ใหญ่	
		ด้านจิตใจ	3	100	4.34	18.00	6.83	11.31	ใหญ่	
	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	ด้านร่างกาย	11	278	0.38	4.65	1.18	1.39	ใหญ่	
		ด้านอื่นๆ	4	122	0.70	2.29	0.70	1.27	ใหญ่	
		การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	ด้านอื่นๆ	1	30				6.71	ใหญ่
			ด้านจิตใจ	3	70	1.05	6.87	3.31	3.04	ใหญ่
	การส่งเสริมการดูแลตนเอง	ด้านร่างกาย	2	40	0.90	1.91	0.71	1.41	ใหญ่	
		ด้านจิตใจ	1	30				1.08	ใหญ่	
		ด้านอื่นๆ	4	124	0.17	1.59	0.62	1.04	ใหญ่	
	การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบ ไม่รู้ตัว	ด้านจิตใจ	2	120	0.15	0.21	0.04	0.18	เล็ก	
		โดยรวม	32	954	0.15	18.00	4.06	2.83	ใหญ่	
		รวม		82	2492					

จากตารางที่ 27 พบว่า การปฏิบัติกรพยายามลดด้านการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการมากที่สุด คือเท่ากับ 2.19

การปฏิบัติกรพยายามลดการรู้และความคิดในเรื่องของการสอน ให้ข้อมูลและคำแนะนำให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจมากที่สุด คือเท่ากับ 1.66

การปฏิบัติกรพยายามลดด้านสังคมในเรื่องของกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ คือเท่ากับ 1.39 ส่วนการส่งเสริมการปรับตัวให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ คือเท่ากับ 0.37 และให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือเท่ากับ 0.18

การปฏิบัติกรพยายามลดด้านการรับสัมผัสในเรื่องของการผ่อนคลายให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการมากที่สุด คือเท่ากับ 1.18 การประคบร้อนให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ คือเท่ากับ 0.61 และดนตรีให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางต่อทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการและด้านจิตใจ คือเท่ากับ 0.45 และ 0.32 ตามลำดับ

การปฏิบัติกรพยายามแบบผสมผสานในเรื่องของการออกกำลังกายและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ คือเท่ากับ 11.90 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือเท่ากับ 11.31 ในขณะที่การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือเท่ากับ 0.18

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และ ชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 16 ค่า)

ชนิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกาย	แบบผสมผสาน	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	3	100	0.38	4.65	2.22	2.16	ใหญ่
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	แบบผสมผสาน	การส่งเสริมสมรรถนะแขนงตน	2	40	0.90	1.91	0.71	1.41	ใหญ่
ความสามารถในการออกกำลังกาย	แบบผสมผสาน	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	5	134	0.50	1.97	0.57	1.27	ใหญ่
	ด้านการเคลื่อนไหว	การออกกำลังกาย	1	20				0.84	ใหญ่
ความสามารถในการทำกิจกรรม สมรรถภาพปอด	แบบผสมผสาน	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	3	44	0.63	1.02	0.19	0.84	ใหญ่
	ด้านความรู้และความ คิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	2	60	0.18	0.22	0.03	0.20	เล็ก
	รวม		16	398					

จากตารางที่ 28 พบว่างานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย 5 ชนิด คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และสมรรถภาพปอด โดยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 2.16 ในขณะที่สมรรถภาพปอดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่สุดต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 0.20



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 12 ค่า)

ชนิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)							
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด	
ความเหนื่อยล้า	แบบผสมผสาน	การออกกำลังกายและการให้ ความรู้	1	40					11.90	ใหญ่
การรับรู้ความเหนื่อย ความทุกข์ทรมาน	ด้านการรับสัมผัส	การประคบร้อน	2	20	0.48	0.73	0.18	0.61		ใหญ่
	ด้านการเคลื่อนไหว	การออกกำลังกาย	1	20				2.19		ใหญ่
ความเจ็บปวด	ด้านความรู้และความ คิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	2	60	0.64	1.93	0.91	1.29		ใหญ่
	ด้านการรับสัมผัส	การผ่อนคลาย ดนตรี	1	30				1.18		ใหญ่
			2	80	0.42	0.48	0.04	0.45		ปาน กลาง
	ด้านความรู้และความ คิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	3	90	0.73	1.08	0.19	0.95		ใหญ่
	รวม		12	340						

จากตารางที่ 29 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ 4 ชนิด คือ ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความเหนื่อย ความทุกข์ ทรมาณ และความเจ็บปวด โดยความเหนื่อยล้าให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อการออกกำลังกาย และการให้ความรู้ คือเท่ากับ 11.90 การรับรู้ความเหนื่อยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการ ออกกำลังกาย คือเท่ากับ 2.19 ความทุกข์ทรมาณให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 1.29 ส่วนความเจ็บปวดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการผ่อน คลาย คือเท่ากับ 1.18



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 30 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 32 ค่า)

ชนิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)							
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด	
ภาวะเครียดและความวิตกกังวล	แบบผสมผสาน	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	3	100	4.34	18.00	6.83	11.31	ใหญ่	
		การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	8	230	0.08	2.44	0.78	1.38	ใหญ่	
	ด้านการรับสัมผัส	ด้านความรู้และความ คิด	การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม	1	8				1.09	ใหญ่
		การผ่อนคลาย	1	30				0.88	ใหญ่	
		การประคบร้อน	2	20	0.32	0.65	0.23	0.49	ปานกลาง	
		ดนตรี	4	130	0.13	0.70	0.26	0.32	ปานกลาง	
ความเชื่อด้านสุขภาพ	ด้านความรู้และความ คิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	2	80	2.66	3.89	0.87	3.28	ใหญ่	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แบบผสมผสาน	การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	3	70	1.05	6.87	3.31	3.04	ใหญ่	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ด้านความรู้และความ คิด	การดูแลระยะปรับผ่าน	1	30				1.30	ใหญ่	
		ด้านสังคม	การส่งเสริมการปรับตัว	2	80	0.06	0.30	0.17	0.18	เล็ก

ตารางที่ 30 (ต่อ) เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และ ชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 32 ค่า)

ชนิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด	ด้านความรู้และ ความคิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	1	30				1.17	ใหญ่
พลังอำนาจในตน	ด้านความรู้และ ความคิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	1	40				1.11	ใหญ่
ความพึงพอใจการพยาบาล	แบบผสมผสาน	การส่งเสริมการดูแลตนเอง	1	30				1.08	ใหญ่
ความรู้สึกละอายใจ	แบบผสมผสาน	การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบ ไม่รู้ตัว	2	120	0.15	0.21	0.04	0.18	เล็ก
	รวม		32	998					

จากตารางที่ 30 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ 8 ชนิด คือ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด พลังอำนาจในตน ความพึงพอใจการพยาบาล และความรู้สึกลึกไม่แน่นอน โดยภาวะเครียดและความวิตกกังวลให้ค่า ขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 11.31 ความเชื่อด้านสุขภาพให้ ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 3.28 การรับรู้ภาวะ สุขภาพให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการดูแลระยะปรับเปลี่ยน คือเท่ากับ 1.30 ในขณะที่ ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อการรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว คือ เท่ากับ 0.18



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ จำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล และชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (จำนวนขนาดอิทธิพล 22 ค่า)

ชนิด ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	Sample Size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
พฤติกรรมสุขภาพ	แบบผสมผสาน	การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	1	30				6.71	ใหญ่
		การดูแลระยะปรับผ่าน	1	30				1.91	ใหญ่
การปรับตัว	ด้านความรู้และความคิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	3	58	1.21	3.17	0.99	2.27	ใหญ่
		ด้านสังคม	1	40				1.39	ใหญ่
		การส่งเสริมการปรับตัว	2	80	0.26	0.48	0.16	0.37	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ด้านความรู้และความคิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	2	100	0.76	2.02	0.89	1.39	ใหญ่
ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	แบบผสมผสาน	การส่งเสริมการดูแลตนเอง	3	90	1.03	1.59	0.28	1.33	ใหญ่
		การพยาบาลตามทฤษฎีเลวิน	1	30				1.06	ใหญ่
คุณภาพชีวิต	แบบผสมผสาน	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	4	122	0.70	2.29	0.70	1.27	ใหญ่
		การส่งเสริมการดูแลตนเอง	1	34				0.17	เล็ก
		ด้านความรู้และความคิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	2	122	0.44	0.60	0.11	0.52
แบบแผนการดำเนินชีวิต	ด้านความรู้และความคิด	การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ	1	20				0.02	เล็ก
รวม			22	756					

จากตารางที่ 31 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ 6 ชนิด คือ พฤติกรรมสุขภาพ การปรับตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม คุณภาพชีวิต และแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยพฤติกรรมสุขภาพให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คือเท่ากับ 6.71 การปรับตัวให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 2.27 ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง คือเท่ากับ 1.33 คุณภาพชีวิตให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 1.27 ในขณะที่แบบแผนการดำเนินชีวิตให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 0.02

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย กับขนาดอิทธิพล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่มีมาตราการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal) และเรียงลำดับ (Ordinal) นั้น จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน  
กับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ขนาดอิทธิพล	1.000				
2. ประเภทงานวิจัย	-.044	1.000			
3. สาขาวิชาของผู้วิจัย	-.037	-.038	1.000		
4. ปีที่พิมพ์	-.119	.118	-.111	1.000	
5. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล	-.098	.430*	-.184	.369*	1.000

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

จากตารางที่ 32 พบว่า คุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ ประเภทงานวิจัย สาขาวิชาของผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ประเภทงานวิจัยและปีที่พิมพ์ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและค่าขนาดอิทธิพล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.ขนาดอิทธิพล	1.000									
2. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	.065	1.000								
3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	-.055	-.536*	1.000							
4. การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม- กลุ่มทดลอง	-.065	-1.000	.536*	1.000						
5. ที่มาของกรอบแนวคิด	.051	-.208	-.025	.208	1.000					
6. ลักษณะสมมติฐานการวิจัย	.270*	-.388*	.202	.388*	.120	1.000				
7. วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม	-.087	-.404*	-.126	.404*	.299*	-.068	1.000			
8. ระดับนัยสำคัญทางสถิติ	-.060	-.174	.143	.174	.070	-.086	-.010	1.000		
9. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	.075	.474*	-.190	-.474*	-.096	.140	-.189	.064	1.000	
10. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	-.162	.126	-.127	-.126	.107	-.163	-.047	.010	.060	1.000

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

จากตารางที่ 33 พบว่า คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งได้แก่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม ที่มาของกรอบแนวคิด ลักษณะของสมมติฐานการวิจัย วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ลักษณะสมมติฐานการวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .270$ )

ตารางที่ 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ขนาดอิทธิพล	1.000				
2.คุณภาพงานวิจัย	.010	1.000			
3. ชนิดโรคหัวใจ	-.074	.176	1.000		
4. ระดับความรุนแรงของโรค	.098	.257*	.531*	1.000	
5. การรักษาที่ได้รับ	-.077	.429*	.540*	.434*	1.000

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

จากตารางที่ 34 พบว่า คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ คุณภาพงานวิจัย ชนิดโรคหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ การรักษาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และค่าขนาดอิทธิพล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 35 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.ขนาดอิทธิพล	1.00								
2. เวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง	.179	1.00							
3.จำนวนครั้งที่ทำการทดลอง	-.065	-.013	1.00						
4.ความถี่ในการทำการทดลอง	-.048	-.043	-.083	1.00					
5.เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง	.000	-.051	.074	.498*	1.00				
6.จน.ครั้งเก็บข้อมูลหลังให้การทดลอง	-.089	-.221*	-.202	-.007	-.009	1.00			
7.การมีหรือไม่มีผู้ช่วยวิจัย	-.001	.249*	-.207	-.235*	-.313*	.128	1.00		
8. จำนวนผู้ช่วยวิจัย	.048	.436*	-.150	-.185	-.275*	.125	.802*	1.00	
9.ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล	.220*	-.257*	-.366*	-.103	-.184	.126	.176	-.099	1.00

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

จากตารางที่ 35 พบว่า คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้แก่ เวลาทำการทดลองแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่ทำการทดลอง ความถี่ในการทำการทดลอง เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งเก็บข้อมูลหลังให้การทดลอง การมีหรือไม่มีผู้ช่วยวิจัย จำนวนผู้ช่วยวิจัย ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียงการมีหรือไม่มีผู้ช่วยวิจัย กับจำนวนผู้ช่วยวิจัย ที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .802$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล และค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .220$ )

**ตารางที่ 36** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Adj	B	Beta	t	p-value
ลักษณะสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทาง	0.322	0.104	0.092	-2.963	-0.322	-3.007	0.004
(constant)				0.527		1.381	

จากตารางที่ 36 พบว่า ลักษณะสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทางมีอิทธิพลเชิงลบต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -2.963 และสามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 10.4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ และศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษเกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งเป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา จากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยแต่ละเรื่องต้องเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-59 ปี)
2. เป็นงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2522 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2547
3. เป็นงานวิจัยประเภทเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) หรือ ค่า t-test, F-test, Z-test, U-test

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของสินีนาฏ ลิขิตเจริญรัตน์(2543) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทย ของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ(2542) เป็นแบบเดิมค่าและเลือกตอบ จำนวน 27 ข้อ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย

ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต ปีที่พิมพ์ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การตั้งสมมติฐานการวิจัย ชนิดของโรคหัวใจของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ระดับการศึกษาและอายุของผู้ป่วย จำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล) ผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater Reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) กิริติ วัชรสินธุ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทย์ศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater Reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater Reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจจากทุกมหาวิทยาลัย โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ “ผู้ป่วยโรคหัวใจ” สืบค้นจากฐานข้อมูลห้องสมุดในมหาวิทยาลัยต่างๆ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ รวมทั้งฐานข้อมูลของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ตและบัตรคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Excel และ

โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าขนาดอิทธิพล ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### สรุปผลการวิจัย

1. งานวิจัยเกือบทั้งหมดเป็นปริญญาโท ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 89.20) โดยมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นสถาบันผลิตงานวิจัยมากที่สุด(ร้อยละ32.40) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และวิทยาลัยพยาบาล เป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยน้อยที่สุด(2.70) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 73.00) โดยผู้วิจัยอยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์มากที่สุด (ร้อยละ 89.20) เกือบครึ่งหนึ่งของงานวิจัย ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2545 (ร้อยละ 48.70) และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ คือ 5 – 8 เดือน (ร้อยละ 48.70)

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย (ร้อยละ 51.40) ลักษณะของสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง (ร้อยละ 75.70) แบบแผนงานวิจัยทั้งหมดใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง และใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling (ร้อยละ 100.00) ส่วนใหญ่มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม (ร้อยละ 83.80) เกินกว่าครึ่งหนึ่งที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 11 – 30 คน(ร้อยละ 56.80 ) การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายมากที่สุด (ร้อยละ 37.80) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานส่วนใหญ่กำหนดที่ระดับ .05 (ร้อยละ 51.40) งานวิจัยส่วนใหญ่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้งความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 64.90) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมากที่สุด คือ Independent t – test (ร้อยละ 59.50)

งานวิจัยที่นำมาศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด (ร้อยละ 35.10) โดยงานวิจัยเกินกว่าครึ่งไม่ระบุระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ(ร้อยละ 51.40) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในงานวิจัยได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 45.90)

ในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น การปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งส่วนใหญ่ใช้เวลา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที (ร้อยละ 29.70) การปฏิบัติการพยาบาลเกือบครึ่งหนึ่งมีจำนวนครั้งของการปฏิบัติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง(ร้อยละ40.50) โดยส่วนใหญ่มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1-2 วัน (ร้อยละ 64.90) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลองมากที่สุด คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน (ร้อยละ 43.30) ส่วนใหญ่หลังปฏิบัติการพยาบาลมีการเก็บข้อมูลเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 67.60) งานวิจัยเกินครึ่งที่ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล คือ ผู้วิจัย โดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย (ร้อยละ 64.90) และงานวิจัยจำนวนเกินครึ่งมีคุณภาพในระดับดี (ร้อยละ 54.10)

2. การปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษาผลมากที่สุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (ร้อยละ 45.90) โดยส่วนใหญ่เป็นในเรื่องของการสอน ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ (ร้อยละ 40.50) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.70) ศึกษาในเรื่องการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (ร้อยละ 38.33) และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 13.33)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายที่ศึกษามากที่สุด คือ ความสามารถในการออกกำลังกาย (ร้อยละ 45.45) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 9.09) และสมรรถภาพปอด (ร้อยละ 9.09)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ ความเจ็บปวด (ร้อยละ 50.00) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ ความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 12.50) และการรับรู้ความเหนื่อย (ร้อยละ 12.50)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด คือ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล (ร้อยละ 56.52) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความพึงพอใจการพยาบาล และพลังอำนาจในตนเอง โดยมีการศึกษาเพียงอย่างละ 1 เรื่องเท่านั้น (ร้อยละ 4.35)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆที่นำมาศึกษามากที่สุด คือ คุณภาพชีวิต (ร้อยละ 33.33) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุด คือ แบบแผนการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 5.56)

4. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาล ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคหัวใจมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ คือเท่ากับ 1.76 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 2.20 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 1.21

5. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ ค่าขนาดอิทธิพลเกือบทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 2.16 และสมรรถภาพปอดมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.20

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยความเหนื่อยล้า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 4.37 และความเจ็บปวดมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.82

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือ

เท่ากับ 3.28 และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กระดับต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.18

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 4.31 และแบบแผนการดำเนินชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กระดับต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.02

6. เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายด้านต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด คือเท่ากับ 2.83 รองลงมาคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวมีค่าขนาดอิทธิพล คือเท่ากับ 1.52 และการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสมีค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.54

7. ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมีขนาดใหญ่ โดย การรับรู้ความเหนื่อย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 2.19 และความสามารถในการออกกำลังกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.84

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดย ความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 3.28 และแบบแผนการดำเนินชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.02

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยภาวะเครียดและความวิตกกังวล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 1.09 และการรับรู้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.18

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ โดยความเจ็บปวด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 0.69 และภาวะเครียดและความวิตกกังวล มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.45

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเกือบทั้งหมดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดย ความเหนื่อยล้า มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด คือเท่ากับ 11.90 และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดเล็กระดับต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.18

8. เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพในรายชนิด สรุปได้ดังนี้  
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 2.16

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คือเท่ากับ 1.41

ความสามารถในการออกกำลังกายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 1.27

ความสามารถในการทำกิจกรรมให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 0.84

สมรรถภาพปอดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 0.20

ความเหนื่อยล้าให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการออกกำลังกายและการให้ความรู้ คือเท่ากับ 11.90

การรับรู้ความเหนื่อยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการออกกำลังกาย คือเท่ากับ 2.19

ความทุกข์ทรมานให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 1.29

ความเจ็บปวดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการผ่อนคลาย คือเท่ากับ 1.18

ภาวะเครียดและความวิตกกังวลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ 11.31

ความเชื่อด้านสุขภาพให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 3.28

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คือเท่ากับ 3.04

การรับรู้ผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการดูแลระยะปรับเปลี่ยน คือเท่ากับ 1.30

พฤติกรรมเผชิญความเครียดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 1.17

พลังอำนาจในตนให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 1.11

ความพึงพอใจการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง คือเท่ากับ 1.08

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อการรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว คือเท่ากับ 0.18

พฤติกรรมสุขภาพให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คือเท่ากับ 6.71

การปรับตัวให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือเท่ากับ 2.27



พฤติกรรมการดูแลตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ  
คือเท่ากับ 1.39

ผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง คือ  
เท่ากับ 1.33

คุณภาพชีวิตให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือเท่ากับ  
1.27

แบบแผนการดำเนินชีวิตให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ คือ  
เท่ากับ 0.02

9. ลักษณะสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทางมีอิทธิพลเชิงลบต่อค่าขนาดอิทธิพลของการ  
ปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่า  
กับ 2.963 และสามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 10.4

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) โดยใช้ระเบียบ  
วิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอภิปราย  
ประเด็นสำคัญที่ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### 1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

1.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์  
ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยเกือบทั้งหมดเป็นปริญาานิพนธ์ระดับ  
ปริญญาโท (ร้อยละ 89.20) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในประเทศไทยการทำวิจัยจะมีอย่างแพร่หลายใน  
ลักษณะของการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา มากกว่าการทำวิจัยในคลินิกหรือในหน่วยงาน  
ประกอบกับในหลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของทุกมหาวิทยาลัยที่มีการจัดการเรียนการ  
สอนระดับบัณฑิตศึกษา ส่วนใหญ่ยังเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อจบการศึกษา  
ส่วนหลักสูตรที่เป็นลักษณะของการศึกษาค้นคว้าอิสระและสอบความรู้รอบคองยังไม่แพร่หลายนัก  
นอกจากนี้ การทำวิทยานิพนธ์ในระดับมหาบัณฑิตหรือระดับปริญญาโทนั้น มุ่งเน้นการพัฒนา  
องค์ความรู้ของผู้ศึกษาและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ในขณะที่การศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตหรือ  
ระดับปริญญาเอกนั้นจะมุ่งเน้นที่การแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อการพัฒนาศาสตร์นั้นๆต่อไป จึง  
ส่งผลให้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติส่วนหนึ่งไว้  
ว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง พบในวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทเกือบทั้งหมด สอดคล้องกับผลการ  
วิเคราะห์ห่อภิมาณของอากรณีย์ คำก้อน (2545) ที่ทำการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยสัลย

กรรมในประเทศไทย งานวิจัยของนวลสกุล แก้วลาย (2545) ซึ่งทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณของสุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ (2545) ที่เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสินีนานู ลิขิตรัตน์เจริญ (Sineenart Likiracharoen, 2000) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ อย่างไรก็ตามสิ่งที่น่าสังเกตประการหนึ่ง คือ การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่ได้กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา ในขณะที่การสังเคราะห์งานวิจัยในต่างประเทศมักจะเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่ทำในคลินิก หรือในหน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพ และได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารการวิจัย (Hill-Westmoreland, Soeken, and Spellbring, 2002) ซึ่งในต่างประเทศจะถือว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและได้รับการยอมรับมากกว่างานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ประกอบกับในต่างประเทศนั้นมีการทำวิจัยในคลินิกกันอย่างแพร่หลาย จึงน่าจะส่งผลให้งานวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นมีเพียงพอมากกว่า

ในส่วนของคณะที่ผลิตงานวิจัยและสาขาวิชาของผู้วิจัย ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า คณะพยาบาลศาสตร์เป็นคณะที่มีการผลิตงานวิจัยมากที่สุด และผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ด้วยเช่นกัน หากแต่จะต่างกันเพียงวิชาเอก ซึ่งอาจเรียกต่างกันไปตามชื่อหลักสูตรที่มหาวิทยาลัยกำหนดไว้ อาทิเช่น การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เป็นต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่จะนำมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณประการหนึ่งว่า ต้องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ทำกับกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหัวใจเท่านั้น ซึ่งสาขาวิชาที่มีการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ สาขาพยาบาลศาสตร์ ประกอบกับ การเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาให้ความสำคัญกับการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างยิ่ง จึงส่งผลให้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ส่วนใหญ่มาจากคณะพยาบาลศาสตร์ และผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการปฏิบัติ การพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่(ร้อยละ 51.40) มีที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย โดยการใช้ทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แสดงถึงความน่าเชื่อถือความชัดเจนของแนวคิดงานวิจัยนั้นๆ เนื่องจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐานและทิศทางของสมมติฐาน ให้สาระหรือวิธีการในการที่จะนำไปใช้ออกแบบวิธีการจัดการหรือโปรแกรม รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ทางการพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545: 36) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยย่อมต้องมีความชัดเจนผ่านการศึกษาค้นคว้าที่เพียงพอ เพื่อเลือกทฤษฎีแนวคิดที่เหมาะสมจะใช้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย

นั้นๆ ประกอบกับการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่มีหลักการ แนวคิด ทฤษฎีของตนเองมาเป็นระยะเวลา ยาวนาน มีการพัฒนาศาสตร์ในสาขานั้นๆมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ศาสตร์ทางการพยาบาลยัง อาจมีการศึกษาเชื่อมโยงกับศาสตร์ในสาขาวิชาอื่นๆได้ เช่น จิตวิทยา การศึกษา การบริหาร เป็นต้น จึงทำให้ที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการใช้ทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ลักษณะสมมติฐานการวิจัยในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง(ร้อยละ75.70) แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยนั้นๆได้มีการศึกษากันคว้า เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างมากพอ มีเหตุผลเชิงวิชาการที่หนักแน่นและเชื่อถือได้มาสนับสนุนการคาดเดาคำตอบของการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544: 49-50) จึงตั้งสมมติฐานได้อย่างมีทิศทางว่าคำตอบการวิจัยน่าจะออกมาในลักษณะอย่างไร อย่างไรก็ตาม การตั้งสมมติฐานการวิจัยอย่างมีทิศทางหรือไม่มีทิศทางนั้นในทางสถิติแล้วย่อมมีผลต่อการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โอกาสการยอมรับสมมติฐานหรือปฏิเสธสมมติฐาน กล่าวคือ การตั้งสมมติฐานอย่างมีทิศทางจะมีโอกาสยอมรับผลการทดสอบสมมติฐาน มากกว่าการตั้งสมมติฐานอย่างไม่มีทิศทาง

งานวิจัยกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ทั้งหมด ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 100.00) ทั้งนี้เนื่องจากว่าถึงแม้การวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริงจะเป็นการวิจัยที่มีความตรงและความเชื่อถือได้มากที่สุด(Polit & Hungler, 1999: 184) แต่ในทางปฏิบัติแล้วกระทำได้ยากและซับซ้อนกว่าการวิจัยกึ่งทดลอง เพราะต้องมืองค์ประกอบหลักที่เข้มงวด 3 ประการ คือ การจัดทำ การควบคุม และการสุ่ม (Polit & Beck, 2004: 169) ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ บางงานวิจัยเป็นการทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งทำให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือน้อยลง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยแต่ละเรื่อง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาจมีจำนวนไม่มากนักในแต่ละแห่ง โรงพยาบาล อาจใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้รูปแบบการวิจัยที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากกว่า เพราะถึงแม้ความตรงและความเชื่อถือได้ของงานวิจัยกึ่งทดลองจะน้อยกว่างานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มากนัก (Polit & Beck, 2004: 181)

งานวิจัยทั้งหมดใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)(ร้อยละ 100.00) ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ได้อาศัยความน่าจะเป็นในการให้โอกาสทางสถิติ ผลการวิจัยที่ได้จึงมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร ส่งผลให้ความตรงภายนอกของงานวิจัยลดน้อยลง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544: 192) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยทางการพยาบาลเป็นการศึกษาถึงการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ต้องทำการทดลองกับผู้ป่วย ใช้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การสุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามการให้โอกาสทางสถิติจึงเป็นไปได้ยาก เนื่องจาก ผู้วิจัยไม่สามารถรู้ได้ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยในโรคที่ต้องการศึกษาแน่นอนเป็นเท่าใด (Brown, Tanner, & Padrick, 1984:31) ผู้วิจัยจึงใช้การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เพื่อให้เหมาะสมกับการตอบวัตถุประสงค์งานวิจัยของตน การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจึงเป็นวิธีที่สะดวก และนิยมใช้มากในการวิจัยทางการแพทย์

ถึงแม้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์นั้นจะเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งส่งผลให้งานวิจัยมีจุดอ่อนในเรื่องความตรงภายนอก (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2544: 192) แต่เมื่อพิจารณาถึงการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้ว พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายมากที่สุด (ร้อยละ 37.80) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540: 72) กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยมีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน ไม่ได้ใช้การเลือกแบบลำเอียงของผู้วิจัย ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันตั้งแต่ก่อนให้สิ่งทดลอง โอกาสที่ตัวแปรแทรกซ้อนจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามน้อยลง ส่งผลให้งานวิจัยมีความตรงภายในเพิ่มมากขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2544: 71)

ในส่วนของระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานนั้น พบว่า ส่วนใหญ่งานวิจัยใช้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 51.40) อาจเนื่องมาจากการวิจัยถึงทดลองในทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องทดสอบสมมติฐานที่ระดับความเชื่อมั่นสูงๆ เพราะส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่ไม่ได้ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองที่ต้องควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2544: 50)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 64.90) ซึ่งการที่เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลและวัดค่าตัวแปรมีความตรงและความเที่ยง ทำให้ค่าตัวแปรที่วัดได้นั้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริง วัดได้ตรงในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด ส่งผลให้งานวิจัยนั้นมีความตรงภายในเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่น่าสังเกตว่า งานวิจัยส่วนหนึ่งมีการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยงเพียงอย่างเดียวหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 35.10) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของเครื่องมือ พบว่า เครื่องมือวิจัยที่งานวิจัยในกลุ่มนี้ใช้มักเป็นเครื่องมือที่มีผู้อื่นสร้างไว้ก่อนอยู่แล้ว มีการตรวจสอบและนำเสนอค่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่แล้ว ในทางปฏิบัติเมื่อนำเครื่องมือมาใช้ซ้ำผู้วิจัยในงานวิจัยนั้นๆ จึงไม่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความตรง ซึ่งในการนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใหม่ทุกครั้งทั้งค่าความตรงและค่าความเที่ยง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของเวลา สถานที่ กลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการสังเคราะห์พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้การทดสอบ Independent t-test (ร้อยละ 59.50) ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Independent t-test นั้น ตัวแปรตามต้องมีค่าในมาตราการวัดแบบอันตรภาค (Interval Scale) และอัตราส่วน (Ratio Scale) ตัวแปรต้นต้องมีค่าในมาตราการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม รวมทั้งสามารถใช้ได้ในกรณีตัวแปรตาม 1

ตัวทดสอบกับตัวแปรต้นเพียง 1 ตัวเท่านั้น (เอมอร์ จังศิริพรปกรณ์, 2546: 17) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการทดสอบตัวแปรเดียว แสดงว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการทดสอบตัวแปรในการวิจัยเพียงตัวแปรเดียว หากแต่เมื่อพิจารณาถึงความเป็นองค์รวมของบุคคลหรือผู้ป่วย บุคคลมีองค์ประกอบหรือปัญหาต่างๆหลายด้านที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่อาจแยกออกจากกันได้ การวิจัยและทดสอบตัวแปรแบบตัวแปรเดี่ยวนี้อาจไม่เพียงพอต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิจัยด้านเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากธรรมชาติของปัญหามักจะเกี่ยวข้องกับตัวแปรหลายตัว นักวิจัยจึงควรต้องมีการพัฒนาเทคนิควิธีการวิเคราะห์ข้อมูล นำสถิติประเภทการวิเคราะห์หลายตัวแปรมาใช้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากการวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพกว่า เหมาะสมกับการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่มาจากความสัมพันธ์ของตัวแปรหลายตัว เพื่ออธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จนก่อให้เกิดความรู้ที่มีโครงสร้างทั้งทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลต่อไป

ผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์นี้ ผลการสังเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 35.10) น่าจะเป็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนมากกว่าโรคอื่นๆในกลุ่มโรคหัวใจด้วยกัน สถิติในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 2.3 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตถึง 476,124 คนต่อปี (American Heart Association, 1999) สอดคล้องกับสถิติสาธารณสุขที่พบว่า ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 – 2544 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 63.5, 49.9, 31.9 และ 30.3 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน, 2547) ประกอบกับโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดได้ส่วนหนึ่งจากการปฏิบัติตัวของบุคคล ไม่ว่าจะ เป็นในเรื่องของพฤติกรรมกรบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือภาวะเครียด

นอกจากนี้ผลการสังเคราะห์ยังพบว่าในงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุระดับความรุนแรงของโรคหัวใจของผู้ป่วย (ร้อยละ 51.40) แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจในงานวิจัยแล้ว พบว่า มีการกำหนดคุณสมบัติระดับความรุนแรงของโรคในลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ Functional Class อาทิเช่น EF > 30 %, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก แพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมโปรแกรมได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โดยรวมแล้วผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกเข้ามารับการทดลองถูกจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มระดับ Functional Class ไม่เกิน Class 3 เท่านั้น ไม่มีงานวิจัยชิ้นใดที่ใช้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในระดับ Functional Class 4 ซึ่งเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยใน Functional Class 4 ที่จะมีอาการเหนื่อยหอบมากแม้กระทั่งขณะไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์ที่พบว่า การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 45.90) เนื่องจากโดยทั่วไปแพทย์จะใช้การรักษาด้วยยากับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการไม่รุนแรง

ในส่วนของระยะเวลาเฉลี่ยที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งเท่ากับ 80.14 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 110.31 ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นระยะเวลาที่นาน ประกอบกับจำนวนครั้งเฉลี่ยในการปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 6.24 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.81 และความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ทุก 1-2 วัน ซึ่งแสดงว่าต้องปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆบ่อย รวมทั้งระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลองเฉลี่ยเท่ากับ 28.89 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 36.49 จึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจนี้ค่อนข้างซับซ้อน ต้องอาศัยระยะเวลา และความต่อเนื่องของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม มีโอกาสเกิดการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นด้วยการตาย ย้ายที่อยู่ และเลิกล้มการให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำให้ความตรงภายในลดน้อยลง นอกจากนี้การที่ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมยาวนาน มีความซับซ้อนมาก ผู้วิจัยอาจจำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งย่อมส่งผลต่อความตรงภายในด้วยเช่นกัน

สำหรับการเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวหลังการปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ 67.60) ซึ่งทำให้การวัดผลของการทดลองขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพบางประเภทจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง อาทิเช่น คุณภาพชีวิต แบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว เป็นต้น ส่งผลให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ต่อไป

คุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยทุกขั้นตอน โดยอาจารย์ ผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ รวมทั้งยังมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ไม่ว่าจะเป็นการสอบหัวข้อวิทยานิพนธ์ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ซึ่งกระบวนการสอบต่างๆนี้ ผู้วิจัยจะต้องมีความพร้อมในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ความรู้เชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนั้นๆ

## 2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และด้านอื่นๆของผู้ป่วยโรคหัวใจ

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ จากผลการวิจัยพบว่า งานวิจัยมีจำนวน 37 เรื่อง สามารถนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 82 ค่า โดยค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 11.90 ค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ขนาดเล็กที่สุด เท่ากับ 0.02

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์

ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ เท่ากับ 2.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่ที่งานวิจัยศึกษาผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (ร้อยละ 45.90) ซึ่งตามแนวคิดการปฏิบัติการของ Snyder (1992) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ รวมทั้งในเรื่องของการสอน การให้ความรู้คำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ ตัวอย่างเช่น การสร้างจินตภาพ สมาธิ การสอน จึงอาจทำให้การปฏิบัติการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้านต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวม พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด คือ เท่ากับ 2.83 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาลักษณะของการให้การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานแล้ว จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 1 ชนิด โดยผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งจะประกอบไปด้วยการให้ความรู้ การออกกำลังกาย และการสนับสนุนด้านจิตใจ (ชวนพิศ ทานอง, 2527; พัทธพร เถาว์พันธ์, 2544; นิธิวดี เมธาจารย์, 2544; สุริย์พร เทพอมรเดช, 2546; ผาสุข แก้วเจริญตา, 2546; Surangsri Boonsomchua, 2000) การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การฟังดนตรีและเสียงพูด (Duangduen Suwannaphan, 2001) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการใช้ตัวแบบ การสนับสนุนด้านสรีระและอารมณ์ การกระทำด้วยตนเองสำเร็จ และการชักจูงด้วยคำพูด(พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544; อรณุช เขียวสะอาด, 2544) การส่งเสริมการดูแลตนเองซึ่งประกอบไปด้วยการสอน การจัดการความเครียด และการจงใจ(เทียมใจ ศิริวิวัฒนกุล, 2534; Aem-orn Saengsiri, 2003) อาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมีความครอบคลุมต่อภาวะสุขภาพในทุกด้าน ประกอบกับระยะเวลาในการให้โปรแกรมของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานค่อนข้างยาวนาน จึงให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมในขนาดใหญ่ที่สุด

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในขนาดใหญ่ที่สุด คือ เท่ากับ 2.16 ในขณะที่ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อสมรรถภาพปอดในขนาดเล็กที่สุด คือ เท่ากับ 0.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมรรถภาพปอดนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก เพราะสมรรถภาพปอดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงสรีรวิทยา ซึ่งมีหลายปัจจัยที่อาจมีผล เช่น สภาพของโรคพยาธิสภาพของโรคเอง รวมทั้งการจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ต้องอาศัยความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการปฏิบัติของผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพลของสมรรถภาพปอดมีขนาดเล็ก

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านอาการ พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ในขนาดใหญ่ที่สุด คือ เท่ากับ 4.37 และให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความเจ็บปวดต่ำที่สุด คือเท่ากับ 0.82 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญรุนแรงในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Panadda Intralawan, 2001) ผู้ป่วยโรคหัวใจอาจเกิดความเหนื่อยล้าได้เสมอ และความเหนื่อยล้าอาจคงอยู่เป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยได้ ประกอบกับความเจ็บปวดที่มีการนำมาศึกษานั้น เกือบทั้งหมดเป็นความเจ็บปวดที่เนื่องมาจากการได้รับการผ่าตัดรักษา ไม่ใช่อาการหรือสภาวะของโรคหัวใจโดยตรง ซึ่งจะเป็นความเจ็บปวดที่คงอยู่ในระยะสั้นกว่าเมื่อเทียบกับความเหนื่อยล้า

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพในขนาดใหญ่ที่สุด คือ เท่ากับ 3.28 ในขณะที่ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในขนาดเล็กที่สุด คือ เท่ากับ 0.18 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ ผู้ป่วยโรคหัวใจจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้จากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งธรรมชาติของโรคของผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถคาดเดาผลของความเจ็บป่วยได้ (Duangduen Suwannaphan, 2001) จึงให้ค่าขนาดอิทธิพลในขนาดเล็ก

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้านอื่นๆ พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในขนาดใหญ่ที่สุด คือ เท่ากับ 4.31 ในขณะที่ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตในขนาดเล็กที่สุด คือเท่ากับ 0.02 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยประพฤติปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานาน จนเกิดเป็นความเคยชิน การต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขัดแย้งและสับสนระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คุ้นเคยมานานกับแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่แพทย์ต้องการให้ปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (สุนทร เลียงเชวงวงศ์, 2541) รู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เป็นเรื่องยุ่งยาก การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ต้องอาศัยทั้งระยะเวลาที่ยาวนาน และการปฏิบัติที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะจึงจะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆแต่อย่างใด ซึ่งการออกกำลังกายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย โดยให้ค่าขนาด



อิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอาการในเรื่องการรับรู้ความเหนื่อย คือ เท่ากับ 2.19 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการทำงานของโครงสร้างกล้ามเนื้อในร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตามความมุ่งหมาย โดยการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหัวใจ การออกกำลังกายมีประโยชน์ คือ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค และทำให้สุขภาพกายและจิตดีขึ้น (ทัศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลใน 3 ลักษณะ คือ การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ การดูแลระยะปรับผ่าน และการพยาบาลตามทฤษฎีของเลวิน โดยมีเพียงการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำเพียงอย่างเดียวเท่านั้นที่ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอาการ ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ และให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ คือ เท่ากับ 3.28 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ กับผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ พบว่าการสอน ให้ข้อมูล และคำแนะนำให้ค่าขนาดอิทธิพลในขนาดเล็กต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายในเรื่องของสมรรถภาพปอด และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆในเรื่องของแบบแผนการดำเนินชีวิต คือเท่ากับ 0.20 และ 0.02 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะของการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการสอนต่างๆ ทั้งรายบุคคล หรือรายกลุ่ม รวมทั้งมีการใช้สื่อการสอนในลักษณะที่แตกต่างกัน ถึงแม้การสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่างๆ แต่หากผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ขึ้นไปปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ย่อมไม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพตามที่ต้องการ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงสรีรวิทยา ซึ่งต้องอาศัยการใช้ระยะเวลา รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะของโรคของผู้ป่วยเองด้วย การสอน ให้ข้อมูล และคำแนะนำเพียงอย่างเดียว อาจไม่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากนัก ในลักษณะเช่นเดียวกันการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง อาทิเช่น ครอบครัวและญาติผู้ป่วย สภาพแวดล้อม เป็นต้น และต้องใช้ระยะเวลานานในการปรับเปลี่ยน จึงอาจทำให้การสอน ให้ข้อมูลและคำแนะนำให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กต่อสมรรถภาพปอด และแบบแผนการดำเนินชีวิต

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลใน 3 ลักษณะ คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และการส่งเสริมการปรับตัว ซึ่งทั้ง 3 ลักษณะนี้ส่วนใหญ่ให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านสังคม ใน

เรื่องของการปรับตัวมากที่สุด คือเท่ากับ 1.39 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของการพยาบาลแบบกลุ่มที่มีการพบปะพูดคุยกันของผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน มีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม (สมปอง พรหมโคตร, 2545: 17) จะต้องมีการแสดงบทบาทภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อข้องใจต่างๆกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครคอยช่วยเหลือ เหมือนมีพวกเดียวกัน สามารถแสดงความคิดเห็นกันได้อย่างเต็มที่ จึงส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการปรับตัว ค่าขนาดอิทธิพลจึงมีขนาดใหญ่

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรับสัมผัสต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลใน 3 ลักษณะ คือ การผ่อนคลายดนตรี และการประคบร้อน โดยการผ่อนคลายให้ขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อความเจ็บปวด คือเท่ากับ 1.18 ดนตรีให้ขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดต่อภาวะเครียดและความวิตกกังวล คือเท่ากับ 0.32 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการผ่อนคลายสามารถลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น และลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางในส่วนของไฮโปทาลามัส ส่งผลให้การควบคุมการเจ็บปวดเพิ่มขึ้น มีความทนทานมากขึ้น ทำให้ความเจ็บปวดลดลง(อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลใน 5 ลักษณะ คือ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การออกกำลังกายและให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการรับรู้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัว โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้าสูงสุด คือเท่ากับ 11.90 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานเพิ่มขึ้น (ลลิตา ชีระศิริ, 2542; Rosenbaum et al., 1998) ช่วยให้มีการนำออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ไปยังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ลดการสะสมของเสียในกล้ามเนื้อ และยังช่วยให้กล้ามเนื้อมีความทนต่อการเกิดกรดแลคติกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (ทัศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546) ประกอบกับการให้ความรู้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเหนื่อยล้าทั้งในแง่ของสาเหตุการเกิด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยล่วงหน้ากับสิ่งที่ต้องเผชิญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้นจริงๆ

**3. เพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ**

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ลักษณะสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทางมีอิทธิพลเชิงลบต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 2.963 และสามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 10.4 หมายความว่า เมื่อมีการตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางจะส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพลลดน้อยลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในการตั้งสมมติฐานการวิจัยนั้นการที่ผู้วิจัยจะเลือกตั้งสมมติฐานแบบมีหรือไม่มีทิศทางผู้วิจัยจะต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างมาก เมื่อศึกษาค้นคว้าพบว่า มีเหตุผลเชิงวิชาการที่หนักแน่นและเชื่อถือได้มาสนับสนุนการคาดเดาคำตอบของการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544: 49-50) ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานแบบมีทิศทาง ในลักษณะเดียวกัน ถ้าศึกษาค้นคว้าแล้วพบว่า แนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผลการวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีความชัดเจน หนักแน่น เพียงพอที่จะคาดเดาคำตอบของงานวิจัย ผู้วิจัยก็อาจตั้งสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง นอกจากนี้การตั้งสมมติฐานแบบมี-ไม่มีทิศทางยังเกี่ยวข้องกับการกำหนดบริเวณปฏิเสธและระยะวิกฤตในการทดสอบสมมติฐาน กล่าวคือ บริเวณปฏิเสธจะเท่ากับระดับนัยสำคัญที่กำหนดเลยถ้าเป็นการตั้งสมมติฐานแบบมีทิศทาง ถ้าเป็นการทดสอบสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง บริเวณปฏิเสธจะถูกแบ่งครึ่งไปอยู่ด้านซ้ายและด้านขวา ด้านละเท่าๆกันของพื้นที่การกระจาย (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2546: 107) ซึ่งจะมีผลต่อโอกาสของการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐาน กล่าวคือ การตั้งสมมติฐานอย่างไม่มีทิศทางจะมีโอกาสยอมรับผลการทดสอบสมมติฐานน้อยกว่าการตั้งสมมติฐานอย่างมีทิศทาง ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพลได้

อย่างไรก็ตาม การที่มีคุณลักษณะงานวิจัยเพียงตัวเดียว คือ ลักษณะสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ดีที่แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของอากรณั คำก้อน(2545) ซึ่งทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยสัลยกรรมในประเทศไทย ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ไม่มีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการสอน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้นำการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรู้และความคิด ด้านสังคม ด้านการรับรู้ และแบบผสม

ผสานไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถในการลดอาการหรือกลุ่มอาการของผลลัพธ์ทางสุขภาพจากผลการวิจัยครั้งนี้

2. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้มาพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรู้และความคิด ด้านสังคม ด้านการรับรู้ และแบบผสมผสาน

3. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านต่างๆในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้า หรือเผยแพร่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์มีค่าความตรงภายในมากขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณให้มากขึ้นด้วย

2. การปฏิบัติการพยาบาลบางชนิดยังมีการนำมาศึกษาเฉพาะกับผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆที่แตกต่างไปจากเดิม ในลักษณะเดียวกันผลลัพธ์ทางสุขภาพบางด้านมีการนำมาศึกษาอย่างมาก เช่น ภาวะเครียดและความวิตกกังวล ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพบางด้านมีการนำมาศึกษาน้อยมาก เช่น สมรรถภาพปอด แบบแผนการดำเนินชีวิต จึงควรมีการวิจัยในผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ยังมีการศึกษาวิจัยน้อยให้มากขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจมากยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกพร สุคำว้าง. 2527. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในไอซียูของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรองไฉ อุณหสูต, เพ็ญศรี ระเบียบ, ศิริอร ลินธู และศิริพร จิรวัดน์กุล. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในระหว่างปี พ.ศ.2527 ถึง พ.ศ. 2536 โดยการวิเคราะห์เมต้า. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2): 32-47.
- กรองไฉ อุณหสูต. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมต้า. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2): 12-17.
- กฤติกา ชุณวณิช. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษดา แสงวดี, บรรณาธิการ. 2547. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- กิตติมา ตำราญไชยธรรม. 2541. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทรา จิตต์วิบูลย์. 2543. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรประภา ภาวิไล. 2535. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. 2539. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- โจนนภา กิตติศัพท์. 2536. ผลของคนตรีต่อการลดความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วย  
ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ ทำนอง. 2527. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกาย และการ  
ทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตามเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ  
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไชยยศ ไพบูลย์ศิริธรรม. 2544. การวิเคราะห์ห่อภิมาณคุณภาพของแบบสอบถามหลายตัวเลือกที่มีรูปแบบ  
ของแบบสอบถาม บริบทของแบบสอบถาม และวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. 2544. ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่  
แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ นะแสง. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เทมการพิมพ์.
- ทัศนีย์ กู้สำอางค์. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ  
ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียมใจ ศิริวัฒนกุล. 2534. ผลของการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจและภาวะ  
สุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการบริหาร  
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ บุญเชื้อ. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดใน  
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการ  
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ(Meta-analysis). กรุงเทพฯ: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. 2541. การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการ  
วิเคราะห์ห่อภิมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา: รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: คณะ  
กรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี.
- นวลสกุล แก้วลาย. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด  
หลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นฤมล พรหมภิบาล. 2532. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของเลวีนที่มีต่อ  
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิวีดี เมธอาจารย์. 2545. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้  
ออกซิเจนสูงสุด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตากร โพธิ์ชัย. 2541. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า ต่อการปรับตัวของบุคคลที่เป็น  
โรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2544. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปริดาภิรัฐ. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ:  
เจริญผล.
- ผาสุข แก้วเจริญตา. 2546. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจน  
สูงสุด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดคน. 2544. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ  
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2522. การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์.  
(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ไทยเกษม.
- พัชรพร เถาว์พันธุ์. 2544. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำ  
หน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์พร ลีละวัฒนกุล. 2546. ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ  
หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- กิริณี วัชรสินธุ์. 2544. การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก: การวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณี วีระสุขสวัสดิ์. 2541. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลด  
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลสอนอย่างมีแบบแผน  
ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนะ บัวสนธ์. 2534. บางแง่มุมของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. ข่าวสารวิจัยการศึกษา 14(5): 7-10.
- ลลิตา ชีระสิริ. 2542. มะเร็งรักษาค้ำด้วยตนเอง: ตามแนวธรรมชาติบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:  
รวมพรรณ.
- วนิดา หาญคุณากุล. 2539. ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ  
และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา อินทราชา. 2538. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม  
การดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วริยา วชิราวัฒน์. 2526. การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจากซีซียู  
โดยการเตรียมอย่างมีแบบแผน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544. สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:  
สถานบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิภารัตน์ มาสง. 2544. ปัจจัยส่วนบุคคล วิธีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของ  
ผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
อนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ อริยะสินสมบุญ. 2544. การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา: การวิเคราะห์  
ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- วีระวรรณ อึ้งอร่าม. 2545. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วย  
หลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:  
วิเจพรีนติ้ง.
- สมปอง พรหมโคตร. 2545. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมสกุล ศิริไชย. 2543. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวาย  
 ณ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมสมัย สุธีรสานต์. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตัดสรรกับความสามารถในการปฏิบัติการ  
พยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. 2538. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการ  
ปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนทรา เลียงเชวงวงศ์. 2541. ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความ  
สามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร วงศ์ประทุม. 2534. เปรียบเทียบผลการสอนอย่างมีแบบแผนโดยการบริหารการหายใจ และ  
การบริหารร่างกาย กับการดูแลตามปกติต่อสมรรถภาพปอด และภาวะแทรกซ้อนของ  
ระบบหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา ไตรอุดมศรี. 2540. ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และ  
พลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุมาลี โพธิ์ทอง และ ลัดดาศรี ไทยจงรักษ์. 2543. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความ  
วิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล. วชิรเวชสาร 44(3): 259-266.

- สุรศักดิ์ พุฒินิชย์. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย  
ศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรินทร์ ทองยิ้ม. 2544. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองใน  
ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริย์พร เทพอมรเดช. 2546. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำ  
หน้าที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณดี สุคนธสรพร. 2535. ผลของการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีต่อความวิตกกังวลในการใส่  
เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวรในหอผู้ป่วย CCU อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช  
นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. 2539. แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่4. สงขลา:  
เทมการพิมพ์.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2547. จำนวนการตายด้วยสาเหตุ  
สำคัญกับอัตราต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2541-2544 [online]. Available from:  
<http://www.moph.go.th/ops/bhpp/budg12.html> [2003, June 15].
- อภิญา วังศ์พิริยโยธา. 2536. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความ  
เจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรนุช เขียวสะอาด. 2544. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภรณ์ คำก้อน. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทุมพร ทองอุไทย. 2527. การสังเคราะห์งานวิจัย: เจริญปริมาณ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

- อุรวาดิ เจริญไชย. 2541. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุรวาดิ เจริญไชย, นิดา พิมพ์ทา และสุภารัตน์ บุตรศรีภูมิ. 2543. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- เอมอร จังศิริพรปกรณ์. 2546. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. เอกสารอัดสำเนา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Aem-orn Saengsiri. 2003. The effects of a self-care promotion program on quality of life and reduction of risk factors of coronary heart disease patients. Faculty of graduate studies. Mahidol University.
- Allison, S. , Bernicx, M. J. and Oven, S. V. 2000. Relationship of cardiac inpatients' outcomes to mood state. Outcomes Management for Nursing Practice 4(2): 85-90.
- American Heart Association. 1999. Cardiac rehabilitation programs. [online] Available from : <http://www.americanheart.org/scientific/statement/1994/099402.html>.
- Bennett, S. T. 1992. Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. Heart & Lung 21(4): 322-326.
- Brown, A. S. 1991. Measurement of quality of primary studies for meta-analysis. Nursing Research 40(6): 352-355.
- Burns, N., & Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research: Conduct critique & Utilization (2 nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Charnow, J. A. et al. 1993. Nursing process in clinical practice. Pennsylvania: Spring house.
- Chulaporn Cangperk. 2001. The effects of transitional care on health perception and health behavior in coronary artery disease patients. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Cohen, J. 1969. Statistical power analysis for behavioral sciences. New York: Academic.

- Duangduen Suwannaphan. 2001. Effects of providing information and perception without awareness on uncertainty in illness of patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Dubos, R. 1965. Man adapting. New Haven: Yale University.
- Dusseldorp et al. 1999. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. Health Psychology 18(5): 506-519.
- Elberson, K. L. and Miller, P. M. 2001. Structured and nonstructured exercise in a corporate wellness program: A comparison of physiological outcomes. Outcomes Management for Nursing Practice 5(2): 82-86.
- Gettrust, K. V. & Brabec, P. D. 1992. Nursing diagnosis in clinical practice: Guide for care Planning. New York: Delma.
- Glass, G. V. 1976. Primary, secondary and meta-analysis of research. Educational Researcher 5: 3-8.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M. L. 1981. Meta-analysis in social research. California: Sage Publications.
- Gordon, M. 1994. Nursing diagnosis: Process and application. ( 3<sup>rd</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Griego, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factors related to depression in patients after myocardial infarction : A pilot study. Heart & Lung 22(5): 392-400.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. 1985. Statistical methods for meta-analysis. Florida: Academic.
- Hill-Westmoreland, E. E., Soeken, K. and Spellbring, A. M. 2002. A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly. Nursing Research 51(1): 1-8.
- Hudak, C. M., Gall, B. M., and Benz, J. J. 1990. Critical Care Nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Hunt, M. 1997. How science takes stock: The study of meta-analysis. New York: Russel Sage.
- Hunter, J. E. & Schmidt, F. L. 1990. Methods of meta-analysis. Newbury Park: Sage.
- Hunter, J. E., Schmidt, F. L., & Jackson, J. B. 1982. Meta- analysis: Cumulating research finding across studies. Beverly Hills: Sage.
- King, I. M. 1990. Health as the goal of nursing. Nursing Science Quarterly 3(3): 123-128.
- Kinney, M. et al. 1996. Quality of life in cardiac patient research: A meta-analysis. Nursing Research 45(3): 173-180.

- Kulik, J. A., and Kulik, C. C. 1989. Meta-analysis in education. International Journal of Educational Research 13: 223-240.
- Lang, N. M. and Marek, K. D. 1991. Outcome that reflect clinical practice. Nursing Clinic of North American 32(3): 579-587.
- Linden, W., Stossel, C., and Maurice, J. 1996. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. Arch Intern Med 156(8): 745-752.
- Lohr, K. 1988. Outcome measurement: Concepts and questions. Inquiry 25(1): 37-50.
- Lovvern, J. 1982. Coronary artery bypass surgery: Helping patients cope with postoperation problems. American Journal of Nursing. 7: 1073-1075.
- Martensson, J., Karlsson, J. E., & Fridlund, B. 1997. Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation. Journal of Advance nursing 25(3): 579-586.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. 1999. Nursing interventions: Effective nursing treatments. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Miller, K. H. and Grindel, C. G. 2001. Recovery from coronary artery bypass surgery: Age-related outcomes. Outcomes Management for Nursing Practice 5(3): 127-133.
- Murray, M. E. & Atkinson, L. D. 1994. Understanding the nursing process: The next generation. (5<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Orem, D. E. 2001. Nursing: Concept of practice. (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Panadda Intralawan. 2001. The effects of hot compression on fatigue in patients with acute myocardial infarction. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. 2004. Nursing Research: Principles and methods. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1999. Nursing research: Principles and methods. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rosenbaum, E. H., Piper, B. F., Dodd, M., Dzibur, K., Glover, M., Karmer, P., Kurshner, R., and Manuel, F. 1998. The fatigue program for the primary side effects of cancer therapy. [online] Available from: <http://www.cancersupportivecare.com/fatigue.html>.
- Rosenthal, R. 1991. Meta-analytic procedures for social research. Newbury Park: Sage.

- Sineenat Likitracharoen. 2000. Meta- analysis of educative-supportive intervention research for diabetic patients in Thailand. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.
- Snydex, M. 1992. Independent nursing intervention. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Delmax.
- Somchit hanucharunkul, et al. 2001. " An integrative review and meta-analysis of self –care research in Thailand: 1988-1999". Thai Journal of Nursing Research 5(2): 119-132.
- Surangsri Boonsomchua. 2000. Effects of cardiac rehabilitation on the exercise capacity and quality of life in patients with myocardial infarction. Master's Thesis, Department of science, Graduate School, Mahidol University.
- Wolf, F. M. 1986. Meta-analysis: Quantitative methods for research synthesis. Beverly Hills: Sage Publications.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ลำดับที่ 

วัน/เดือน/ปี.....

## แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย

1. ชื่องานวิจัย.....

3. ประเภทงานวิจัย 

(1) ปรวิญญานิพนธ์ระดับปริญญาโท

(2) ปรวิญญานิพนธ์ระดับปริญญาเอก

(3) รายงานวิจัย

.....

.....

.....

6. ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล..... 

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....สัปดาห์/เดือน/ปี

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย

1. กรอบแนวคิด 

(1) ไม่มี

(2) มี ระบุ.....

.....

2. สมมติฐานการวิจัย 

(1) สมมติฐานทางเดียว

(2) สมมติฐานสองทาง

(3) ไม่ระบุ/ไม่มีสมมติฐาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระงานวิจัย

#### 1. ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)

- (1) การออกกำลังกาย
- (2) การสอน
- (3) การให้ข้อมูลและคำปรึกษา

.....

#### 2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

จำนวน.....ครั้ง ความถี่.....ครั้ง ต่อ.....(สัปดาห์/เดือน)

ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง.....

.....

.....

#### 3. ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

- (1) ผู้วิจัย.....คน

.....

.....

#### 4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณค่า d กรณีไม่มี สถิติพื้นฐาน (t, F)	ค่าขนาด อิทธิพล(d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	S.D.	X	S.D.		
ตัวที่ 1..... กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						
ตัวที่ 2..... กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						

## แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย.....รหัสงานวิจัย.....

ชื่อเรื่องงานวิจัย.....

ลักษณะที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
	0	1	2	3	4
1. ชื่อเรื่องการวิจัยมีความชัดเจน					
2. ปัญหา/วัตถุประสงค์ของการวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่อง					
3. เหตุผล/ความจำเป็นในการทำวิจัยสมเหตุสมผล					
4. ข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเหมาะสมและมีเหตุผล					
5. นิยามศัพท์เฉพาะมีความชัดเจน					
6. รายงานเอกสาร และงานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย					
7. รายงานเอกสารประกอบด้วยการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่มีความทันสมัย					
8. รายงานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีปริมาณมากเพียงพอ					
.....					
.....					
.....					
.....					
29. การนำเสนอรายงานการวิจัยมีความชัดเจน					
30. คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวม					

ความหมายของการประเมิน

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





ภาคผนวก ข

รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ  
ที่นำมาสังเคราะห์

ภาษาไทย

- กนกพร สุคำวัง. 2527. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในไอซียูของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤติกา ชูณวษ์. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โณมนภา กิตติศัพท์. 2536. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ ทำนอง. 2527. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ภู่อ่างค์. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย และการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียมใจ สิริวัฒนกุล. 2534. ผลของการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล พรหมภิบาล. 2532. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของเลวินที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิธิวดี เมธจารย์. 2545. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจนสูงสุด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิสากร โพธิชัย. 2541. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า ต่อการปรับตัวของบุคคลที่เป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผาสุข แก้วเจริญตา. 2546. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจน สูงสุด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. 2544. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรพร เถาว์พันธุ์. 2544. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ร ลีละวัฒน์กุล. 2546. ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี วีระสุขสวัสดิ์. 2541. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลสอนอย่างมีแบบแผน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา โทบริหารบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา หาญคุณากุล. 2539. ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



- วนิดา อินทราชา. 2538. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วริยา วชิราวัธน. 2526. การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจากซีซียู โดยการเตรียมอย่างมีแบบแผน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระวรรณ อึ้งอร่าม. 2545. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วย หลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมปอง พรหมโคตร. 2545. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมสกุล ศิริไชย. 2543. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวาย ณ โรงพยาบาลเถิดเทิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. 2538. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการ ปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนทรา เลียงเชวงวงศ์. 2541. ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความ สามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร วงศ์ประทุม. 2534. เปรียบเทียบผลการสอนอย่างมีแบบแผนโดยการบริหารการหายใจ และการบริหารร่างกาย กับการดูแลตามปกติต่อสมรรถภาพปอด และภาวะแทรกซ้อนของ ระบบหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุพัตรา ไตรอุดมศรี. 2540. ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุมาลี โพธิ์ทอง และ ถัดาศรี ไทยจงรักษ์. 2543. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วชิรเวชสาร44(3): 259-266.
- สุรินทร์ ทองยิ้ม. 2544. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์พร เทพอมรเดช. 2546. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณี สุคนธสรทรัพย์. 2535. ผลของการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีต่อความวิตกกังวลในการใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวรในหอผู้ป่วย CCU อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิญญา วงศ์พิริโยธา. 2536. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรนุช เขียวสะอาด. 2544. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรราวดี เจริญไชย, นิดา พิมพ์ทา และสุภารัตน์ บุตรศรีภูมิ. 2543. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์.

อุราวดี เจริญไชย. 2541. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

### ภาษาอังกฤษ

Aem-orn Saengsiri. 2003. The effects of a self-care promotion program on quality of life And reduction of risk factors of coronary heart disease patients. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.

Chulaporn Cangperk. 2001. The effects of transitional care on health perception and health behavior in coronary artery disease patients. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.

Duangduen Suwannaphan. 2001. Effects of providing information and perception without awareness on uncertainty in illness of patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.

Panadda Intralawan. 2001. The effects of hot compression on fatigue in patients with acute myocardial infarction. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.

Sineenart Likitrachoen. 2000. Meta-analysis of educative-supportive intervention research for diabetic patients in Thailand. Master's Thesis, Department of adult nursing, Graduate School, Mahidol University.

Surangsri Boonsomchua. 2000. Effects of cardiac rehabilitation on the exercise capacity and quality of life in patients with myocardial infarction. Master's Thesis, Department of science, Graduate School, Mahidol University.



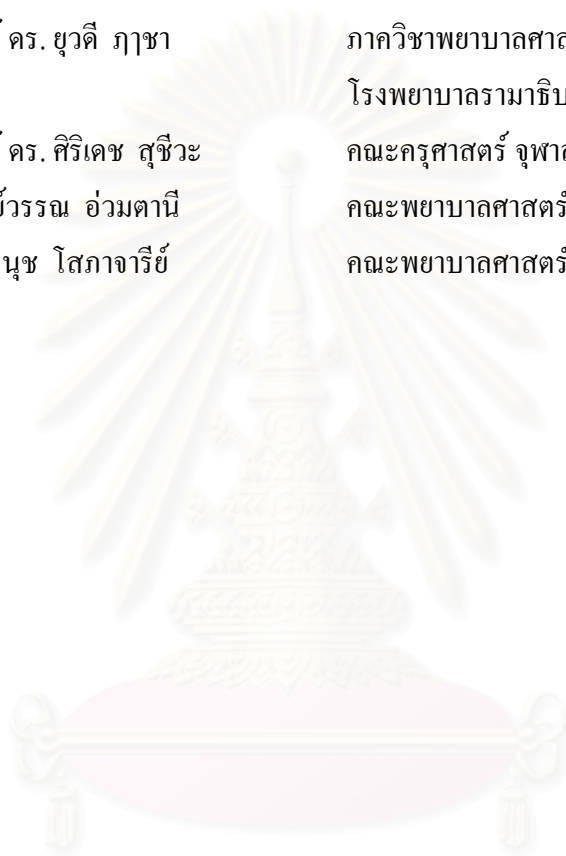
ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์<br>โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. ยวดี ภาษา      | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์<br>โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ | คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 4. อาจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมธานี   | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                  |
| 5. อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภการีย์     | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                  |



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิตวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ยูวดี ภาษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับคำแนะนำจากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุกิตติ์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

1) ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล 2) รองศาสตราจารย์ ดร. ยูวดี ภาษา  
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817  
นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา โทร. 06-3384033

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้ รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุกิตลิป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา โทร. 06-3384033



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. อารียัวรรณ อ่วมตานี

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

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

ชื่อนิสิต นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา โทร. 06-3384033

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ”  
โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้  
จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์  
จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

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

ชื่อนิสิต นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา โทร. 06-3384033



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

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

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

โดยที่  $\bar{X}_E$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$S_C$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

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

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

$\bar{X}_{pre}$  = ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง

$S$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

โดยที่  $\bar{X}_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

$S_2$  = 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

$$\bar{X}_{E2C} = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2}$$

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลังและ เสนอเฉพสะค่าคะแนนที่เพิ่ม (gain score)

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

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

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

6.1 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเท่ากัน

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

โดยที่  $N$  = จำนวนกลุ่มทดลอง

6.2 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่เท่ากัน

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

โดยที่  $N$  = จำนวนกลุ่มทดลอง

$S_E$  = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

6.3 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

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

โดยที่  $r_{EC}$  = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6.4 เสนอค่า F เมื่อมี 2 กลุ่ม

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

## 6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

$$d_i = (\bar{Y}_{Ei} - \bar{Y}_C) / S_Y$$

โดยที่  $S_Y = MS_W = MS_B / F$   
 $MS_B =$  ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

## 7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

$$r = r_{pb} \frac{n_1 n_2}{\sqrt{un}}$$

โดยที่  $r_{pb} =$  ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ้อยไบซีเรียล  
 $u =$  Ordinate of unit normal distribution

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

โดยที่  $U =$  ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test

## 8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

$$S_Y = \frac{SS_B + SS_{AB} + SS_W}{\sqrt{df_B + df_{AB} + df_W}}$$

โดยที่  $\bar{Y}_E =$  ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{Y}_C =$  ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$S_Y =$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$SS_B =$  ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

$SS_{AB} =$  ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์

$SS_W =$  ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม

$df_B =$  ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม

$df_{AB} =$  ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์

$df_W =$  ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม (covariance adjusted score)

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

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

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



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา
วัน เดือน ปีเกิด	1 พฤศจิกายน 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดอ่างทอง
ประวัติการศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2534 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2545 ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	
ปัจจุบัน	พ.ศ. 2540 - ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย