

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
วิจัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

นางสาว ชัญญา ธนอมลิขิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2551
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES IN
STROKE ADULT PATIENTS: A META-ANALYSIS

Miss Chanya Thanomlikhit

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทาง
สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ :
การวิเคราะห์ห่อภิมาน

โดย

นางสาวชัญญา ถนอมลิขิต

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

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

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิขิต)

ชัญญา ถนอมลิขิต : ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. (THE EFFECTIVENESS OF NURSING
INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES IN STROKE ADULT PATIENTS: A META-
ANALYSIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 214 หน้า.

การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการ
พยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ 2) เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของ
งานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยในประเทศไทยระหว่างปี
พ.ศ.2534 – พ.ศ. 2551 จำนวน 21 เรื่อง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสรุปคุณลักษณะของงานวิจัยและแบบประเมิน
คุณภาพงานวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และหาค่าความเที่ยงโดยวิธีผู้ประเมินร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ค่า
ความเที่ยงเท่ากับ 0.86 นำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพล
จำนวน 142 ค่า

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (71.4%) และจาก
มหาวิทยาลัยมหิดลจำนวนมากที่สุด (38.1%) จากคณะพยาบาลศาสตร์ (66.7%) และสาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ (42.9%) คุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (71.4%) และพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้าน
การรู้คิดและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ถูกนำมา
ศึกษามากที่สุด (ด้านละ 23.80%) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ถูกนำมาศึกษามากที่สุด (32.43%)
2. ผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัย
ผู้ใหญ่ พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด
($d=5.24$) โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d=5.24$)
3. ผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ($d=2.43$) โดยความมีคุณค่าในตนเองมีค่า
ขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d=3.80$)
4. รูปแบบการวิจัย สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลา
ในการป่วย และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r= .359, .404, .520, .424$ และ $.434$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา_พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา_2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5077568336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : META-ANALYSIS / NURSING INTERVENTIONS / HEALTH OUTCOMES / STROKE PATIENTS

CHANYA THANOMLIKHIT : THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTIONS ON HEALTH OUTCOMES IN STROKE ADULT PATIENTS: A META-ANALYSIS. ADVISOR : ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 214 pp.

The purposes of this meta analysis were to study 1) Methodological and substantive characteristics of nursing intervention on health outcomes in stroke adult patients 2) Influences of methodological and substantive characteristics on the effect size. Total of 21 true and quasi-experimental studies in Thailand during 1991 – 2008 were included. Studies were analyzed for method of Glass, McGaw, and Smith (1981). This meta-analysis yielded 142 effect sizes.

Results were as follows:

1. The majority of the study were Master thesis (38.1%); from mahidol university (38.1%); from faculty of nursing (66.7%) and major of adult nursing (66.7%); decided in very good quality (71.4%). Most of nursing interventions were cognitive and behavior nursing intervention, social nursing intervention and integrate nursing intervention (23.80%). Most of health outcomes used was psychological health outcomes (32.43%).

2. Nursing interventions had the largest effect-size on nursing system nursing intervention ($d= 5.24$). A clinical nursing practice guideline had the largest effect-size ($d= 5.24$)

3. Health outcomes the largest effect-size on psychological health outcomes ($d=2.43$). Self esteem had the largest effect-size ($d=3.8$)

4. The type of research, place of nursing intervention, statistic for analysis, time of illness and total time of nursing intervention were positive significantly correlated effect-size at the level of .05. ($r= .359, .404, .520, .424$ and $.434$ respectively)

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

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

กิตติกรรมประกาศ

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

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยและกรุณาให้ความรู้คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาการศึกษา กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณามอบทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ.....	20
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล.....	69

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	124
สรุปผลการวิจัย.....	127
อภิปรายผลการวิจัย.....	133
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	149
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	149
รายการอ้างอิง.....	151
ภาคผนวก.....	162
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	163
ภาคผนวก ข รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์.....	169
ภาคผนวก ค สาระของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	173
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	202
ภาคผนวก จ ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	204
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	209
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	214

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน.....	71
2	จำนวน ร้อยละจำแนกตามคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	72
3	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีการวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
5	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	75
6	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีเกี่ยวกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	76
7	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย.....	76
8	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย.....	77
9	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	78
10	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล.....	80
11	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล.....	82
12	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	83
13	ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	87
14	จำนวนและร้อยละของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	87
15	ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน.....	88

ตารางที่		หน้า
16	ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย.....	90
17	ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
18	ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	93
19	ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล.....	95
20	ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน.....	97
21	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	98
22	แสดงค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	98
23	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	99
24	แสดงค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	100
25	แสดงค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	100
26	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน.....	101
27	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	102
28	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	103

ตารางที่		หน้า
29	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทาง สุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	103
30	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทาง สุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัย ผู้ใหญ่.....	104
31	ตารางเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน ต่อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	105
32	ตารางเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทาง สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	110
33	สารงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	173

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.....	87

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และอันดับที่ 5 ของกลุ่มอายุ 15-59 ปี (WHO, 2007) อัตราการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 188.33 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2549 เป็น 205.45 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2550 เท่ากับ 20.6 และ 20.6 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) จากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในประเทศไทย

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ยังหลงเหลือความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา การรับรู้ พฤติกรรม ความสามารถในการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547) ปัญหาที่พบในผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยระดับความรู้สึกตัวจะลดลงจากเดิม ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับรุนแรง จนถึงระดับหมดสติ ซึ่งระดับความผิดปกตินี้จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) การเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัวนี้จะมีผลต่อความสามารถในการรับและแปลความหมายของสิ่งเร้า ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพรากจากการรับรู้ การขาดสมาธิ หลงลืม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและช่วยเหลือตนเองได้ เป็นอัมพาต หรือเกิดความพิการ (McBride et al., 2004; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ฟังพา เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังสูญเสียความทรงจำ มีภาวะพร่องของการรู้คิด ส่งผลให้ขาดความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและการดูแลตนเองในด้านต่างๆได้ นอกจากนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น หรืออาจเสียชีวิต การสูญเสียทรัพย์สินและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่วนความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์นั้น พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ได้ง่าย เกิดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล

สืบสน ก้าวร้าว หรือหงุดหงิด (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550) ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ในระยะยาว

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรมของบุคคล เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของการให้การดูแล (Lang and Clinton, 1984) การแบ่งประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยอาจแบ่งออกได้ในหลายลักษณะโดย Lang and Clinton (1984) แบ่งประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็น 6 ประเภทได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการใช้บริการระบบสุขภาพ และด้านการรับรู้คุณภาพการดูแล ส่วนการแบ่งประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพตามระบบหมวดหมู่ของ Nursing Outcomes Classification (NOC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2004) จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพออกเป็น 6 ประเภทได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (Functional health) ผลลัพธ์ด้านสรีรวิทยา (Physiological health) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม (Psychosocial health) ผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม (Health knowledge and behavior) ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพครอบครัว (Family health)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพหลากหลาย ทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สุคติธารัตนสมาน, 2542; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; Totsaporn, K., 2006) ความสามารถในการทำกิจกรรม (นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549; Jeuajan, W., 2006) ความสามารถในการกลืน (Thipsuda, C., 2003) สมรรถภาพทางกาย (Waroonapa, S., 2008; Wallada, C., 2005) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ เช่น ความเครียด(กรกฎ สุวรรณอัศวะเดชา, 2550) ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง (เนตรลาวัลย์ เกิดหอม, 2548; Chutarat, S., 2001; Bang-orn, T., 2002) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (เนตรลาวัลย์ เกิดหอม, 2548) ความพึงพอใจต่อกิจกรรม (Wallada, C., 2005) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Chutarat, S., 2001; Bang-orn, T., 2002; Jeuajan, W., 2006) ความเข้มแข็งและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Totsaporn, K., 2006) ความหวัง (จินตนา เกษมโชติพันธุ์, 2546; Bang-orn, T., 2002; Jeuajan, W., 2006) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมเช่น พฤติกรรมการปรับตัว (ยุพาพร โอฟาริกพันธุ์, 2541; ประภัสสร สมศรี, 2549) ความสามารถในการปฏิบัติตัว (อารมณ์ บุญเกิด, 2540) ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง (Bang-orn, T., 2002) การปฏิบัติตนเพื่อ

ควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย (Chantana, K., 2002; Tiwaporn, M., 2008) ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม เช่น คุณภาพชีวิต (สมล เกษรวนนิชวัฒนา, 2534, บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549; Chutarat, S., 2001; Totsaporn, K., 2006) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; Waroonapa, S., 2007)

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งสุขภาพชีวิตที่ดี การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย (Gordon, 1994) โดยการให้การดูแล ให้คำแนะนำ ส่งเสริมสนับสนุน และการฟื้นฟูภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยใช้การพยาบาล ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์สุขภาพได้ (ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2539) การพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมผู้ป่วยแต่ละราย

การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล อาจแบ่งออกได้ในหลายลักษณะโดย Chamow et al. (1993) แบ่งประเภทการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลได้เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) ซึ่งพยาบาลสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำแนะนำ หรือคำสั่งแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent intervention) พยาบาลกระทำได้โดยเกิดจากการเขียนการรักษาหรือการบอกให้ทำจากทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น การให้ยา การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระในปัญหาาร่วม (Collaborative) ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ การปฏิบัติเหล่านี้ต้องการความรู้ การตัดสินใจ และความรอบคอบ ส่วน Snyder (1992) ได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 ด้านได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรู้คิด (Cognitive intervention) การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social intervention) และการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรับสัมผัส (Sensory intervention) นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 ด้านได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การซ่อมแซมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายและสิ้นหวัง การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลตามระบบหมวดหมู่ของ Nursing Intervention Classification (NIC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2005) จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มการดูแลร่างกาย: พื้นฐาน (Physiological: basic) กลุ่มการดูแลร่างกาย: ซับซ้อน (Physiological: complex) กลุ่มการดูแลด้านพฤติกรรม (Behavioral) กลุ่มการดูแลความปลอดภัย (Safety) กลุ่มการส่งเสริมครอบครัว (Family) และกลุ่มการสนับสนุนระบบสุขภาพ (Health System)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การออกกำลังกาย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การลดความเครียดและความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การพัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยมุ่งคุณภาพการบริการ ซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่ม โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลของ Nursing Intervention Classification (NIC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2005) ร่วมกับ Snyder (1992) จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย (Functional nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกิจกรรมด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ และอวัยวะของร่างกาย

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive and behavior nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เพื่อก่อให้เกิดความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ รูปแบบการดำเนินชีวิต และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี

การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแล สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัวการช่วยเหลือและการตอบสนองของความต้องการด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล (Nursing system nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้าง ยกกระตือรือร้นการบริการสำหรับการจัดการดูแล และพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (Integrated nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม กิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการให้ข้อมูล การฝึกการออกกำลังกาย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 ลักษณะคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ล้วนแล้วแต่มีผลในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้และพฤติกรรม และผลลัพธ์แบบองค์รวม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น แต่การนำงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ทางการปฏิบัติการพยาบาลก็มีอุปสรรคและข้อจำกัดอยู่มาก นอกจากอุปสรรคเกี่ยวกับการไม่มีเวลาของ

พยาบาล ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร และจากพยาบาลผู้ร่วมงาน การไม่สามารถทำความเข้าใจจากการอ่านรายงานวิจัยด้วยตนเองแล้ว (พองคำ ติลกสกุลชัย, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และ ดรฤณี กาญจนคุณกร, 2543: 50) ยังพบว่า มีข้อจำกัดของงานวิจัยแต่ละเรื่อง ได้แก่ ข้อจำกัดจากกลุ่มตัวอย่าง หมายถึงการที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป กลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดจากแบบแผนการวิจัย (กรองไต่ อุณหสูติ, 2539: 12; Yucha et al., 2001: 29) และยังมีงานวิจัยอีกจำนวนมากที่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงคลุมเครือ ผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลชนิดใดสามารถบรรเทาอาการทางสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หรือผลการวิจัยของโปรแกรมในลักษณะใดให้ผลการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยสูงที่สุด ประกอบกับเมื่อพิจารณาความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติ การเตรียมบุคลากรที่มีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะใดที่มีความคุ้มค่า สะดวกในการปฏิบัติและให้ประสิทธิภาพมากที่สุด จึงเป็นการยากที่จะสรุปองค์ความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นได้อย่างชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย มาทำการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อเท็จจริงจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว มาวิเคราะห์หรือสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะเป็นตัวบอกถึงการประมาณค่าความสำคัญของตัวแปรจัดกระทำ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 48) นั่นคือจะเป็นค่าสรุปให้ทราบว่า การปฏิบัติการพยาบาลใดที่มีประสิทธิผลที่สุดในการตอบสนองผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อสรุปของผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์นั้น เป็นการบูรณาการผลการวิจัย ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเหตุผลทางพยาธิสรีรภาพ ความสามารถ ประสิทธิภาพของพยาบาล และความพอใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมั่นใจ ทำให้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพการให้บริการที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทุกด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยมาทำการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์หัตถิภิมาน เพื่อช่วยให้สามารถสรุปภาพของการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านมาว่ามีการทำวิจัยในประเด็นใดบ้าง การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพใดที่มีการศึกษามากที่สุด หรือถูกนำมาศึกษาน้อย และยังช่วยสรุปภาพได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มใดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และกลุ่มใดยังได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย คุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยทำให้ทราบแนวโน้มที่ผ่านมาของงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถเห็นแนวทางในการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป รวมทั้งนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นความรู้ว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละด้านสามารถส่งเสริมได้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลใดบ้าง ให้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ และนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

ปัญหาการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างไร
3. คุณลักษณะของงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
3. เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta-analysis) ซึ่งเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่นำงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน หรือนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสังเคราะห์จนเกิดความรู้ในหัวข้อนั้น (อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน, 2531: 1) เนื่องจากมีหลักการ และกระบวนการเป็นแบบเดียวกันกับการวิจัยทั่วไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 12) การวิเคราะห์อภิมานนี้ Glass นำมาใช้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1976 ในความหมายว่า การวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (Analysis of Analysis) ด้วยวิธีการทางสถิติโดยการนำงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน มาเป็นแหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์ หรือเป็นหน่วยตัวอย่างของการวิเคราะห์ เพื่อนำผลการวิจัยแต่ละเรื่องมาแปลงเป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน จนสามารถรวมมาเป็นข้อสรุปได้ (Glass, McGaw, and Smith, 1981) การวิเคราะห์อภิมานเป็นการบูรณาการข้อค้นพบจากงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และเป็นกระบวนการวิจัยที่ดี ที่สามารถหาข้อสรุปในประเด็นที่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน และในกรณีที่งานวิจัยมีจำนวนมากเกิน นอกจากนี้คำตอบหรือข้อสรุปจากผลการวิเคราะห์อภิมานยังสามารถสรุปขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์อภิมาน ตามแนวทางของ Glass, McGaw, and Smith (1981) เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการทางสถิติ ที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้วิเคราะห์หาข้อสรุปจากประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของประเทศไทย โดยมีหน่วยการวิเคราะห์เป็นงานวิจัยแต่ละเรื่อง และนำผลการวิจัยจากงานวิจัยเหล่านั้นมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน ข้อมูลในการสังเคราะห์งานวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลส่วนแรกเป็นข้อมูลจากผลการวิจัยแต่ละเรื่องในรูปแบบดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพล (Effect size) และดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ที่คำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ตามวิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) และนำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ Glass, McGaw, and Smith (1987)

ส่วนข้อมูลที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่อง ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้ดังนี้ 1) คุณลักษณะด้านข้อมูล พื้นฐาน ได้แก่ ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต ปีที่พิมพ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) คุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิดทฤษฎี สมมุติฐานการวิจัย จำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย การ

จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3) คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระ ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง จำนวนระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง(ระยะเวลา จำนวนครั้ง ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง) ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ลักษณะผลลัพธ์ทางสุขภาพผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากแนวคิดทั้งหมดผู้วิจัยตั้งสมมติฐานงานวิจัย ดังนี้

1. คุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การระบุนกรอบแนวคิดทฤษฎี สมมติฐานการวิจัย จำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล

2. คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระ ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง จำนวนระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมานของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981)

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์เชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรือเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์เชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรือเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่ปรากฏหลักฐานทั้งหมด โดยค้นคว้าจากดัชนีของห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำแล้วเสร็จภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยเป็นงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอ คือ มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อที่จะสามารถนำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size)

3. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ และคุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions) หมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลในการดูแล ช่วยเหลือและการกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง รวมทั้งการตรวจสอบการเฝ้าระวังในปัญหาร่วมระหว่างแพทย์และพยาบาล (Collaborative problem) ให้แก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน การกระทำเหล่านี้ครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค เพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการแก่ผู้ใช้บริการทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลของ Nursing Intervention Classification (NIC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา(2005) ร่วมกับ Snyder (1992) ผู้วิจัยได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย (Functional nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกิจกรรมด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ และอวัยวะของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

1.2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เพื่อก่อให้เกิดความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ รูปแบบการดำเนินชีวิต และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี เช่น การให้ความรู้และ การสอน การให้คำปรึกษาและความรู้

1.3 การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม (Social nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแล สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบคลุมการช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์

ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและบริการได้แก่ การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การใช้กลุ่มระดับประคอง โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มระดับประคอง และโปรแกรมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

1.4 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล (Nursing System nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้าง ยกระดับการบริการสำหรับการจัดการดูแล และพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และพัฒนาการดูแลที่บ้าน

1.5 การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน (integrated nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โปรแกรมการปรับลีลาชีวิตการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม และการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยที่เป็นผลขั้นสุดท้ายอันเกิดมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นและคุกคาม โดยดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลของ Nursing Outcomes Classification (NOC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2004) ร่วมกับ Lang and Clinton (1984) จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Health Outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ และอวัยวะของร่างกาย ส่งผลถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐานหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการกลืน สมรรถภาพทางกาย

2.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความเข้มเศร้า ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจต่อกิจกรรม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความหวัง

2.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม (Knowledge and Behavior Health Outcomes) หมายถึง สภาวะที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก เป็นการแสดงออกที่เห็นได้จากภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัว ความสามารถในการปฏิบัติตัว (ด้านทั่วไป, ด้านการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ) ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย

2.4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายๆ ด้านที่บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม)

3. **คุณลักษณะงานวิจัย (Characteristics of research)** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยวิธีการวิเคราะห์อภิमान ซึ่งสามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรายละเอียดของงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่

3.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต ปีที่พิมพ์ และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย การระบุมุมมองแนวคิดทฤษฎี ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม สมมติฐานการวิจัยจำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง การจัดกลุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลา จำนวนครั้ง ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง) ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ลักษณะผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4. **ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ** หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่แสดงผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านต่างๆ ที่วัดในงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม และนำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ Glass, McGaw, and Smith (1987) ซึ่งกำหนดว่า ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กจะมีค่าน้อยกว่า Percentiles ที่ 33.33 หรือเท่ากับ 0.33 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปาน

กลางจะมีค่าในระหว่างPercentiles ที่ 33.34 – 66.67 หรือค่าอิทธิพลระหว่าง 0.34 – 1.56 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่จะมีค่ามากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป หรือค่าอิทธิพลมากกว่าหรือเท่ากับ 1.57

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ที่เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติจริง และสามารถนำไปใช้อ้างอิงเพื่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาล
2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้เห็นประเด็นในการทำวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่ชัดเจน เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta-analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw, and Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิด เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์อภิมาน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของคลินิกของโรคระบบประสาทซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง (Nation Survey of stroke ของประเทศสหรัฐอเมริกา อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์, 2543)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ มีผลทำให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมองหยุดชะงัก ผลที่ตามมาคือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งสองซีก โดยที่ผู้ป่วยบางรายอาจจะหมดสติ ตามองไม่เห็น เดินไม่ได้ พูดไม่ได้หรืออาจจะสับสน บางคนอาจมีอาการชนิดถาวร เรียกว่า อัมพาต หรือเป็นเพียงชั่วคราว เรียกว่า อัมพฤกษ์ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

มีผลทำให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมองหยุดชะงักอาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง

1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Occlusive stroke or Ischemic stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral thrombosis) การอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) เมื่อหลอดเลือดสมองตีบตันหรือถูกอุดตันจะมีผลทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง แต่ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงมากจะเริ่มมีความผิดปกติของสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและ Electrolyte ในเซลล์สมองทำให้เกิดการบวมภายในเซลล์สมอง เซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวรหรือเกิดการตายของเนื้อสมอง

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) ก้อนเลือดจะไปกินที่ในสมอง เกิดการทำลายของเนื้อสมองและก้อนเลือดยังไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง มีการคั่งของน้ำไขสันหลังหรือเกิดสมองบวมจากภาวะสมองขาดเลือดจากก้อนเลือดที่กดทับ เกิดภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงและเกิดสมองบวมตามมา (2) กลุ่มที่เกิดจากมีเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดบริเวณส่วนผิวนอกของสมองแตกและเลือดไหลเข้าสู่ช่องว่างระหว่างสมองและกะโหลกศีรษะ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการแตกของเส้นเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและดำในสมอง (Arteriovenous malformation: AVM)

เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดที่เกิดจากการอุดตันภายในหลอดเลือดสมอง หรือชนิดที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม

1.3 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะเรื้อรัง (Chronicity) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วมีความยืดเยื้อ ยาวนาน ไม่มีทางช่วยเหลือให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นโรคเรื้อรังหมายถึง โรคที่เป็นนาน รักษาไม่หาย มีอาการของโรคแบบเป็นๆ หายๆ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง(Chronic illness) ตามความหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (Commission of chronic disease) ในปี ค.ศ. 1949 หมายถึงพยาธิสภาพหรือโรคที่มีลักษณะพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ต้องการการฝึกเกี่ยวกับสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่อง ต้องการการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล เพื่อติดตามประเมินอาการเป็นระยะไปตลอดชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วย(Trajectory framework) หมายถึงเส้นทางของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีหลายมิติและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นคุณลักษณะที่เฉพาะที่กระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย และชีวิตของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการการดูแลตนเอง (สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี, 2546)

ระยะต่างๆ ของวิถีทางความเจ็บป่วย (Trajectory framework) หมายถึงระยะต่างๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องประสบซึ่งพบว่ามีอยู่ 8 ระยะคือ (สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี, 2546)

1. ก่อนวิถีทางความเจ็บป่วย (Pre Trajectory) หมายถึงระยะก่อนเริ่มเจ็บป่วยเป็นระยะของการป้องกัน ยังไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏ
 2. เริ่มระยะวิถีทางความเจ็บป่วย (Trajectory onset) เป็นระยะที่อาการและอาการแสดงเริ่มปรากฏซึ่งรวมถึงระยะการวินิจฉัยโรค
 3. ระยะวิกฤติ (Crisis) เป็นระยะที่ชีวิตตกอยู่ในอันตราย ต้องการการดูแลฉุกเฉินและวิกฤต
 4. ระยะเฉียบพลัน (Acute) เป็นระยะที่ความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นรุนแรง ต้องการดูแลที่โรงพยาบาล
 5. ระยะคงที่ (Stable) เป็นระยะที่ความเจ็บป่วยและอาการสงบจากแผนการรักษา
 6. ระยะไม่คงที่ (Unstable) เป็นระยะที่แผนการรักษาไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยและอาการได้ แต่ไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล
 7. ระยะเสื่อมลง (Downward) เป็นระยะที่มีการเสื่อมลงของทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีลักษณะคือความพิการและอาการต่างๆ มากขึ้น
 8. ระยะสุดท้ายของชีวิต (Dying) อาจเป็นสัปดาห์ เป็นวัน หรือเป็นชั่วโมงก่อนตาย
- การเข้าใจระยะต่างๆ ในวิถีความเจ็บป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดเพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้มองว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งด้านคุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจ แม้ว่าความรุนแรงอาจแตกต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วย บุคลิกภาพ ระบบปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ

1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

พยาธิสภาพต่างๆของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมองและขนาดที่เกิดพยาธิสภาพหรือเนื้อเยื่อที่รับบาดเจ็บ ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่

1.4.1 ด้านร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองหนึ่งหรือสองซีกหรือบริเวณก้านสมอง การขาดการยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทสั่งการ(Linton, 2000) ทำให้เกิดการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อในการพูด กล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อมากผิดปกติ (spasticity) และการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ การรับรู้วันเวลาสถานที่ และบุคคลผิดปกติไป มีอาการสับสน ถ้าพยาธิสภาพเกิดที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น (dominant hemisphere) ผู้ป่วยจะเกิดการบกพร่องด้านการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545; กิ่งแก้ว ภาจารย์, 2547; Linton, 2000) นอกจากนี้ยังพบผลกระทบด้านร่างกายที่เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก การเกิดแผลจากการเป็ยกขึ้น การเกิดแผลจากผิวหนังและแห้ง การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ บริเวณข้อเข่า ข้อสะโพก กระดูกโปร่งบาง การเหยียดลิ้นของกล้ามเนื้อ เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Absher and toole, 2000)

1.4.2 ด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2543) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และตอบสนอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวนเฉยเมย หรือความไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543; ปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์, 2547: 226; Green, 2000) และจากอาการจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีพฤติกรรมรุนแรง มีความเศร้าโศกหรือไม่มีความสุข ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke) โดยพบมาถึงร้อยละ 20-60 (Robinson et al., 1999) และมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ส่วนหน้าซีกซ้าย (Linton, 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้านานๆ จะมีผลต่อการรักษาทางฟื้นฟู

สภาพด้วย เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นอาการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

1.4.3 ด้านสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของโรค ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม นอกจากนี้ ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งส่วนมากเป็นไปในรูปแบบเหินห่างหรือเสื่อมลง ผู้ป่วยอายุที่จะเผชิญหน้ากับเพื่อนฝูง หรือเข้าสังคม (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543) ซึ่งอาจทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ เปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ หรือผู้ป่วยที่เคยเป็นเรี่ยวแรงสำคัญในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ หากไม่สามารถยอมรับได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และทำให้เกิดความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องการการช่วยเหลือ คำแนะนำเป็นพิเศษ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นระยะเวลานาน หรืออาจตลอดชีวิต (อุรพันธ์ อนุตตมินาวิน, 2539) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการดูแลต้องใช้ระยะเวลานาน แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกของการเจ็บป่วยเป็นระยะวิกฤติ (Crisis) ที่ชีวิตตกอยู่ในอันตราย ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลฉุกเฉิน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่การดูแลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายยังมีปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

1.4 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการอัมพาตครึ่งซีกเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นภาวะที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวเพื่อรับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นจำนวนมาก การฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองนั้นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติต้องทราบ เพื่อจะได้วางแผนการให้กับผู้ป่วยในการกลับไปดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รูปแบบการฟื้นตัวจากภาวะอัมพาตในโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ (วิษณุ กัมมททธิพย์, 2547: 99) ได้แก่

1) การฟื้นตัวของระบบประสาท (Neurological recovery) ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และตำแหน่งของรอยโรค โดยทั่วไปการฟื้นตัวของระบบประสาทในรายที่สมองขาดเลือดมักจะเกิดขึ้นภายในช่วง 3 เดือนแรก ในขณะที่การฟื้นตัวในรายที่มีเลือดออกในสมองมักใช้เวลาานกว่านี้

2) การฟื้นความสามารถ (Functional recovery) ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะฝึกฝน และพัฒนาความสามารถของตนเองจนช่วยเหลือตนเองได้ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อรชัตร์ โตษยานนท์, 2534; วิษณุ กัมทรทิพย์, 2547:99) ได้แก่

1) อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ มักมีระดับความสามารถต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากมักมีโรคประจำตัวหลายโรค และมักมีสมรรถภาพทางกายบกพร่องจากโรคเหล่านั้น

2) ความรุนแรงของโรค พบว่าการมีรอยโรคของสมองทั้งสองข้างหรือมีความรุนแรงจนทำให้เกิดความบกพร่องของระดับสติสัมปชัญญะ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้นาน เกินกว่า 3-4 สัปดาห์ มีอาการอ่อนแรงมาก มีอาการอ่อนแรงแบบอ่อนปวกเปียก เกิน 2 เดือน นั่งทรงตัวไม่ดี มีระดับความสามารถการทากิจวัตรประจำวันต่ำหรือเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ลักษณะทางคลินิกเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ดี

3) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ ตื่นขึ้นมาพบว่ามีอาการของอัมพาต ภาวะที่เกิดเนื้อสมองตายจากหลอดเลือดอุดตันค่อนข้างกว้าง เพราะมักจะอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันค่อนข้างมาก และเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาโดยการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด

โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) พบเป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 30 อาการเกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็วทันทีทันใด จากการมี emboli อุดตัน มักเกิดกับหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก และถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาโดยการฟื้นฟูสภาพน้อย เนื่องจากอาการจะดีขึ้นเร็ว ความพิการเหลืออยู่น้อย

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 10 เป็นชนิดที่มีอาการรุนแรง ที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด โดยในระยะแรกมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50-70 ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยที่ดีและรวดเร็ว ความพิการที่หลงเหลืออยู่อาจมีเพียงเล็กน้อย

4) ความบกพร่องของระบบประสาทร่วมด้วย พบว่าความบกพร่องในด้านการรับรู้ (perceptual deficit) การละเลยส่วนของร่างกายและสิ่งแวดล้อมครึ่งซีก (persistent neglect)

อาการสมองเสื่อม (dementia) มีปัญหาการสื่อสาร aphasia อย่างรุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเอง

5) โรคประจำตัว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจอื่นๆ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต โรคประจำตัวบางอย่างอาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นโรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง เพราะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฝึกฝนออกกำลังกายได้เต็มที่

6) ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ยอมรับกันว่า การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกของโรคให้ผลที่ดีกว่า ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น ข้อยึดติด ภาวะเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากการนอนนานๆ นอกจากช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกยังช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนานเกิน 1 เดือน พบว่า 10 % จะฟื้นตัวได้เป็นปกติ อีก 10% ความพิการที่เกิดขึ้นมีมากจนไม่สามารถจะให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และ 80% ของผู้ป่วยที่มีอาการเด่นชัดสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (อรฉัตร โตษยานนท์, 2534) จากการศึกษาของนิพนธ์ พวงวรินทร์ (2534) พบว่า การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะพบว่ามีการฟื้นตัวได้ดีที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังการเกิดโรค แต่ในผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง จะพบว่าการฟื้นตัวจากโรคจะเริ่มดีขึ้นภายหลัง 6 – 12 เดือนแรก สอดคล้องกับ กิ่งแก้ว ปาจารย์ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวได้ดีภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรกของการป่วย

7) ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความสามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ และติดตาม คำบอกเล่า ซึ่งอาจจะเป็นคำพูดหรือท่าทาง (Verbal or gesture instruction) เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกหัดที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่มี poor motivation เช่นในคนสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ หรือจิตใจร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องทางสติปัญญา และความจำอย่างรุนแรง จนไม่สามารถติดตามขั้นตอนของการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบสายตา ผู้ป่วยที่มีประวัติของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ป่วยที่มีอาการโรคอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ ทำให้การฝึกหัด ขั้นตอนต่างๆ มีขีดจำกัด และผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง เช่นผู้ป่วยที่มีปัญหาการยืน การเดิน (อรฉัตร โตษยานนท์, 2534)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2.1 ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

โดยทั่วไปผลลัพธ์ หมายถึงสิ่งที่เกิดตามมาจากเหตุ หรือเป็นสิ่งที่ได้จากการดำเนินการหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งในทางการพยาบาล หมายถึงเป้าหมายสำคัญหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ โดยส่วนใหญ่มักจะมองในแง่ของภาวะสุขภาพนั่นเอง ภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับบุคคลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา (ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2539: 11) เป็นหนึ่งในมโนทัศน์หลักทั้ง 4 ของศาสตร์ทางการพยาบาลอันได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล นอกจากนี้ภาวะสุขภาพยังเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล และวิชาชีพอื่นทางด้านสุขภาพอีกด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สำหรับความหมายของคำว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้นมิได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Lang and Clinton (1984) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพว่า เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรมของบุคคล เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการให้การดูแล

Donabedian (1982) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพก่อนและหลังให้การดูแล โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพของ Donabedian เป็นการมองภาวะสุขภาพในลักษณะของตัวบ่งชี้ หรือผลที่ได้จากการพยาบาล โดยแบ่งประเภทของตัวชี้วัดออกเป็น 3 ด้านได้แก่ ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure indicator) หมายถึงปัจจัยนำเข้าในกระบวนการให้บริการอย่างมีคุณภาพได้แก่นโยบาย พันธกิจ ปรัชญา ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicator) หมายถึง ตัวชี้วัดที่วัดการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินว่าการบริการนั้นมีประสิทธิภาพ และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicator) หมายถึงการวัดผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ

สรุป ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยที่เป็นผลขั้นสุดท้ายอันเกิดมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นและคุกคาม

2.2 ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการแบ่งประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย พบว่ามีผู้แบ่งประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

Lung and Clinton (1984) ได้จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็น 6 ประเภทได้แก่

1) ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (Physical health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย

2) ผลลัพธ์ด้านจิตใจ (Mental health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงลักษณะและพฤติกรรมการตอบสนองทางจิตใจ ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย อาจแสดงออกมาในรูปความรู้สึกนึกคิด และภาวะทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ท้อแท้สิ้นหวัง เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ด้านสังคม (Social health outcome) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงลักษณะของกระบวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

4) ผลลัพธ์ด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมสุขภาพ (health attitudes, knowledge, and behavior) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความเข้าใจในเรื่องโรค ความรู้สึกนึกคิดและความพร้อมของร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

5) ผลลัพธ์ด้านการใช้บริการระบบสุขภาพ (use of professional health resources) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงอัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย

6) ผลลัพธ์ด้านการรับรู้คุณภาพการดูแล (perceptions of the quality of nursing care) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงตัวบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ

Marek (1989) จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพ 15 ประเภทได้แก่ วัดผลด้านสรีรวิทยา (Physiological measures) วัดผลด้านจิตสังคม (Psychosocial measures) วัดผลด้านการทำหน้าที่ (Functional measures) พฤติกรรมผู้ป่วย (Client behaviors) ความรู้ของผู้ป่วย (Client knowledge) การควบคุมอาการ (Symptom control) Home maintenance ความผาสุก (Well-being) ความสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment) ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) ความปลอดภัย (Safety) ความถี่ของการใช้บริการ (Frequency of service) ราคา (Cost) การเข้ารับการรักษาซ้ำ (Rehospitalization) และการแก้ปัญหาของกระบวนการพยาบาล (Resolution of nursing diagnoses)

นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1991 Johnson and Maas และทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยไอโอวา ได้เริ่มพัฒนาการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นภาษามาตรฐานที่อธิบาย

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยผลลัพธ์จะอธิบายสภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนหรือหลังการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น โดยที่ผลลัพธ์นี้จะเป็นการบ่งชี้ประสิทธิภาพหรือคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามวิธีของมหาวิทยาลัยไอโอวาได้แก่ การจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพตามระบบหมวดหมู่ของ Nursing Outcomes Classification (NOC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2004) เป็นการพัฒนาผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่เกิดจากการพยาบาลหมายถึง คำพูดหรือคำตอบและพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการรับรู้และความรู้สึกต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของพยาบาล โดยการวัดผลลัพธ์เน้นที่ผู้ป่วยเป็นหน่วยผู้รับบริการสำคัญ และเน้นที่การประเมินผล (รุจา ภูไพบูลย์และเกียรติศรี สำราญเวชพร, 2542: 89-92) จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็น 6 ประเภทได้แก่

1) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (Functional health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงประสิทธิภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติงานพื้นฐานหรือกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วย เช่น การส่งมอบพลังงาน เป็นการวางแผนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม โดยเป็นกิจกรรมสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ และกิจกรรมน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยกระทำและไม่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2) ผลลัพธ์ด้านสรีรวิทยา (Physiological health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ภาวะเกลือแร่และสมดุลกรด-ด่างในเลือด แบบแผนโภชนาการ เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม (Psychosocial health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความผาสุก การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นต้น

4) ผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม (Health knowledge and behavior) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดทัศนคติ ความสามารถ หรือการกระทำต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงจากสิ่งที่คุกคามต่อโรคของผู้ป่วย เป็นต้น

5) ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดถึงความรู้สึก นึกคิด ความยอมรับของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เช่น การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง สภาวะอาการของโรค หรือความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแล เป็นต้น

6) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพครอบครัว (Family health) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัด

ถึงภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงบุคคลในครอบครัว เช่น ภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ความผาสุกของครอบครัว เป็นต้น

การจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพ จะสามารถอธิบายสภาวะของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ตอบสนองการรักษายาบาล โดยครอบคลุมทั้งบุคคลและชุมชน และสามารถใช้วัดทั้งทางพฤติกรรมและการรับรู้ นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางสุขภาพยังเป็นระบบสำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาลประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ (วีณา จีระแพทย์, 2544) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Nursing Outcomes Classification (NOC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2004) เนื่องจากเป็นระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการพยาบาลได้ทุกกลุ่มโรค กลุ่มผู้ป่วยได้รับการยอมรับเป็นระบบสารสนเทศทางการพยาบาลด้านผลลัพธ์การพยาบาล (American Nurse Association, 2006; ศิริพร เจริญพงศ์นรา, 2549) ร่วมกับ Lang and Clinton (1984) เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ ที่ต้องการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงดัดแปลงกรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวทางในการแบ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม

2.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นสภาวะของผู้ป่วยที่เป็นผลขั้นสุดท้ายอันเกิดมาจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นและคุกคาม จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.3.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Health Outcomes) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลการเปลี่ยนแปลงของสภาวะและอาการของผู้ป่วย ที่แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ และอวัยวะในร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและสมรรถภาพการประกอบกิจกรรมของร่างกาย ได้แก่ ความทนต่อการประกอบกิจกรรม การเคลื่อนไหว การดูแลตนเองในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ การพักผ่อน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) โดยมีวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถใช้

งานอวัยวะที่สูญเสียหน้าที่จากพยาธิสภาพจากโรคให้ได้มากที่สุดและเร็วที่สุด (Moon et al., 2003; กิ่งแก้ว ปาจารย์และคณะ, 2547) โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดความสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ (กิ่งแก้ว ปาจารย์และคณะ, 2547) นอกจากนี้ยังรวมผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ และสามารถคิดค่าสถิติได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่นสัญญาณชีพ ที่รวมถึงค่าความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และอุณหภูมิของร่างกายสามารถวัดผลได้ตลอดเวลา (ศิริพร เจริญพงศ์นรา, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกายได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการกลืน สมรรถภาพทางกาย

2.3.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากภาวะอ่อนแรงของร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าภายหลังการป่วย วิดกกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความซึมเศร้า ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจต่อกิจกรรม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความหวัง

2.3.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม (Health knowledge and behavior health outcomes) เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ของสุขภาพในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายและความวิตกกังวลที่มีผลต่อการเกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเข้าใจ และการแสดงออกที่ยอมรับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทางสุขภาพกลุ่มนี้ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัว ความสามารถในการปฏิบัติตัว (ด้านทั่วไป, การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ) ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย

2.3.4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Outcomes) ซึ่งเป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายๆ ด้านที่บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์

สังคม พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลือทั้งทางด้านร่างกาย ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผลจากการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการใช้การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions) ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล และครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบต่างๆได้แก่ การให้ข้อมูล การให้ความรู้ การสอนและการฝึกการดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา หรือการให้การพยาบาลแบบผสมผสาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล

คน ซึ่งประกอบด้วย กาย จิต สังคม จะอยู่ในสิ่งแวดล้อม โดยจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และคนจะพยายามรักษาสภาวะสมดุลของตนเองได้ โดยใช้กลไกการปรับสมดุล การที่คนสามารถดำรงภาวะสมดุลไว้ได้ เรียกว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี แต่เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลนั้นไว้ได้ จะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นความเจ็บป่วยเล็กน้อย จนถึงภาวะวิกฤตหรือป่วยหนัก อาจถึงแก่ชีวิตได้ การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ และช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคน ซึ่งเครื่องมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลดำรงซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพได้นั้นคือ การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบริการดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคอง การฟื้นฟู รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำต่อคนปกติ ผู้เจ็บป่วย คนพิการ และผู้ที่กำลังใกล้ตาย

(มณีรัตน์ ทองดีพันธ์, 2542) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าและนำเสนอแนวความคิดและความหมายของคำว่า การปฏิบัติการพยาบาลกันไว้หลายท่าน ดังนี้

Gordon (1994) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย และอธิบายประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการกระทำให้ (Doing for) กระทำด้วยกัน (Doing with) หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

McCloskey and Bulechek (1999) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล ว่าเป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ (2522) ให้ความหมายการปฏิบัติการพยาบาล ว่าเป็นการกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแล การให้คำปรึกษา การสอนและการนิเทศแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการหรือบุคคลปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวต้องการตัดสินใจและทักษะพิเศษ โดยตั้งอยู่บนฐานของความรู้และหลักการในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เช่น วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชีววิทยา วิทยาศาสตร์กายภาพ วิทยาศาสตร์ทั่วไป สังคมศาสตร์ จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และอื่น ๆ

สมสมัย สุธีรศานต์ (2534) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือหรือเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือทั้งในภาวะสุขภาพอนามัยปกติและผิดปกติในการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูร่างกาย หรือช่วยเหลือให้เผชิญภาวะสุดท้ายอย่างสงบ เป็นการช่วยเหลือทุกคน ซึ่งมีกาย จิต สังคม

มณีรัตน์ ทองดีพันธ์ (2542) ให้ความหมายการปฏิบัติการพยาบาล ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมทั้งหมดของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ และกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการแก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือและการกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง รวมทั้งการตรวจสอบการเฝ้าระวังในปัญหาาร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล (Collaborative problem) ให้แก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยที่การกระทำเหล่านี้ครอบคลุมความหมายของการพยาบาล ได้แก่ การดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการแก่ผู้ใช้บริการทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

3.2 ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นการพยาบาลที่มองคนเป็นองค์รวมที่มีการผสมผสานระหว่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลใน 4 มิติคือการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล แต่ลักษณะการพยาบาลจะเน้นหนักไปทางใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของการให้บริการการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลจึงมีทั้งงานที่ปฏิบัติได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และงานที่ต้องประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (ละออง หุตางกูร, 2534) นักวิชาการและผู้รู้มากมายได้แบ่งประเภทหรือหมวดหมู่ของการปฏิบัติการพยาบาลไว้แตกต่างกัน พอสรุปได้ดังนี้

Gettrust and Brubec (1992) ได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท คือ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระและการพยาบาลซึ่งพึ่งพากัน ต่อมาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วย โดยการนำระบบ The Diagnosis Related Groups: DRGs มาใช้ในการคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคร่วม จึงทำให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยที่จะนอนโรงพยาบาลในระยะที่สั้นลง มีการจัดระบบการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป มีความแตกต่างมากขึ้น Gettrust and Brubec จึงได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภทใหญ่ คือ

- 1) Universal intervention หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภทในทุกระบบของการจัดการดูแล
- 2) Inpatient intervention หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล การจัดการการพยาบาลเสมือนที่บ้าน สถาบันฟื้นฟูสภาพ และทุกระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยใน
- 3) Community health/ home care intervention หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง โดยคนในครอบครัวหรือดูแลตนเอง แต่ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลเป็นระยะ ๆ

Charnow et al. (1993) ได้จัดกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลไว้ 3 ประเภท ได้แก่

- 1) แบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่
 - 1.1) การปฏิบัติด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพบความต้องการขั้นพื้นฐานเช่น อาหาร น้ำ การขับถ่าย ออกซิเจน การนอนหลับ และความสะอาดสบาย ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษ เช่น สายให้ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
 - 1.2) การปฏิบัติด้านจิตใจ เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยยกระดับ

อารมณ์หรือความรู้สึก เช่น การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและอำนวยความสะดวก

1.3) การปฏิบัติด้านสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การส่งต่อผู้ป่วยที่ไร้ผู้ดูแลให้สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2) แบ่งตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้

2.1) การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำเป็นครั้งแรกกับผู้ป่วย โดยปราศจากการแนะนำหรือคำสั่งแพทย์ แต่ต้องประสานกิจกรรมนี้กับกิจกรรมอื่น ๆ ของทีมสุขภาพ

2.2) การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำโดยเกิดจากการเขียนการรักษาหรือบอกให้ทำจากทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่นการให้ยา การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

2.3) การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระในปัญหาพร้อม (Collaborative) เป็นการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ ต้องการความรู้ การตัดสินใจ และความรอบคอบ

3) แบ่งตามพฤติกรรมพยาบาล แบ่งเป็น การประเมินและการเฝ้าระวัง การให้การบำบัด การส่งเสริมความสุขสบายและการส่งเสริมหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนระบบทางเดินหายใจและการขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลให้รับประทานอาหาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสอนและให้คำปรึกษา และการจัดการส่งต่อ

Murray and Atkinson (1994) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 4 ประเภท คือ

1) การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment management) การพยาบาลในด้านนี้ได้รวมถึงการสร้างและคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่ปลอดภัย การให้ความสนใจกับการจัดระเบียบภายในห้อง การปิดและเปิดผ้าม่านให้แสงสว่าง ปฏิทินที่ผนังแสดงวันที่ถูกต้อง รักษาเตียงนอนให้สะอาดและเรียบตึง ของใช้ที่จำเป็นในเวลากลางคืนอยู่ในที่ที่สามารถหยิบจับได้ กิจกรรมเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะของพยาบาล แต่เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะช่วยหรือกระทำกิจกรรมเหล่านี้แทน ผู้ป่วยและครอบครัวอาจจะติดขัดในขณะที่รับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่มีใครช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ให้

2) แพทย์เริ่มต้นและกำหนดวิธีการปฏิบัติ (Physician – initiated and order intervention) แพทย์จะให้การวินิจฉัยปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยและกำหนดแผนการรักษาเกี่ยวกับการประเมินสภาพของผู้ป่วย แผนการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษา โดยจะเขียนไว้ในแบบรายงานของผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นผู้นำแผนการเหล่านี้ไปปฏิบัติ ซึ่งอาจต้องปรับหรือ

กำหนดเวลาที่นำไปปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับข้อจำกัดเกี่ยวกับบุคลากรของสถานบริการสุขภาพ

3) พยาบาลเริ่มต้นกำหนดแผนและแพทย์สั่งแผนการรักษา (Nurse – initiated and physician order intervention) เมื่อประเมินและระบุปัญหาของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลอาจต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ในการรักษา โดยพยาบาลจะขอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ในการช่วยแก้ไขหรือลดปัญหาที่ประเมินได้ คำสั่งอาจจะถูกเขียนขึ้นภายหลังจากที่พยาบาลได้รายงานให้แพทย์ทราบถึงปัญหาพร้อมทั้งข้อมูลสนับสนุนและการปฏิบัติการพยาบาลบางอย่างที่ทำได้แล้วไม่ได้ผล

4) พยาบาลเริ่มต้นและกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล (Nurse - initiated and order intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ ได้แก่ การสอนสุขศึกษา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การส่งต่อ การให้การพยาบาลที่เฉพาะเพื่อป้องกันการเกิดปัญหา ลดความยุ่งยาก เช่น การดูแลคนไข้ในทางเดินหายใจ การให้อาหาร ทำความสะอาดและทำแผล ดูแลความสงบสบาย และให้กำลังใจ การประเมินสภาพของผู้ป่วย หรือการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่ได้รับโดยคำสั่งทางการพยาบาล แพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ การวางแผนจำหน่าย และการช่วยเหลือให้บรรลุความต้องการพื้นฐาน/กิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และให้ความมั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัย

McCloskey and Bulechek (1999) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การกระทำทางการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nurse – initiated treatment) ซึ่งเป็นการกระทำที่อิสระมีพื้นฐานที่เป็นเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการในการพยากรณ์วิธีการที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การสัมผัสผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล ข่าวสาร การให้สุขศึกษา เป็นต้น

2) การกระทำทางการแพทย์ (Physician – initiated treatment) หมายถึง การปฏิบัติ การของพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่นการให้ยา การเฝาระวัง หรือภาวะกรดต่าง การให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น

3) การให้การช่วยเหลือการปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

Snyder (1992) จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหว (Movement

Intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวอย่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่

1.1) การฝึกการหายใจ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยฝึกการหายใจของผู้ป่วย เช่น การหายใจออกซ้ำๆ ลึกๆ เป็นจังหวะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระบบการหายใจดีขึ้นผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่ที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้บรรเทา เช่น ความวิตกกังวล อาการปวดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

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

1.3) การจัดทำ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยการจัดส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อหวังผลในการรักษา ความสุขสบายป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ

2) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรู้คิด (Cognitive intervention) เป็น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี ตัวอย่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่

2.1) การควบคุมการตัดสินใจ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการกำหนดขอบเขตของการกระทำให้กับผู้ป่วยให้แคบลง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกการกระทำที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถควบคุมการกระทำนั้นได้ด้วยตนเอง

2.2) การทำข้อตกลง เป็นการตกลงหรือสัญญาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นรายบุคคล เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปตามที่ต้องการ

2.3) การสอนและให้ข้อมูล เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ หรือทักษะบางอย่าง

3) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านสังคม (Social intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล เช่น

3.1) กลุ่มบำบัด เป็นการใช้กลุ่มในการบำบัดรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ จัดการกับปัญหาของตนได้ หรือช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และความหวังในชีวิตมากขึ้นส่งผลให้มีการปรับตัว คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2) การสนับสนุนครอบครัว เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหาของสมาชิกในครอบครัว และให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

3.3) การเป็นตัวแทน เป็นการกระทำเพื่อรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยโดยเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างรอบคอบ ถูกต้อง เหมาะสม

4) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรับสัมผัส (Sensory intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาล เช่น

4.1) การสัมผัส เป็นการใช้การสัมผัสส่วนร่างกายผู้ป่วย เช่น มือ แขนหรือหลัง เพื่อให้การช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ผลลัพธ์สุขภาพที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้มาก ได้แก่ ภาวะเครียดและความวิตกกังวล ความเจ็บปวด อาการกระสับกระส่าย

4.2) ดนตรี เป็นการใช้เสียงดนตรีบำบัด ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งสามารถใช้ในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลปกติได้ด้วย

4.3) ความร้อนและความเย็น เป็นการใช้ปริมาณความร้อนหรือความเย็นในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือภาวะต่างๆของผู้ป่วย ผลลัพธ์สุขภาพที่นิยมใช้การปฏิบัติการนี้ ตัวอย่างเช่น อาการปวด อาการบวม ความเหนื่อยล้า

4.4) การนวด เป็นการบรรเทาอาการหรือรักษาโดยการนวด โดยจะต้องพิจารณาถึงระดับความแรง วิธีการนวดประกอบด้วย ผลลัพธ์สุขภาพที่มักใช้การปฏิบัติการพยาบาลนี้ ตัวอย่างเช่น ภาวะเครียด ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวของข้อ

การปฏิบัติการพยาบาลตามระบบหมวดหมู่ของ Nursing Intervention Classification (NIC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2005) จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 6 หมวด ได้แก่

1) หมวดการดูแลร่างกาย: พื้นฐาน (Physiological: basic) เป็นการดูแลเพื่อสนับสนุนการรักษาภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 6 กลุ่ม

1.1) การจัดการเรื่องกิจกรรมและการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยในเรื่องกิจกรรมด้านร่างกาย การสงวนพลังงานและการใช้พลังงาน เช่นการส่งเสริมการบริหารร่างกาย

1.2) การจัดการการขับถ่าย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อสร้างและควบคุมรูปแบบการขับถ่ายของลำไส้ การขับถ่ายปัสสาวะ และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้รูปแบบนั้นเปลี่ยนแปลงไป เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

1.3) การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการเรื่องการจำกัดการเคลื่อนไหวหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการเป็นโรค เช่น การดูแลเฝือกเปื่อยก การจัดทำบนรถเข็น

1.4) การสนับสนุนภาวะโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขและรักษาภาวะโภชนาการ เช่นการช่วยให้เกิดการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร การดูแลสายยางให้อาหาร

1.5) การส่งเสริมความสบายของร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายของร่างกาย โดยใช้เทคนิคทางกายภาพ เช่นการจัดการกับความเจ็บปวด

1.6) การอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง หมายถึงการจัดการหรือการช่วยกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำบนเตียง

2) หมวดการดูแลร่างกาย: ซับซ้อน (Physiological: complex) หมายถึงการดูแลที่สนับสนุนการควบคุมระบบสมดุลในเลือด แบ่งเป็น 8 กลุ่ม

2.1) การจัดการภาวะเกลือแร่ และสมดุลกรด-ด่างในเลือด หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ กรด-ด่าง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.2) การจัดการเรื่องยา หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลจากการใช้ยา เช่น การให้ยาบรรเทาปวด

2.3) การจัดการทางระบบประสาท หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพของระบบประสาท เช่น การดูแลผู้ป่วยขณะชักและหลังชัก หรือการป้องกันการชัก

2.4) การดูแลเมื่อได้รับการผ่าตัด หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เช่น การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมก่อนการผ่าตัด

2.5) การจัดการระบบทางเดินหายใจ หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ทางเดินหายใจโล่งและเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซ เช่น การจัดการทางเดินหายใจให้โล่ง การดูดเสมหะในทางเดินหายใจ

2.6) การจัดการผิวหนังและแผล หมายถึงการปฏิบัติการ

พยายามเพื่อพุงรักษาและฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย เช่น การดูแลแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับ

2.7) การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพุงรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น การบำบัดไข้ การควบคุมอุณหภูมิให้ร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.8) การจัดการให้เกิดการไหลเวียนสู่เนื้อเยื่อ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดระบบไหลเวียนที่มีประสิทธิภาพของเลือดและสารน้ำสู่เนื้อเยื่อ เช่น การใส่ท่อทางหลอดเลือดดำ

3) การดูแลด้านพฤติกรรม (Behavioral) หมายถึง การดูแลเพื่อสนับสนุนหน้าที่ทางจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต แบ่งเป็น 6 กลุ่ม

3.1) การบำบัดด้านพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือการส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงปรารถนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3.2) การบำบัดด้วยความรู้ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือการส่งเสริมความคิด ที่พึงปรารถนาหรือเปลี่ยนแปลงความคิด ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การช่วยเหลือการควบคุมความโกรธ การฝึกความจำ

3.3) การเพิ่มระดับการสื่อสาร หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการสร้างและรับข่าวสาร เช่น การยกระดับการสื่อสารในผู้ป่วยที่บกพร่องการได้ยิน การยกระดับการสื่อสารในผู้ป่วยที่บกพร่องการพูด

3.4) การช่วยเหลือด้านการเผชิญความเครียด หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลสร้างความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวเข้ากับความเปลี่ยนแปลงของหน้าที่หรือเพื่อประสบความสำเร็จของหน้าที่ในระดับที่สูงกว่า เช่น การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต

3.5) การช่วยให้เกิดความรู้ในผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้สะดวกในการเรียนรู้ เช่น การสอนกระบวนการเกิดโรค การสอนวิธีการหรือการบำบัด

3.6) การส่งเสริมความสุขสบายด้านจิตใจ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายโดยการใช้เทคนิคทางด้านจิตใจ เช่น การลดความวิตกกังวล การใช้ biofeedback

4) หมวดการดูแลความปลอดภัย (Safety) หมายถึง การดูแลเพื่อสนับสนุนการป้องกันอันตราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

4.1) การจัดการภาวะวิกฤต หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือในระยะสั้นทางภาวะวิกฤตทางกาย และจิตใจ เช่น การบำบัดในภาวะวิกฤติ การดูแลฉุกเฉิน

4.2) การจัดการความเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงในระยะเริ่มแรกและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดการภาวะแพ้ การจัดการเรื่องความปลอดภัย

5) หมวดการส่งเสริมครอบครัว (Family) หมายถึง การดูแลเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

5.1) การดูแลทารกแรกเกิด หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและ ปฏิสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในระหว่างวัยเด็ก เช่น การเตรียมสำหรับเด็กแรกเกิด การดูแลทารกแรกเกิด

5.2) การดูแลตลอดช่วงอายุหมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนหน้าที่ของครอบครัวและส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกของสมาชิกครอบครัว เช่น การสนับสนุนผู้ดูแล การสนับสนุนครอบครัว

6) หมวดการสนับสนุนระบบสุขภาพ (Health System) หมายถึง การดูแลเพื่อการสนับสนุนการใช้ระบบการจัดการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

6.1) การเป็นสื่อกลางในระบบสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและระบบดูแลสุขภาพ เช่น การอำนวยความสะดวกการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

6.2) การจัดการระบบสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างและยกระดับการบริการสำหรับ การจัดการดูแล เช่น การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

6.3) การจัดการสารสนเทศ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกในด้านสื่อสาร ระหว่างทีมสุขภาพ เช่น การรายงานอุบัติการณ์

จะเห็นได้ว่า การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น สามารถทำได้ในหลายแบบหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นในแง่มุมมองของลักษณะการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาลพฤติกรรมกรรมการพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วย รวมทั้งความอิสระในการปฏิบัติ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งประเภทการปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการจำแนกประเภทการปฏิบัติการพยาบาล Nursing Intervention Classification (NIC) ของมหาวิทยาลัย Iowa (2005) ร่วมกับ Snyder (1992) เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความ

สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

3.3 การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย จำนวน 21 เรื่องที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้จากการทบทวนเบื้องต้น สามารถจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

3.3.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกิจกรรมด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ และอวัยวะของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอโรม (การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว)

3.3.2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เพื่อก่อให้เกิดความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ รูปแบบการดำเนินชีวิต และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี ได้แก่ การสอนหรือการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างๆให้ผู้เรียนเพื่อให้เกิดความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี สำหรับวิธีการสอนหรือการให้ข้อมูลมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ ให้ข้อมูล คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน ส่วนหัวข้อของการสอนหรือการให้ข้อมูล จะครอบคลุมมิติองค์รวมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ หัวข้อกายวิภาคและสรีรวิทยาของสมอง พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้ความรู้หรือการสอน การให้คำปรึกษาและความรู้

3.3.3 การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายให้สามารถเผชิญสภาวะคุกคามทางจิตใจ ที่เนื่องมาจากสภาวะการเจ็บป่วยทางกาย สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวให้คงความสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมดำรงชีวิตในสังคมได้ตามสภาวะที่เป็นจริง โดยการใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการจัดการให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน มีโอกาสได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ และช่วยกันหาแนวทางในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอง และพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุน แนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ควรปฏิบัติที่

ถูกต้องให้แก่กลุ่มผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นถึงบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ข้อมูลข่าวสารเป็นกำลังใจให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีความรัก ความผูกพันที่ดี และเพื่อเป็นการประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การใช้กลุ่มประคับประคอง โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มประคับประคอง และสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

3.3.4 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะของโรค อาการแสดงหรือปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ลดข้อผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น เช่น จากการวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น และยกระดับการบริการสำหรับการจัดการดูแล และพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และพัฒนาการดูแลที่บ้าน

3.3.5 การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม กิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมการให้ข้อมูล การฝึกออกกำลังกาย การฝึกบริหารการหายใจ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี้กง โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โปรแกรมการปรับลีลาชีวิตการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม และการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เป็นคำที่ G.V. Glass ใช้เป็นครั้งแรกโดยให้ความหมายว่า เป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (Analysis of analyses) ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์งานวิจัย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 1) ซึ่งการวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่นำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสังเคราะห์ จนเกิดความรู้ในหัวข้อนั้น (อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน, 2531:12) ลักษณะเฉพาะที่สำคัญของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ เป็นการวิเคราะห์ทางสถิติของข้อค้นพบจากหลายงานวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยในภาพรวม (Glass, McGaw, & Smith, 1981: 21) ซึ่งข้อสรุปผลการวิจัยที่ได้จะมีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่อง ข้อมูลในการสังเคราะห์งานวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลส่วนแรกเป็นข้อมูลจากผลการวิจัยแต่ละเรื่องทีวัดในรูปดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพล

(Effect size) และดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ส่วนข้อมูลส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 3) ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานได้

4.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีหลากหลาย แตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ รวบรวมได้ ดังนี้

Glass, McGaw and Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกันโดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ความสำคัญกับขนาดอิทธิพลมากกว่าระดับนัยสำคัญของการรวมค่าขนาดอิทธิพล และยังให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

Hedges and Olkin (1985 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 42) ได้ให้ความหมาย การวิเคราะห์ห่อภิมาณว่า เป็นวิธีการวิเคราะห์ผลของการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อยุติ

Rosenthal (1991) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นแทนข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณแยกได้เป็น 3 แบบ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationship) ระหว่างตัวแปร โดยการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การประมาณค่าแบบจุดและแบบช่วง

2) การศึกษาหาตัวแปรปรับ (determining moderator variables) โดยการทดสอบว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยมีความแตกต่างกันหรือไม่ ถ้ามีความแตกต่างกัน ต้องศึกษาว่าแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรปรับตัวใด ตัวแปรปรับ คือ ตัวแปรเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นเกณฑ์ใช้ตรวจสอบได้ว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแตกต่างกัน

3) การศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม (establishing relationships by aggregate analysis) โดยหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยจากงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรเหล่านั้นที่ได้จากการวิจัยทุกเรื่อง เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยตอบปัญหาวิจัยเป็นข้อยุติ

Hunt (1997) ให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณว่า เป็นการวิเคราะห์ที่มีจุดมุ่งหมาย 2 ประการ ประการแรก เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยให้ได้ข้อสรุปที่มีความถูกต้องเชื่อถือได้ ประการที่สอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

Burns and Grove (2001: 278) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณว่า เป็นวิธีการหาข้อสรุปจากผลการวิจัยจากงานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปรากฏการณ์เดียวกัน ด้วยวิธีทางสถิติเฉพาะอย่างจากค่าสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่อง

กรองไค อุณหสูต (2539: 13) ให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณว่าเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใช้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตัวอย่างในการวิเคราะห์ เน้นการสร้างดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วจึงสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน และอธิบายความแปรปรวนของค่าประมาณดัชนี เพื่อสรุปผลเป็นข้อสรุปใหม่ที่มีความเป็นปรนัย และเชื่อถือได้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542: 44) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงประมาณแบบหนึ่งที่น่าสนใจซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง

จากความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่รวบรวมมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงประมาณที่มีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยตัวอย่างของการวิเคราะห์โดยการนำงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกันและเสร็จสมบูรณ์แล้วหลาย ๆ เรื่องมาคำนวณโดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ค่าดัชนีมาตรฐานที่มีหน่วยมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งอยู่ในรูปของดัชนีขนาดอิทธิพลหรือดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แล้วนำข้อค้นพบที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อได้ข้อสรุปใหม่ที่เป็นปรนัย เชื่อถือได้ และมีความกว้างขวาง ลุ่มลึกกว่าผลการวิจัยเดิมแต่ละเรื่อง จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์อาจแยกได้ 2 ประการ คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานและตัวแปรปรับ ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะงานวิจัย

4.2 คุณลักษณะการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Glass, McGaw, and Smith (1981: 21-23) กล่าวถึงคุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้ดังนี้

1) การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มีการใช้ตัวเลข และวิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล ประชากรที่ศึกษา คือ งานวิจัย โดยมีตัวแปรตาม คือ ผลการวิจัยที่ดัดแปลงให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่เรียกว่า ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ส่วนตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะการวิจัย

2) การวิเคราะห์ห่อภิมาณช่วยให้ได้มาซึ่งข้อสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยที่ไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยตั้งแต่ก่อนนำมาวิเคราะห์ จะนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ทั้งหมด เนื่องจากแม้งานวิจัยมีความไม่สมบูรณ์บางอย่างก็มีคุณค่าบางประการที่สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่สำคัญได้ และความบกพร่องที่มีอยู่ควรจะนำมาวิเคราะห์และพิจารณาในภายหลัง ไม่ใช่พิจารณาตัดออกตั้งแต่แรก

3) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการวิจัยเชิงที่มุ่งแสวงหาข้อสรุปที่มีนัยทั่วไป (General conclusions) ในประเด็นที่ต้องการ ข้อสรุปนั้นหมายถึง ผลของตัวแปรจัดกระทำที่มีผลต่อตัวแปรตามในปริมาณที่ชัดเจนว่ามากหรือน้อยเพียงใดในรูปของการประมาณค่าขนาดอิทธิพล

4) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีจุดหมายสำคัญคือ การอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่มากขึ้นและเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ ซึ่งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะที่เหมือนกันทุก ๆ ด้าน เพราะในการปฏิบัติจริงไม่สามารถหางานวิจัยที่เหมือนกันทุกด้านได้ และหากเป็นงานวิจัยที่เหมือนกันในทุกด้านย่อมให้ผลการวิจัยที่ไม่แตกต่างกัน ควรทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยที่เหมือนกันในบางด้านเท่านั้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ประเด็นที่แตกต่างของงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันบางประการ เช่น ระเบียบวิธีวิจัยเป็นต้น โดยยังสามารถบอกได้ด้วยว่าความแตกต่างเหล่านั้น มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยหรือไม่จากขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสถิติ

4.3 หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

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

1) จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวแปรตาม อาจกล่าวได้ว่า จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นไม่แตกต่างกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยทั่วไปทั้งการวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

2) ตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม และมีคุณลักษณะงานวิจัยที่สนใจศึกษาเป็นตัวแปรต้น และนำมาใช้เป็นตัวแปรปรับในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ลักษณะ ประเภทของตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีลักษณะเหมือนตัวแปรในงานวิจัยทั่วไป

3) การวางแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ยังคงใช้หลักการควบคุมความแปรปรวน (Control of Variance) เช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป โดยเพิ่มความแปรปรวนเชิงระบบให้มีความสูงที่สุด ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนให้เหลือน้อยที่สุด และควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ (Max-Min-Con) อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นไม่สามารถวางแผนการวิจัยในแบบการวิจัยเชิงทดลองได้ ในการควบคุมความ

แปรปรวนส่วนใหญ่จึงต้องใช้หลักการนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษาแล้วควบคุมโดยใช้วิธีการทางสถิติ

4.4 ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิमान

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

1) ขั้นตอนการกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัยโดยทั่วไปในการวิจัยเชิงปริมาณมักจะมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ มีการกำหนดปัญหาการวิจัยหลักๆ อยู่ 3 ปัญหา คือ ค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของตัวแปรตามมีค่าเท่าไร ความแปรปรวนมีมากน้อยเพียงไร มีปัจจัยใดอธิบายความแปรปรวนได้ และอธิบายได้มากน้อยอย่างไรในการกำหนดปัญหาวิจัยสำหรับการวิเคราะห์อภิमानก็มีปัญหาหลัก 3 ประการเช่นเดียวกันได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของดัชนีมาตรฐาน ปัญหาเกี่ยวกับความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน และปัญหาเกี่ยวกับผลการวิจัยที่สังเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์อย่างไร ส่วนการกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับการวิเคราะห์อภิमान คือ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้ง หรือมีจำนวนมากให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ และให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้

2) ขั้นตอนการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และศึกษาสังเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย สร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์อภิमान โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกันวิธีการสังเคราะห์รายงานที่ใช้ อาจใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายแบบเดียวกับวิธีที่ใช้ในการวิจัยทั่วไปหรือจะนำเสนอแต่เพียงรายงานว่ามีรายงานวิจัยเป็นจำนวนเท่าไร มีลักษณะทั่วไปเป็นอย่างไร

3) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้สามารถแยกได้เป็น 4 งาน ดังนี้

3.1) การสืบค้นงานวิจัย โดยต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยที่ต้องการก่อนว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาลักษณะแบบใด มีความทันสมัยมากน้อยเพียงใด เป็นงานวิจัยจากหน่วยงานใด หรือใช้จากทุกหน่วยงาน เมื่อได้ขอบเขตกว้าง ๆ แล้วจึงลงมือสืบค้นงานวิจัย ทั้งนี้ Mullen (1989) อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 66-67) ได้ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทางคือการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (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)

3.2) การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ เมื่อได้ทำการเสาะค้นงานวิจัยตามขั้นตอนที่ 1 แล้ว นักวิจัยจะต้องตัดสินใจว่าจะสังเคราะห์งานวิจัยทุกเรื่องหรือเลือกศึกษาเฉพาะบางส่วน ซึ่งอาจเลือกได้ใน 4 ลักษณะ (Glass, McGaw, and Smith, 1981) คือการศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ จะทำให้ได้ผลการวิเคราะห์หรือภูมิานที่ครบสมบูรณ์ แต่จะเสียเวลา การเลือกงานวิจัยโดยใช้การแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัย ซึ่งวิธีนี้มีนักวิจัยต้องกำหนดตัวแปรลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัย แล้วสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งวิธีนี้อาจเกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้ และการเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่ง Glass, McGaw, and Smith (1981) ไม่เห็นด้วยกับวิธีการนี้เพราะเชื่อว่างานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในการวิจัย

3.3) การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์หรือภูมิานทุกประเภทมีเพียง 2 แบบ คือ แบบประเมินงานวิจัย และแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกถึงคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่องหรือปัญหาการวิจัย สมมติฐานงานวิจัยมีหลักฐานสนับสนุน ใช้วิธีการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ เป็นต้น ส่วนแบบบันทึกข้อมูลอาจทำเป็นตารางหรือแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิดก็ได้ เมื่อสร้างแบบบันทึกให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการและกำหนดรหัสสำหรับตัวแปรแล้ว จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5 – 10 เรื่อง ซึ่งในขั้นการทดลองนี้นักวิจัยที่ทำการวิเคราะห์หรือภูมิานจะพบว่า ต้องมีการปรับปรุงรูปแบบเครื่องมือหลายครั้งกว่าจะลงตัวใช้งานได้จริง

3.4) การบันทึกข้อมูล เป็นขั้นตอนของการบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกและการลงรหัสสำหรับตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่แล้วไม่มีปัญหา แต่การบันทึกผลการวิจัยโดยต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานค่อนข้างมีปัญหา เพราะในทางปฏิบัติรายงานการวิจัยนั้นมักมีแบบแผนการวิจัยที่หลากหลายและรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้เสนอสูตรการประมาณค่า

ขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยนำเสนอวิธีการประมาณค่าไว้สองวิธี คือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

4) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้จะครอบคลุมถึงงานสำคัญ 3 งาน ได้แก่

4.1) การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ นักวิจัยต้องสร้างไฟล์ข้อมูลเหมือนในงานวิจัยทั่วไป พร้อมทั้งต้องตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดมีค่าขาดหาย (missing) บ้าง ถ้ามีค่าขาดหายมากต้องตรวจสอบว่าการขาดหายเกิดขึ้นโดยการสุ่มหรือมีระบบ รวมทั้งพิจารณาประมาณค่าการขาดหาย

4.2) การตรวจสอบลักษณะของการแจกแจงของตัวแปร นักวิจัยต้องจัดทำตารางแจกแจงความถี่คุณลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และหาค่าสถิติบรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบว่าการแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติหรือไม่ นอกจากนี้ต้องทำการตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่จะใช้สถิติวิเคราะห์แต่ละประเภทหรือไม่ด้วย

4.3) การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นนั้นเป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสำคัญ อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และค่าดัชนีมาตรฐานโดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย เป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่งวัดในรูปดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันก็จะสามารถสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่างหรือความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้อาจทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ สถิติวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอย และการวิเคราะห์พหุระดับ

4.4) ขั้นตอนการสรุปและนำเสนอรายงาน จัดเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์อภิमान โดยต้องมีการสรุปผล การอภิปรายผลที่เชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีตและความรู้ทางทฤษฎี รวมทั้งยังต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะทางวิชาการ ด้วยผลการวิเคราะห์อภิमानนี้น่าจะต้องให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้ง เห็นอรรถกถางานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาสังเคราะห์ และข้อสรุปข้อเสนอแนะควรต้องมีความกว้างโดยทั่วไป (Generality) มากกว่า

งานวิจัยปกติ ในส่วนของรายงานการวิเคราะห์หรือภิกษานั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากรายงานการวิจัย โดยทั่วไปอยู่เพียงประการเดียว คือรายงานการวิเคราะห์หรือภิกษานจะมีบรรณานุกรมแยกเป็นสอง ส่วน คือ ส่วนที่เป็นบรรณานุกรมสำหรับรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมา สืบเคราะห์

4.5 ประเภทของการวิเคราะห์หรือภิกษาน

ในการวิเคราะห์หรือภิกษานั้นถึงแม้จะมีหลักการในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการ วิจัยเป็นแบบเดียวกัน แต่วิธีการวิเคราะห์ก็ยังมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์หรือภิกษานในปัจจุบันพบได้ใน 6 วิธี (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) คือ

วิธีที่ 1 วิธีของ Glass (Glass, McGaw, and Smith, 1981) เป็นวิธีการที่พยายาม สืบเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองรวบรวมกับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ โดยมีสูตรให้คำนวณค่าขนาดอิทธิพล จากค่าสหสัมพันธ์ได้ จุดเด่นของการวิเคราะห์หรือภิกษานวิธีนี้ คือ การมีสูตรในการประมาณค่าขนาด อิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองแตกต่างกันทุกแบบแผนการวิจัย และมีสูตรในการ ปรับเปลี่ยนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆมาเป็นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สูตรการ ประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งสองแบบมีทั้งสูตรการประมาณค่าจากค่าสถิติโดยตรง และสูตรการ ประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ สำหรับการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความ แปรปรวนในดัชนีมาตรฐานนั้นใช้การวิเคราะห์ถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวน รวมทั้ง สถิติขั้นสูงอื่นๆ โดยมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม มีตัวแปรปรับ เช่น คุณลักษณะงานวิจัยเป็น ตัวแปรต้น จึงทำให้การวิเคราะห์หรือภิกษานตามวิธีของ Glass มีนักวิจัยนิยมนำไปใช้อย่างกว้างขวาง แพร่หลาย

วิธีที่ 2 วิธีของ Hunter (Hunter, Schmidt, and Jackson, 1982; Hunter and Schmidt, 1991) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการปรับแก้ลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของดัชนี มาตรฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลาดเคลื่อน 3 ชนิด คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนในการวัด และความคลาดเคลื่อนจากความจำกัดของพิสัย แล้วจึง พิจารณาว่าเป็นความแปรปรวนมีระบบที่เนื่องมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวใด เพื่อจะได้ ใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มงานวิจัย เมื่อกลุ่มงานวิจัยกลุ่มย่อยๆแต่ละกลุ่มไม่มีความแปรปรวน ของดัชนีมาตรฐานแล้ว จึงจะสืบเคราะห์สรุปผล อาจกล่าวได้ว่า หัวใจของการวิเคราะห์ตามวิธีการ ของ Hunter อยู่ที่การปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในดัชนีมาตรฐานก่อนนำมาสืบเคราะห์สรุปผล ในขณะที่วิธีของGlass จะอธิบายความแปรปรวนมีระบบของดัชนีมาตรฐานด้วยตัวแปร คุณลักษณะงานวิจัย

วิธีที่ 3 วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อนหลักการคือ การตรวจสอบความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน โดยใช้ค่าสถิติ Q ซึ่งมีหลักการคล้ายกับการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อพบว่า มีความแปรปรวนน้อย หรือไม่มี ความแปรปรวน จึงจะสังเคราะห์งานวิจัยโดยการหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง

วิธีที่ 4 วิธีของ Mullen (1989 อ้างถึงใน นางลักษณวี วัชรชัย, 2542) เป็นวิธีการที่ได้รับการพัฒนาล่าสุด ใช้หลักการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) และใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนนพิชเชอร์'ส์ซีในการวิเคราะห์ การประมาณค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานใช้การหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก จุดเด่นของวิธีนี้ คือ มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทำการวิเคราะห์หือภิมานโดยตรง ซึ่งโปรแกรมสามารถสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน และทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้

วิธีที่ 5 วิธีของ Rosenthal (Rosenthal, 1991) เป็นวิธีแรกที่ได้รับการพัฒนาลักษณะสำคัญของวิธีนี้ที่แตกต่างจากการวิเคราะห์หือภิมานวิธีอื่น คือ การนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการสังเคราะห์และกำหนดสูตรในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล 2 แบบ ได้แก่ การคำนวณจากค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติในการทดสอบสมมติฐาน และการคำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ โดยใช้สูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) คือ ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร และมีสูตรสำหรับการวิเคราะห์หาข้อสรุปเกี่ยวกับค่าดัชนีมาตรฐานทั้งที่เป็นขนาดอิทธิพล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังแยกการวิเคราะห์ตามตัวแปรปรับสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

วิธีที่ 6 วิธีของ Slavin (1995 อ้างถึงใน นางลักษณวี วัชรชัย, 2542) วิธีนี้เน้นความสำคัญของการคัดเลือกแต่งงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เนื่องจาก Slavin มีความเชื่อว่า ถ้างานวิจัยเดิมไม่มีคุณภาพ ผลการสังเคราะห์ก็ย่อมไม่มีคุณภาพด้วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติวิธีการนี้มีข้อจำกัดเพราะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หือภิมานมีจำนวนไม่มากนัก เมื่อตัดเฉพาะผลงานที่มีคุณภาพดี ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หือภิมานมีจำนวนน้อยลงไปอีก การสรุปอ้างอิงผลการวิจัยจึงมีข้อจำกัด

สำหรับในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ตามแนวทางของ Glass, McGaw and Smith (1981) เนื่องจากเป็นการนำงานวิจัยทุกเรื่องในขอบเขตที่กำหนดมาทำการวิเคราะห์หือภิมานโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพของงานวิจัย ประกอบกับมีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลได้จากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองที่แตกต่างกันทุกแบบแผนการวิจัย รวมทั้งมีสูตรในการปรับเปลี่ยน

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ ให้เป็นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันด้วย ซึ่งสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้จริง

4.6 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้น หน่วยการวิเคราะห์คือ งานวิจัยแต่ละเรื่องที่มีข้อมูลทางสถิติ (กรองไค อุดมhusut, 2539:14) ซึ่งต้องมีการแปลงข้อมูลทางสถิติหรือข้อค้นพบนั้น ๆ ให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผล และสรุปด้วยวิธีการวิเคราะห์ต่างๆต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาวิเคราะห์นั้นอาจมีการวัดผล การวิเคราะห์ผล และการรายงานผลการวิจัยที่แตกต่างกันออกไป (สุรศักดิ์ พุฒิวิณชัย, 2545; นวลสกุล แก้วลาย, 2545) ดัชนีมาตรฐานในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงประมาณ มี 2 แบบ ได้แก่ ดัชนีค่าความน่าจะเป็น และดัชนีบอกความสำคัญของอิทธิพล (Hunter and Schmidt, 1990)

1) ดัชนีค่าความน่าจะเป็น (P-Value Statistics) หรือการวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีที่บอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติด้วยวิธีต่าง ๆ หลายวิธี ได้แก่ การนับคะแนนเสียงแบบเดิม (Conventional Vote-Counting method) โดยเริ่มจากแบ่งผลการวิจัยในหัวข้อที่ต้องการศึกษา ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก มีนัยสำคัญทางสถิติเชิงลบ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมานำผลจากงานวิจัยที่ต้องการสังเคราะห์มาเจงนับจำนวนในแต่ละกลุ่ม และสรุปผลการสังเคราะห์จากผลการเจงนับที่สูงสุด (Glass, McGaw, & Smith, 1987:92-95) ซึ่งอาจทำให้เกิดความลำเอียง ถ้างานวิจัยนั้นมีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ วิธีนี้ไม่คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัย รวมทั้งไม่สามารถอธิบายขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษาได้ นอกจากนี้อาจเลือกใช้วิธีการสังเคราะห์ค่าความน่าจะเป็นของค่าสถิติ แล้วทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของผลการสังเคราะห์อีกครั้งหนึ่งแทนการเจงนับ

2) ดัชนีบอกความสำคัญของอิทธิพล (Effect Magnitude) เป็นค่าสถิติที่สร้างขึ้นเพื่อบอกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัญหาการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ แบ่งได้เป็น 6 ชนิด ได้แก่

2.1) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่บอกถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ โดยจะนำค่ามาตรฐานที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลักษณะการกระจายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดหรือตัวแปรใดที่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

2.2) ดัชนีมาตรฐานของ Cochran เป็นค่าสถิติที่นำมาใช้เป็นดัชนีมาตรฐานใน

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลอง โดยมีค่าเท่ากับ ผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดัชนีมาตรฐานชนิดนี้ขาดคุณสมบัติความเป็นคะแนนมาตรฐานและไม่เป็นที่นิยมใช้ เนื่องจากดัชนีจะผันแปรตามตัวแปรตามในการวิจัย

2.3) ดัชนีอัตราส่วนระหว่างค่าสถิติกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมของ Mantel และ Haenzel พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1959

2.4) ดัชนีค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นค่าดัชนีที่บอกขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้น หรือตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม (กรองไต่ อุณหภูมิต, 2539:15) ซึ่งมีการพัฒนาสูตรคำนวณขึ้นโดย Cohen (1977) โดยกำหนดว่า ขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับ อัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม และต่อมา Glass, McGaw and Smith (1981) ได้พัฒนาสูตรโดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมแทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเนื่องจากไม่ได้รับผลกระทบจากการทดลอง

2.5) ดัชนีผลต่างของสัดส่วนในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมของ Devine and Cook พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1983

2.6) ดัชนีผลต่างระหว่างความถี่ที่คาดหวังกับความถี่ที่สังเกตได้ ของ Yusuf, Peto, Lewis, Collins and Sleight พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1985

สำหรับการแปลความหมายของค่าขนาดอิทธิพลนั้น สามารถทำได้ใน 2 ลักษณะคือ ตามแนวคิดของ Cohen (1977) และแนวคิดของ Glass, McGaw and Smith (1981) โดย Cohen (1977) ได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าขนาดอิทธิพลไว้ว่า ค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดเล็กจะมีค่าเท่ากับ 0.2 ค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดปานกลางจะมีค่าเท่ากับ 0.5 และค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่จะมีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป ในขณะที่ Glass, McGaw and Smith (1987) ได้เสนอแนวคิดว่า นักวิจัยสามารถแปลผลค่าขนาดอิทธิพลได้โดยเปรียบเทียบกันเองระหว่างค่าขนาดอิทธิพลที่ได้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเดียวกัน แต่การอธิบายค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้การบรรยายคุณศัพท์ว่า น้อย ปานกลาง หรือมากนั้น อาจเบี่ยงเบนความหมายไปจากความเป็นจริงได้ จึงเสนอให้แปลความหมายค่าขนาดอิทธิพลโดยอาศัยค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (percentiles) มาอธิบาย เพื่อเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลโดยตรง

สำหรับในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการแปลความหมายของค่าขนาดอิทธิพลตามแนวทางของ Glass, McGaw and Smith (1987) เนื่องจากในการแปลความหมายของค่าขนาดอิทธิพลนั้นการอธิบายโดยการโดยใช้การบรรยายคุณศัพท์ว่า น้อย ปานกลาง หรือมากนั้น อาจเบี่ยงเบนความหมายไปจากความเป็นจริงได้ และการใช้แปลความหมายค่าขนาดอิทธิพลโดยอาศัยค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (percentiles) สามารถอธิบายและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลได้โดยตรง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สุมล เกษรวันชวัฒนา (2534) ศึกษาผลของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสโตรค เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม และความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของของ Flanagan (1982) ที่กล่าวว่าแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความพิการได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสโตรคที่มาเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแผนกประสาทวิทยาและจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน โดยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยการสุ่มอย่างมีระบบ เป็นกลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสโตรคที่ได้รับการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จินนระวีรัตน์ ศรีภักทธิบุญ (2540) ศึกษาผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาท กรุงเทพ จำนวน 40 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 1 วัน และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน และคะแนนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน สูงกว่าก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ .001

อารมณ บุญเกิด (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 คน ที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน และผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านั้น โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมเมื่อรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1

ส์ปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และเมื่อเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่า หลังเตรียมความพร้อม

ยุพาพร โอฟาริกพันธุ์ (2541) ผลของกลุ่มระดับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสตรีค เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสตรีคที่มารับการรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 18 คน โดยผู้ป่วย 9 คนแรกเป็น กลุ่มทดลอง และผู้ป่วย 9 คนต่อมาเป็นกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสตรีคที่เข้ากลุ่ม ประคองประคองมีการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ดีกว่าผู้ป่วยสตรีคที่ไม่ได้เข้ากลุ่มประคองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 แต่การปรับตัวด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน

สุดธิดา รัตนสมหาร (2542) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการ จัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มารับการตรวจรักษาครั้งแรกที่คลินิกสมองและระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 ราย เริ่ม ดำเนินการวิจัยจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่ บ้าน แล้วกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราวก่อนนำไปปฏิบัติบริการ ผลการวิจัย พบว่าโครงสร้างการบริการประกอบด้วยทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้บริการประกอบด้วยแพทย์ นัก กายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแลเฉพาะราย กระบวนการจัดบริการประกอบด้วย 1) การ สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและ ร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ 2) เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค บริการสุขภาพที่บ้าน โดยการพัฒนา ทักษะและปรับเปลี่ยนบทบาท 3) ประเมินผลลัพธ์ของการบริการโดยเปรียบเทียบระดับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นทุกกิจกรรม

จินตนา เกษมโชติพันธุ์ (2546) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความหวัง ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แผนกบำบัด โรงพยาบาลแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มีการสื่อสารและการรับรู้ดี

และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความหวังของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) ศึกษาผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลำปาง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย 15 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 คนซึ่งมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง น้อย และไม่สามารถปฏิบัติได้ และเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการได้รับการเตรียมผู้ดูแล คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คนในการได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2549) ศึกษาผลของแผนการจำหน่ายต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยอง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากการอุดตันหรือตีบตัน ที่เข้ารับการรักษารั้งแรกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระยอง จำนวน 35 ราย โดยทำการวัดระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยครั้งแรกใน 24 ชั่วโมงของการรับเข้ารักษา และครั้งที่สองเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแผนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงขึ้นหลังได้รับแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแผนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ (2549) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นลักษณะของงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 รายของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ และระดับความพิการ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง หลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ดีกว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ .001

ประภัสสร สมศรี (2549) ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยร่วมกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 30 คน โดยกำหนดให้ 15 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 15 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างพลังอำนาจของกิบสัน คนละ 45-60 นาทีต่อครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 6 – 8 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปรับตัวสูงกว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรกฎ สุวรรณอัศวระเดชา (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการจัดการอากาศร่วมกับการบริหารกาย-จิต แบบซีกง ต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซีกง ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซีกงในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chutarat, S. (2001) ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด โรงพยาบาลประสาทสงขลา โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ความสามารถในการควบคุมโรค ความพึงพอใจในชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต และระดับไขมันในกระแสเลือด โดยงานวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาใน

โรงพยาบาลประสาทสงขลาและญาติผู้ดูแล ได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีจับคู่ ตามตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน ผลการวิจัยพบว่า การสร้างพลังเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเพิ่มจากระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ เป็นระดับสูง และพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Bang-Orn, T. (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 50 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่กำหนดไว้ 3 ครั้ง โดยกิจกรรมประกอบด้วยการพัฒนาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการปฏิบัติด้านการดูแลตนเองในการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติด้านการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างทางสถิติแต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

Chantana, K. (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์การวิเคราะห์วิถีชีวิตการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกประสาทวิทยา และผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และทักษะ ต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดซ้ำเพื่อการปรับวิถีชีวิตทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย รับประทานยาหรือการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตตัวบนและระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง มีระดับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาและการใช้ยาเอง

Thipsuda, C. (2003) ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก หลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก มีการกลืนได้อย่างปลอดภัย โดยมีคะแนนการกลืนลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .004) กล่าวคือขณะกลืนผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ไม่มีน้ำหรืออาหารไหลออกจากปาก และหลังกลืนไม่มีอาการไอทันที ไม่มีอาการจุกแน่น หายใจลำบาก ไม่มีเสียงน้ำในคอ ไม่รู้สึกว่ามีอาหารติดอยู่ในคอ และไม่มีเศษอาหารติดอยู่ในกระพุ้งแก้ม

Wallada, C. (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเอง ต่อความแข็งแรง ความพึงพอใจและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและสมองขาดเลือดไม่รุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและสมองขาดเลือดไม่รุนแรงของสถาบันประสาท จำนวน 62 คน ซึ่งได้รับการสุ่มแบบง่ายเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน ประสิทธิภาพของโปรแกรมวัดด้วย ระยะทางการเดิน 6 นาที ความพึงพอใจต่อผลของการออกกำลังกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต โคเลสเตอรอลโดยรวม เอชดีแอลโคเลสเตอรอลและไฟบริโนเจน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะทางการเดิน 6 นาที และความพึงพอใจต่อผลของการออกกำลังกาย ภายหลังจากโปรแกรม 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ภายหลังจากโปรแกรม 12 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม นอกจากนั้นไม่พบความแตกต่างของค่าโคเลสเตอรอลโดยรวม เอชดีแอลโคเลสเตอรอลและไฟบริโนเจนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Jeuajan, W. (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการเชื่อใจในความสามารถแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อความสามารถแห่งตนและภาวะการทำงานของร่างกายในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดเรื่องการเชื่อใจในความสามารถแห่งตนเองของแบนดูรา (1986) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 60 คน ซึ่งได้รับการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อใจในความสามารถแห่งตนและคะแนนของความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ป่วยภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือโปรแกรมการเชื่อใจใน

ความสามารถแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อในความสามารถแห่งตนและภาวะการณ์ทำงานของร่างกายได้

Totsaporn, K. (2006) ศึกษาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเป็นแบบทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำหลายครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านไม่เกิน 1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป จำนวน 58 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่สัปดาห์ที่ 6 และ 12 หลังได้รับโปรแกรม แต่ในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 แต่ไม่เปลี่ยนแปลงในสัปดาห์ที่ 12 ส่วนความซึมเศร้านั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดทุกช่วงของการวัด แต่กลุ่มควบคุมระดับความซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง สำหรับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของทั้งสองกลุ่มนั้นพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตลอดทุกช่วงของการวัด ในขณะที่คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความซึมเศร้า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12

Waroonapa, S. (2007) ศึกษาคุณภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 10 คน (ชาย 5 คน และหญิง 5 คน) ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจและสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยมีความเร็วในการเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้ว 4 สัปดาห์ แต่ผลของโปรแกรมไม่คงอยู่ตลอดช่วงเวลาการศึกษา

Tiwaporn, M. (2008) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 30 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด รูปแบบของการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลก่อนกลับบ้านและในสัปดาห์ที่ 4 และ 10 หลังจากกลับบ้านที่คลินิกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารในกลุ่มที่มีไขมัน คอเลสเตอรอลและ

ไซเดียมสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตตลอดเวลาของการศึกษา คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

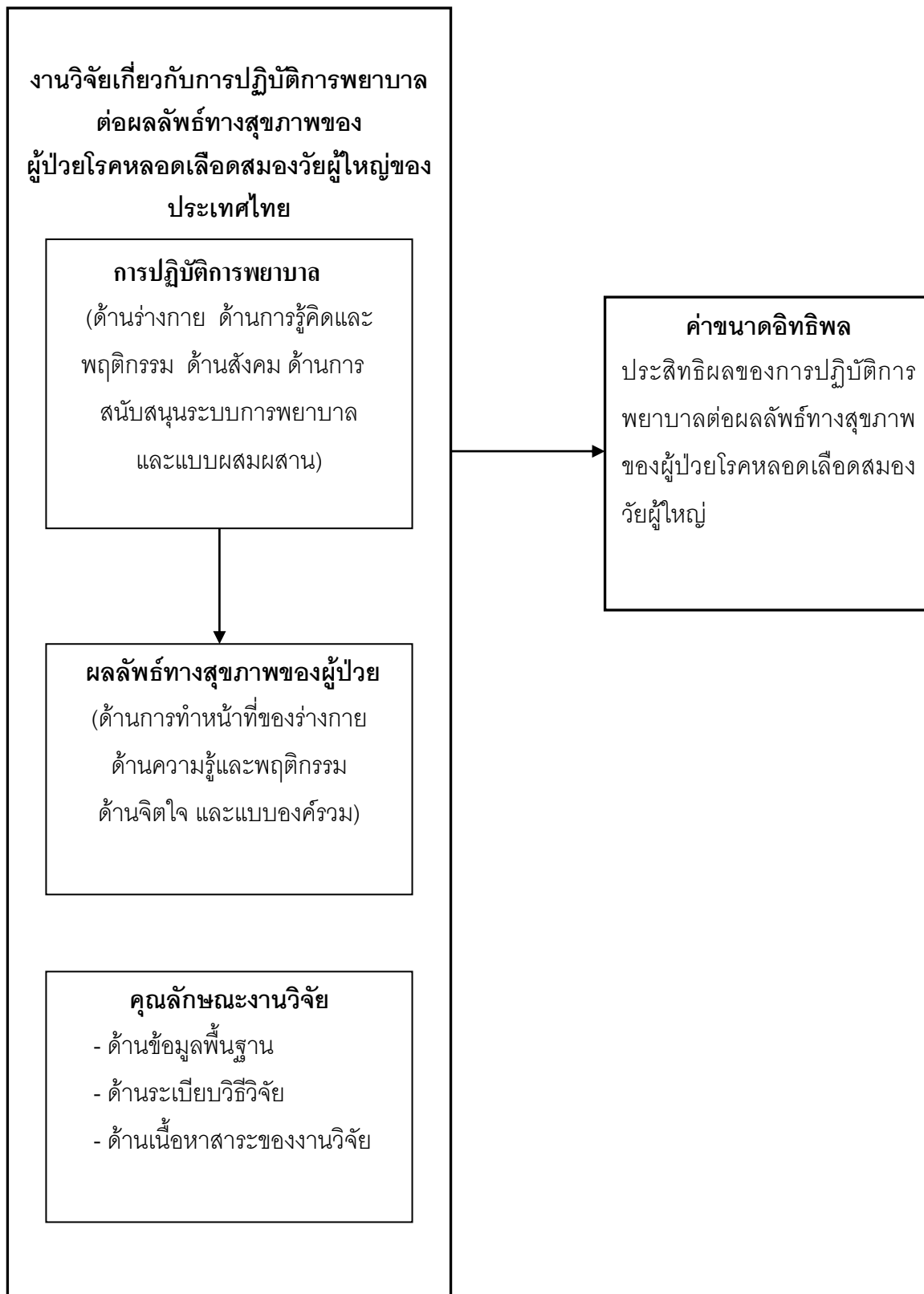
การวิเคราะห์ห่าภิมานประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนวคิดการวิเคราะห์ห่าภิมานตามวิธีการของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) เป็นวิธีการที่ใช้สถิติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการสรุปผล โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยสังเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาสังเคราะห์ และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกอย่าง แต่เป็นงานวิจัยที่มีความเหมือนกันในบางด้าน คือเป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรต้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาล และมีตัวแปรตามเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากงานวิจัยอาจมีความแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่าขนาดอิทธิพล (effect size) เป็นค่าที่บอกถึงอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำ คือการปฏิบัติการพยาบาลที่มีตัวแปรตามคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ อาจไม่ได้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจเป็นผลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยอื่น จึงมีการวิเคราะห์หาความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้วยคุณลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์บ่งบอกถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่อย่างแท้จริง

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ภาวะสุขภาพของโรคมียผลคุกคามต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาภาวะสมดุขของตนเองไว้ได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะสมดุขตามเดิม โดยการพยาบาลมีมีนทัศน์หลัก 4 ประการคือ คน สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการพยาบาล โดยคนประกอบด้วย กาย จิต สังคมเป็นระบบเปิดและอยู่ในสิ่งแวดล้อม โดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และคนพยายามรักษาภาวะสมดุขของตนเองไว้ โดยใช้กลไกการปรับสมดุข การเจ็บป่วยของคน เกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถดำรงภาวะสมดุขนั้นไว้ได้ ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจเล็กน้อย จนถึงภาวะวิกฤตหรือเจ็บป่วยหนัก จนถึงแกชีวิตได้ (สินีนุช เสนิงวงศ์ ณ อยุธยา, 2547) การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทาง

สุขภาพของคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือคนให้สามารถดำรงภาวะสมดุลหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ และช่วยเหลือให้คนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2539) การพยาบาลจึงครอบคลุมทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือดูแลตนเองได้แต่น้อยลง จะมีความต้องการการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาล Nursing Intervention Classification (NIC) ของมหาวิทยาลัยไอโอวา (2005) ร่วมกับ Snyder (1992) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้สึกและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานจากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแสดงในภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta - analysis) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิเคราะห์อภิมานของ Glass, McGaw and Smith (1981) เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้ และพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ และเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นงานวิจัยของบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาจากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ทำสำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึง พ.ศ. 2551 จำนวน 30 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ตีพิมพ์ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2534 จนถึง พ.ศ. 2551 โดยศึกษาค้นคว้าจากห้องสมุดของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้วิธีเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ทำแล้วเสร็จและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม ที่สืบค้นได้ในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ หอสมุดแห่งชาติ และสภาวิจัยแห่งชาติ
2. เป็นรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ประเภทงานวิจัยประเภททดลอง กึ่งทดลอง หรือเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่มีกลุ่มควบคุม หรือมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง
3. เป็นรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ที่มีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมาน ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หรือ ค่า t-test, F-test, Z-test, U-test

เมื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีวิทยานิพนธ์จำนวน 3 เรื่อง ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และมีวิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์จำนวน 6 เรื่อง ที่มีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติไม่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์หือภิมาน จึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา คงเหลือรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ทั้งหมด 21 เรื่อง (รายละเอียด ในภาคผนวก ค)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินีซุซ เสนิงวศ์ ณ อยุธยา (2547) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย คณะที่ผลิตงานวิจัย สาขาวิชาของผู้วิจัย ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย การระบุแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา การตั้งสมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการเข้ากลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ที่มาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือวิจัย) และคุณภาพงานวิจัย

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย และด้านเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาในการปฏิบัติ

จำนวนครั้งความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล) จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวนของผู้ช่วยวิจัย ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ลักษณะผลลัพธ์ทางสุขภาพ และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ห่อภิมาน เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมและเหมาะสมในด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาน ของสินีนุช เสนิงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ของ Likitratcharoen, S. (2000) โดยดัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยของ Hanucharumkul et al. (2001) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมแล้วนั้น ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย

1.1 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ไปปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถามและความครอบคลุม ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

1.2 นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์

ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ฉบับดังกล่าว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม ความถูกต้อง เหมาะสมของ และครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 2 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อหุ้ม จำนวน 1 คน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าความตรงที่มีระดับสูง (Polit and Hungler, 1999; Burn and Grove, 2001)

1.3 ทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย นำมาปรับปรุงแก้ไข

1.4 จากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater agreement) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างก็บันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงจากการสังเกต (ทศนีย์ นะแสง, 2542: 33; Polit and Hungler, 1999) ตามสูตร

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

ผลความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่มีระดับสูง (Polit and Hungler, 1999; Burn and Grove, 2001) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยได้นำแบบสรุปรายงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดิม (Intrarater Reliability) โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึกครั้งที่ 2 ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการประเมินซ้ำ เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่มีระดับสูง (Polit & Hungler, 1999; Burn & Grove, 2001)

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (Brown, 1990 cited in Brown, 1991: 353), ภิรดี วัชรสินธุ์ (2544), ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวความคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ

การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (Brown, 1990 cited in Brown, 1991: 353); ภิรดี วัชรสินธุ์ (2544); ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544); และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวความคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6 ด้าน ได้แก่ 1)ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 2)การกำหนดกรอบแนวความคิดวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4)วิธีดำเนินการวิจัย 5)การวิเคราะห์ข้อมูล 6)การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดหัวข้อและข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย
2. กำหนดหัวข้อคำถามการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินในระดับต่าง ๆ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยในแต่ละประเด็นด้วย มีลักษณะของ

แบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุด มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน โดยมีความหมายการให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ดีมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ดี

ระดับคะแนน 2 หมายถึง พอใช้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ต้องปรับปรุง

ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีการระบุข้อมูล

การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0- 100 คะแนน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุกุมพร ทองอุไทย (2527) มาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้ จึงมีการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่งดังนี้

76 - 100 คะแนน หมายถึง คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก

51 - 75 คะแนน หมายถึง คุณภาพงานวิจัยระดับดี

26 - 50 คะแนน หมายถึง คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง

0 - 25 คะแนน หมายถึง คุณภาพงานวิจัยควรปรับปรุง

3. นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย

1.1 นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ฉบับดังกล่าว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และครอบคลุมเนื้อหาที่ประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 คน

- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 1 คน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 คน

การกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่ครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน

ผลการตรวจสอบพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถามดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้เสนอให้ข้อเสนอแนะว่า คำว่าชัดเจนเป็น subjective เกินไป

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่คุณวุฒิแนะนำคือ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาตรงกับประเด็นที่ศึกษา

ข้อคำถามที่ 2 คำถามการวิจัย /วัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้เสนอให้ข้อเสนอแนะว่า คำว่าชัดเจนเป็น subjective เกินไป

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่คุณวุฒิแนะนำคือ คำถามการวิจัย / วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

ข้อคำถามที่ 3 สมมติฐานการวิจัยถูกต้อง ชัดเจน ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้เสนอให้ข้อเสนอแนะว่า คำว่าชัดเจนเป็น subjective เกินไป

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่คุณวุฒิแนะนำคือ สมมติฐานการวิจัยถูกต้อง ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

ข้อคำถามที่ 4 ขอบเขตการวิจัยชัดเจน ครบถ้วน และสมเหตุสมผล

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าให้ศึกษาวิธีการเขียนขอบเขตของการวิจัย ว่าจำเป็นต้องมีตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หรือไม่

สรุป: ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามนี้ออก

ข้อคำถามที่ 5 นิยามคำศัพท์เชิงปฏิบัติการครบถ้วน ชัดเจน และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้เสนอให้ข้อเสนอแนะว่า คำว่าชัดเจนเป็น subjective เกินไป

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำคือ นิยามคำศัพท์เชิงปฏิบัติการครบถ้วน และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

ข้อคำถามที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัยครบถ้วน ชัดเจน และสอดคล้องกับกรอบทฤษฎี

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้เสนอให้ข้อเสนอแนะว่า คำว่าชัดเจนเป็น subjective เกินไป

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำคือ กรอบแนวคิดการวิจัยครบถ้วน และสอดคล้องกับกรอบทฤษฎี

ข้อคำถามที่ 12 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองชัดเจนและเหมาะสม

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 ได้เสนอให้ข้อเสนอแนะว่า คำว่าชัดเจนเป็น subjective เกินไป

สรุป: ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำคือ การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเหมาะสม

ข้อคำถามที่ 13 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีความตรง

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 แนะนำว่าเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีความตรง ไม่ใช่เกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5 แนะนำว่าในการทดลองส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมที่มีคนใช้แล้ว อาจไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก

ข้อคำถามที่ 14 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีความเที่ยง

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 แนะนำว่าเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีความตรง ไม่ใช่เกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5 แนะนำว่าในการทดลองส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมที่มีคนใช้แล้ว อาจไม่มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อนการใช้

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก

ข้อคำถามที่ 17 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีความตรง

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5 แนะนำว่าในการทดลองบางครั้งใช้เครื่องมือที่มีคนใช้แล้ว อาจไม่มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำมาใช้

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก และเปลี่ยนข้อคำถามเป็น เครื่องมือที่ใช้ในภาพรวมมีคุณภาพ

ข้อคำถามที่ 18 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความเที่ยง

ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5 แนะนำว่าในการทดลองบางครั้งใช้เครื่องมือที่มีคนใช้แล้ว อาจไม่มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำมาใช้

สรุป: ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก

สรุปจากการนำคำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามและเกณฑ์การประเมินคุณภาพทั้งหมด พบว่าแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มีทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของคุณภาพงานวิจัยจึงอยู่ในช่วง 0-80 คะแนน และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยให้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

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

นำผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536) โดยคำนวณค่าตามสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา

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

ผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง จากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกัน ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้อภิปรายหาข้อสรุปพร้อมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย

2.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater agreement) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างก็บันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต (ทศนิยม ๓ ตำแหน่ง, 2542: 33; Polit and Hungler, 1999) ตามสูตร

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

ผลการตรวจสอบ ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงในระดับสูง (Polit & Hungler, 1999; Burn & Grove, 2001) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้อภิปรายหาข้อสรุปพร้อมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater Reliability) โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าความเที่ยงของการประเมินซ้ำ เท่ากับ 0.92 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงในระดับสูง (Polit and Hungler, 1999; Burn and Grove, 2001) แสดงว่าสามารถนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ. 2534 – พ.ศ. 2551 โดยใช้ คำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ “โรคหลอดเลือดสมอง, หลอดเลือดสมอง, สโตรค และอัมพาต” โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของห้องสมุดในมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่

<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.lib.bbu.ac.th>, <http://www.riclib.nrct.go.th> <http://www.psu.ca.th> เป็นต้น

2. สืบค้นรายงานการวิจัย วารสารทางการแพทย์ และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดด้วยมือ ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักห้องสมุดกลาง ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และห้องสมุดคณะแพทยโรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ

ผลการสำรวจข้อมูลงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ทำในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปี พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 30 เรื่อง

3. นำงานวิจัยที่สำรวจมาได้ มาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหาคร่าว ๆ 1 รอบ เพื่อพิจารณาทำความเข้าใจและคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีวิทยานิพนธ์จำนวน 3 เรื่อง ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และมีวิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์จำนวน 6 เรื่อง ที่มีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติไม่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จึงพิจารณาไม่นำมาศึกษา คงเหลือรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ทั้งหมด 21 เรื่อง

4. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์โดยละเอียด และบันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ในกรณีที่ไม่มีมั่นใจในการลงข้อมูล นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

5. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย หากมีส่วนใดไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการอ่านงานวิจัยอีกครั้ง และบันทึกเพิ่มเติม

6. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ ขนาดอิทธิพลผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้ และพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งจำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ด้าน เพื่อหาข้อสรุปจากผลของการวิจัย

7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล ด้วยวิธีวิเคราะห์หือภิมานตามวิธีของ Glass, Mcgaw and Smith (1981)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. นำค่าสถิติจากผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทำการวิเคราะห์หือภิมาน คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (ค่าดัชนีมาตรฐาน) ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981)

3. วิเคราะห์หาค่าคะแนนเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล แปลผล และเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ Glass, Mcgaw, and Smith (1987) แปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบกับตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่

- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก จะมีค่าขนาดอิทธิพล น้อยกว่า Percentiles ที่ 33.33 ได้ค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.33

- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง จะมีค่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระหว่าง Percentiles ที่ 33.34 – 66.67 ได้ค่าขนาดอิทธิพลระหว่าง 0.34 – 1.56

- ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จะมีค่าขนาดอิทธิพล มากกว่า Percentiles ที่ 66.68 ขึ้นไป ได้ค่าขนาดอิทธิพลมากกว่าหรือเท่ากับ 1.57

4. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน และโดยรวม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

5. เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน และโดยรวม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

6. วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่มีต่อความสัมพันธ์ และมีความแปรปรวนต่อค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยมีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรอิสระ และมีค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเป็นตัวแปรตาม โดยการใส่ตัวแปรเข้าไปวิเคราะห์เป็นขั้นตอนทีละชุด แบ่งเป็นตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย ด้านเนื้อหาสาระและคะแนนคุณภาพงานวิจัย

จริยธรรมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การที่จะได้มาซึ่งงานวิจัยที่ดีมีคุณภาพ นอกจากจะดำเนินตามระเบียบวิธีการวิจัยอย่างมีคุณภาพแล้ว คุณธรรมหรือจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้วิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ให้เกียรติและอ้างถึงบุคคลหรือแหล่งที่มาข้อมูลที่นำมาใช้ในงานวิจัย มีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอและมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัยเพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพและป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาดอันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย ผู้วิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดแก่ตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและสังคม ผู้วิจัยจะต้องเสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ไม่จงใจเบี่ยงเบนผลการวิจัยโดยหวังผลประโยชน์ส่วนตนหรือต้องการสร้างความเสียหายแก่ผู้อื่น มีความรับผิดชอบและรอบคอบในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ไม่เผยแพร่ผลงานวิจัยเกินความเป็นจริง เสนอผลงานวิจัยตามความเป็นจริง ยอมรับฟังความคิดเห็นและเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่นและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ถูกต้อง (คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอของบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี, 2550)

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta – analysis) เป็นงานวิจัยประเภทหนึ่งที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรม แต่ผู้วิจัยก็ต้องมีจริยธรรม จรรยาบรรณของการเป็นนักวิจัยที่ดีในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ ไม่มีความลำเอียง (Bias) และไม่นำข้อมูลต่าง ๆ จากงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ไปตัดแปลงเพื่อผลประโยชน์ของตนเองโดยเด็ดขาด ในขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย จะต้องบรรยายสรุปด้วยความเที่ยงธรรมและไม่ผนวกความคิดเห็นของตนเองลงไปในงานวิเคราะห์ (สมเกียรติ โภชสิทธิ์ และคณะ, 2545)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 – พ.ศ.2551 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw and Smith (1981) ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์แยกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

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

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ได้แก่

1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ประเภทของงานวิจัย		
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	14	66.7
วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต	4	19.0
งานวิจัยอื่นๆ เช่น การค้นคว้าอิสระ สารนิพนธ์	2	9.5
งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร	1	4.8
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย		
มหาวิทยาลัยมหิดล	8	38.2
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	4	19.0
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	4	19.0
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2	9.5
มหาวิทยาลัยบูรพา	2	9.5
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	4.8
คณะที่ผลิตงานวิจัย		
คณะพยาบาลศาสตร์	14	66.7
คณะสาธารณสุขศาสตร์	4	19.0
คณะวิทยาศาสตร์	2	9.5
สถาบันวิจัยโภชนาการ	1	4.8
สาขาวิชาของผู้วิจัย		
การพยาบาลผู้ใหญ่	9	42.9
พยาบาลศาสตร์	3	14.3
การพยาบาลอนามัยชุมชน	3	14.3
สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์	2	9.5
อื่นๆ ได้แก่ กายภาพบำบัด โภชนาการ	2	9.5
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา	1	4.8
การพยาบาลครอบครัว	1	4.8

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่		
2534-2438	1	4.8
2539-2544	6	28.6
2545-2549	11	52.4
ตั้งแต่ปี 2550 ขึ้นไป	3	14.3

จากตารางที่ 1 คุณลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.2 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.9 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ.2545 – 2549 จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.4

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละจำแนกตามคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
รูปแบบการวิจัย		
การวิจัยกึ่งทดลอง	17	81.0
การวิจัยเชิงทดลอง	3	14.3
เชิงปฏิบัติการ	1	4.8
การระบุแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย		
มีการระบุแนวคิด	20	95.2
ไม่มีการระบุแนวคิด	1	4.8
การตั้งสมมติฐานการวิจัย		
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	18	85.7
ไม่ระบุสมมติฐาน	3	14.3

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนร้อยละจำแนกตามคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล		
ไม่ระบุเวลา	2	9.5
1 - 4 เดือน	7	33.3
5 - 8 เดือน	8	38.1
9 - 12 เดือน	3	14.3
มากกว่า 12 เดือน	1	4.8
Min=2.0 Max=14	Mean=6.26	SD=3.19
สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล		
แผนกผู้ป่วยใน	10	47.6
แผนกผู้ป่วยนอก	5	23.8
ที่บ้าน หรือชุมชน	5	23.8
อื่นๆ ได้แก่ แผนกกายภาพบำบัด	1	4.8
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
2 กลุ่ม	14	66.7
1 กลุ่ม	7	33.3
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง		
1 - 20 คน	7	33.3
21 - 40 คน	6	28.6
41 - 60 คน	5	23.8
มากกว่า 60 คน	3	14.3
Min=10 Max=76	Mean=36.71	SD=21.52
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง	20	95.2
สุ่มอย่างง่าย	1	4.8
วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง		
ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง	13	61.9
มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง	8	38.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนร้อยละจำแนกตามคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ		
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	10	47.6
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	6	28.6
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	3	14.3
ไม่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติ	2	9.5

จากตารางที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่ารูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีการระบุแนวคิด จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ลักษณะของสมมติฐานส่วนใหญ่เป็นแบบมีทิศทาง จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 5 – 8 เดือน จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.1 (ค่าเฉลี่ย = 6.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.19) ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1- 20 คน จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ค่าเฉลี่ย = 36.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 21.52) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง แบบไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีการวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล*		
Dependent t-test	9	25.71
Independent t-test	9	25.71
ANOVA	6	17.15
Wilcoxon test	6	17.14
ANCOVA	3	8.57
The Mann-Whitney U test	2	5.72

* งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 3 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่าส่วนมากใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ค่า โดยใช้สถิติทั้งหมด 35 การทดสอบ ซึ่งเป็นสถิติพาราเมตริกซ์ จำนวน 4 ค่า ได้แก่ Dependent t-test , Independent t-test , ANOVA, ANCOVA ส่วนงานวิจัยที่ใช้สถิตินั้นพาราเมตริกซ์ พบจำนวน 2 ค่า ได้แก่ Wilcoxon test, The Mann-Whitney U test โดยพบว่าสถิติที่ใช้มากคือสถิติพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test คิดเป็นร้อยละ 25.71 และพบว่าสถิตินั้นพาราเมตริกซ์ ได้แก่ The Mann-Whitney U test ถูกนำมาใช้ในการทดสอบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.72

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n =123)	ร้อยละ
ที่มาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง*		
ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเอง	76	61.79
ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้	31	25.20
ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาปรับใช้	16	13.01

* งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 4 รายงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่ามีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 123 ชนิด งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.79

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย		
เครื่องมือวิจัยตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง	19	90.5
เครื่องมือวิจัยตรวจสอบคุณภาพความตรงหรือความเที่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง	2	9.5

จากตารางที่ 5 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.5

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีเกี่ยวกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 47)	ร้อยละ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย*		
น้อยกว่า .70	4	8.5
0.70 - 0.80	12	25.5
0.81 - 0.90	20	42.6
0.91 - 1.00	11	23.4
Min = 0.63 Max = 1.00	Mean = 0.83	S.D. = 0.09

* งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 6 งานวิจัยกลุ่มที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่ามีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 123 ชนิด เครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีการระบุค่าความเที่ยง 47 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0.81 - 0.90 คิดเป็นร้อยละ 42.6 (ค่าเฉลี่ย = 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.09)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวน (n = 6)	ร้อยละ
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) *		
น้อยกว่า 0.80	1	16.7
0.80 - 0.90	2	33.3
0.91 - 1.00	3	50.0
Min = 0.78 Max = 1.00	Mean = 0.91	S.D. = 0.07

* งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้เครื่องมือวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 7 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่ามีเครื่องมือวิจัยทั้งหมด 123 ชนิด เครื่องมือทั้งหมดมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 6 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 – 1.00 คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ค่าเฉลี่ย = 0.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	15	71.4
ดี	6	28.6
รวม	21	100

จากตารางที่ 8 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.4 (ค่าเฉลี่ย = 71.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.41) รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับดี จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.6 (ค่าเฉลี่ย = 61.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.8)

สรุปคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่าจากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่าส่วนใหญ่ มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 81 โดยมีการระบุแนวคิด จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ลักษณะของสมมติฐานเป็นแบบมีทิศทาง จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.7 ใช้ระยะเวลาที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 5 – 8 เดือน จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.1 (ค่าเฉลี่ย = 6.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.19) เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 กลุ่มตัวอย่างได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1- 20 คน จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ค่าเฉลี่ย = 36.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 21.52) ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง แบบไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 ส่วนมากใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ค่า โดยใช้สถิติทั้งหมด 35 การทดสอบ ซึ่งเป็นสถิติชนิดพาราเมตริกซ์ จำนวน 4 ค่า ได้แก่ Dependent t-test , Independent t-test , ANOVA, ANCOVA ส่วนงานวิจัยที่ใช้สถิติที่เป็นนัยพาราเมตริกซ์พบจำนวน 2 ค่า ได้แก่ Wilcoxon test, The Mann-Whitney U test โดยพบว่าสถิติที่ใช้มากที่สุดคือสถิติชนิดพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test คิดเป็น

ร้อยละ 25.71 และพบว่า The Mann-Whitney U test ถูกนำมาใช้ในการทดสอบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.72 พบว่ามีการใช้เครื่องมือในวิจัยทั้งหมด 123 ชนิด งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.79 โดยพบว่าส่วนใหญ่เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.5 มีการระบุค่าความเที่ยง 47 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0.81 - 0.90 คิดเป็นร้อยละ 42.6 (ค่าเฉลี่ย = 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.09) มีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 6 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 - 1.00 คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ค่าเฉลี่ย = 0.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07) งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.4 (ค่าเฉลี่ย = 71.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.41) รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับดี จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.6 (ค่าเฉลี่ย = 61.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.8)

1.3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	11	52.39
หลอดเลือดสมองแตก และตีบ/อุดตัน	6	28.56
ไม่ระบุ	4	19.05
เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง		
เพศชาย	15	71.43
เพศหญิง	3	14.29
ไม่ระบุ	2	9.52
เท่ากัน	1	4.76
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล - 1 เดือน	12	57.14
4 - 6 เดือน	3	14.29
ไม่ระบุ	3	14.29
มากกว่า 12 เดือน	2	9.52
7 - 9 เดือน	1	4.76

**ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้าน
ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง		
ประถมศึกษา	16	76.19
ไม่ระบุ	4	19.05
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	4.76
ผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย		
สอดคล้องทั้งหมด	13	61.90
สอดคล้องบางส่วน	7	33.34
ไม่ระบุผลการทดสอบสมมติฐาน	1	4.76

จากตารางที่ 9 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.39 โดยส่วนใหญ่ พบว่าศึกษาในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.43 ระยะเวลาในการป่วย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล - 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.19 และผลการทดสอบสมมติฐานส่วนใหญ่สอดคล้องทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 61.90

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหา
สาระของงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง(นาที)		
31 - 60 นาที	11	52.4
61 - 90 นาที	5	23.8
ไม่ระบุ	4	19
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	1	4.8
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	3	14.3
4 - 6 ครั้ง	7	33.3
7 - 9 ครั้ง	3	38.1
10 - 12 ครั้ง	1	4.8
มากกว่า 12 ครั้ง	2	9.5
Min = 3 Max=63	Mean = 9.33	S.D. = 12.58
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล		
ทุก 1 วัน	5	23.8
ทุก 1 - 2 สัปดาห์	5	23.8
วันเว้นวัน	3	14.3
เดือนละ 1 ครั้ง	3	14.3
สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	2	9.5
วันละ 3 ครั้ง	2	9.5
ไม่ระบุ	1	4.8
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล(สัปดาห์)		
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	2	9.5
1 - 4 สัปดาห์	7	33.3
5 - 8 สัปดาห์	2	9.5
9 - 12 สัปดาห์	4	19
13 - 16 สัปดาห์	2	9.5
มากกว่า 16 สัปดาห์	3	14.3
ไม่ระบุ	1	4.8

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=21)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล(ครั้ง)		
1 ครั้ง	17	81.0
2 ครั้ง	3	14.3
4 ครั้ง	1	4.8
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล		
ผู้วิจัย	15	71.4
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	6	28.6
จำนวนของผู้ช่วยวิจัย(คน)		
ไม่มี	15	71.4
1-3 คน	3	14.3
4-6 คน	3	14.3

จากตารางที่ 10 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งประมาณ 31 – 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.4 การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล 4 – 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุก 1 วัน และ ทุก 1 -2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 23.8 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล 1 – 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.0 และงานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยงานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 71.4

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (n = 21)	ร้อยละ
การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	5	23.80
การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา	3	14.28
การให้ความรู้หรือการสอน	2	9.52
การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม	5	23.8
การใช้กลุ่มระดับประคอง	2	9.52
การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล	2	9.52
การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว	1	4.76
การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน	5	23.8
โปรแกรมการปรับลีลาชีวิต	1	4.76
โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต	1	4.76
การดูแลต่อเนืองที่บ้าน(การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย)	1	4.76
การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม	1	4.76
การเสริมสร้างพลังอำนาจ	1	4.76
การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล	4	19.04
การวางแผนจำหน่าย	2	9.52
การพัฒนาการดูแลที่บ้าน	1	4.76
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	1	4.76
การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย	2	9.52
การส่งเสริมการเคลื่อนไหว	1	4.76
การออกกำลังกาย	1	4.76

จากตารางที่ 11 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มที่นำมาศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำนวนด้านละ 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.80 ต่อด้าน โดยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ศึกษาเรื่องการให้ความรู้และการให้คำปรึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.28 การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม ศึกษาเรื่องการใช้กลุ่มระดับประคองและ การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจำนวนเท่ากันอย่างละ 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ต่อด้าน และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน

ศึกษาเรื่องโปรแกรมการปรับวิถีชีวิต โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต การดูแลต่อเนืองที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.76 ต่อด้าน ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.52 โดยศึกษาเรื่องการส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.76

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ*	จำนวน (N=37)	ร้อยละ
ด้านจิตใจ	14	37.83
ความมีคุณค่าในตนเอง	3	8.11
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3	8.11
ความหวัง	3	8.11
ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	1	2.70
ความเครียด	1	2.70
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1	2.70
ความซึมเศร้า	1	2.70
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	1	2.70
ด้านความรู้และพฤติกรรม	9	24.31
การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย	4	10.81
ความสามารถในการดูแลตนเอง	2	5.40
พฤติกรรมปรับตัว	2	5.40
ความรู้	1	2.70
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	8	21.62
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน/กิจกรรม	5	13.52
สมรรถภาพทางกาย	2	5.40
ความสามารถในการกลืน	1	2.70
แบบผสมผสาน	6	16.21
คุณภาพชีวิต	4	10.81
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	2	5.40

* งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 12 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 37.83 โดยศึกษาเรื่องความมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความหวังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.11 รองมาเป็นการศึกษาผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 24.31 โดยศึกษาการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.81 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 16.21 โดยศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.40

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากส่วนที่ 1 ได้แก่ คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.2 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.9 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ.2545 – 2549 จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.4

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา จำนวน 21 เรื่อง พบว่าส่วนใหญ่ มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 81 โดยมีการระบุแนวคิด จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ลักษณะของสมมติฐานเป็นแบบมีทิศทาง จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.7 ใช้ระยะเวลาที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 5 – 8 เดือน จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.1 (ค่าเฉลี่ย = 6.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.19) เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 กลุ่มตัวอย่างได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1- 20 คน จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ค่าเฉลี่ย = 36.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 21.52) ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง แบบไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 ส่วนมากใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ค่า โดยใช้สถิติทั้งหมด 35 การทดสอบ ซึ่งเป็นสถิติพาราเมตริกซ์ จำนวน 4 ค่า ได้แก่ Dependent t-test , Independent t-test , ANOVA, ANCOVA ส่วนงานวิจัยที่ใช้สถิติพาราเมตริกซ์ พบจำนวน 2 ค่า ได้แก่ Wilcoxon test, The Mann-Whitney U test โดยพบว่าสถิติที่ใช้มากที่สุดคือสถิติพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test คิดเป็นร้อยละ 25.71

และพบว่าสถิติอันดับพาราเมตริกซ์ ได้แก่ The Mann-Whitney U test ถูกนำมาใช้ในการทดสอบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.72 พบว่ามีการใช้เครื่องมือในวิจัยทั้งหมด 123 ชนิด งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.79 โดยพบว่าส่วนใหญ่เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.5 มีการระบุค่าความเที่ยง 47 ค่า ค่าความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0.81 - 0.90 คิดเป็นร้อยละ 42.6 (ค่าเฉลี่ย = 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.09) มีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) เพียง 6 ค่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 - 1.00 คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ค่าเฉลี่ย = 0.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.07) งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.4 (ค่าเฉลี่ย = 71.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.41) รองลงมา เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับดี จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.6 (ค่าเฉลี่ย = 61.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.8)

คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.39 โดยส่วนใหญ่ พบว่าศึกษาในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.43 ระยะเวลาในการป่วย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล - 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.19 และผลการทดสอบสมมติฐานส่วนใหญ่สอดคล้องทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 61.90

คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งประมาณ 31 - 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.4 การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล 4 - 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุก 1 วัน และ ทุก 1 - 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 23.8 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล 1 - 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.0 และงานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยงานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 71.4

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกลำนำศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิดและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำนวนด้านละ 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.80 ต่อด้าน โดยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้คิดและพฤติกรรม ศึกษาเรื่อง การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.28 การปฏิบัติการพยาบาลด้าน

สังคม ศึกษาเรื่องการใช้กลุ่มระดับประคองและ การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจำนวน เท่ากันอย่างละ 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ต่อด้าน และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ศึกษาเรื่องโปรแกรมการปรับลีลาชีวิต โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต การ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการ กลุ่ม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.76 ต่อด้าน ส่วนการ ปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกลำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.52 โดยศึกษาเรื่องการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอโรม (การส่งเสริมการเคลื่อนไหว) และการออกกำลังกาย อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.7

ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกลำมาศึกษามากที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คิดเป็น ร้อยละ 37.83 โดยศึกษาเรื่องความมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความหวังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.11 รองมาเป็นการศึกษาผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 24.31 โดยศึกษาการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยมาก ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.81 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกลำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพแบบองค์รวม คิดเป็นร้อยละ 16.21 โดยศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยน้อยที่สุด คิด เป็นร้อยละ 5.40

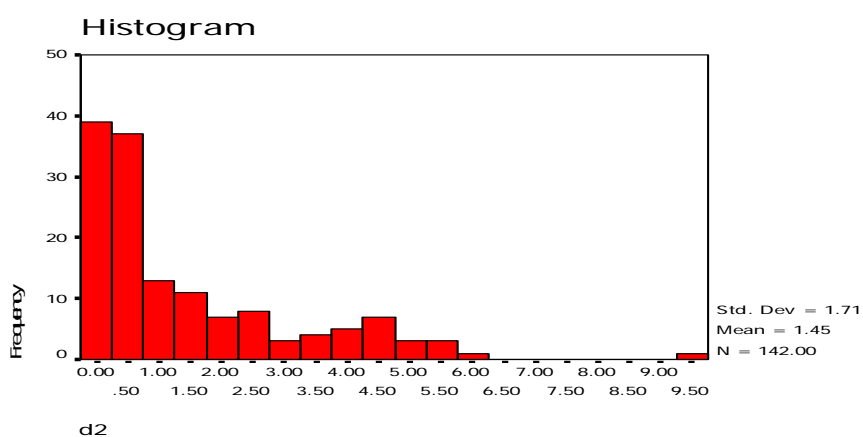
ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 13 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

	N	Min	Max	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
ค่าขนาดอิทธิพล	142	0.00	9.74	1.44	1.70	1.69	3.37
Z score: ค่าขนาดอิทธิพล	142	-0.84	4.85	0.00	1.00		

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ค่าขนาดอิทธิพล	จำนวน (n=142)	ร้อยละ
0.00 - 1.59	95	66.90
1.60 - 3.00	21	14.79
3.01 - 4.59	16	11.26
4.60 - 6.00	9	6.34
มากกว่า6.01	1	0.71
รวม	141	100.00



แผนภาพที่ 1 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากตารางที่ 13 – 14 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 21 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 142 ค่า พบว่าค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.44 ค่าขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.00 ค่าสูงสุด เท่ากับ 9.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.70 เมื่อคำนวณค่า Z score พบว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับ =0.00 ค่าต่ำสุดเท่ากับ -0.84 ค่าสูงสุดเท่ากับ 4.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.00 และพบว่าค่าขนาดอิทธิพลในช่วง 0.00 - 1.59 มีจำนวนมากที่สุด เท่ากับ 95 ค่า คิดเป็นร้อยละ 66.90

2.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

ตารางที่ 15 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน (N=142)

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
ประเภทของงานวิจัย						
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	60	1.61	1.90	0.01	9.74	ใหญ่
วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต	79	1.33	1.57	0.00	5.51	ปานกลาง
งานวิจัยอื่นๆ เช่น การค้นคว้าอิสระ สารนิพนธ์	2	1.30	1.68	0.11	2.50	ปานกลาง
งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร	1	0.64	-	-	-	ปานกลาง
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย						
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	3.80	-	-	-	ใหญ่
มหาวิทยาลัยบูรพา	3	2.96	1.04	3.80	3.80	ใหญ่
มหาวิทยาลัยมหิดล	88	1.57	1.59	0.00	5.83	ใหญ่
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	31	1.20	1.62	0.01	5.57	ปานกลาง
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	14	0.96	2.61	0.00	9.74	ปานกลาง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	5	0.74	0.28	0.44	1.15	ปานกลาง
คณะที่ผลิตงานวิจัย						
คณะสาธารณสุขศาสตร์	63	1.91	1.63	0.02	5.83	ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์	51	1.49	1.97	0.00	9.74	ปานกลาง
สถาบันวิจัยโภชนาการ	7	0.51	0.33	0.07	1.10	ปานกลาง
คณะวิทยาศาสตร์	21	0.24	0.15	0.01	0.61	เล็ก

ตารางที่ 15 (ต่อ) ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน (N=142)

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
สาขาวิชาของผู้วิจัย						
การพยาบาลผู้ใหญ่	17	3.35	2.28	0.28	9.74	ใหญ่
การพยาบาลครอบครัว	2	2.36	0.12	2.27	2.45	ใหญ่
สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์	53	1.95	1.61	0.20	5.51	ใหญ่
การพยาบาลอนามัยชุมชน	11	1.91	1.78	0.20	5.83	ใหญ่
พยาบาลศาสตร์	31	0.33	0.31	0.00	1.15	เล็ก
อื่นๆ ได้แก่ กายภาพบำบัดโภชนาการ	27	0.32	0.23	0.01	1.10	เล็ก
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา	1	0.11	-	-	-	เล็ก
ปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่						
2534 - 2438	1	5.25	-	-	-	ใหญ่
2539 - 2544	62	1.92	1.61	0.02	5.51	ใหญ่
2545 - 2549	51	1.41	1.92	0.00	9.74	ปานกลาง
ตั้งแต่ปี 2550 ขึ้นไป	28	0.33	0.24	0.01	1.10	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่าด้านประเภทงานวิจัย ส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.61 ด้านสถาบันที่ผลิตงานวิจัย พบว่ามีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ และปานกลางเท่ากัน โดยพบว่ามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.80 ส่วนคณะที่ผลิตงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าคณะสาธารณสุขศาสตร์มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.91 สาขาวิชาของผู้วิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการพยาบาลผู้ใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.35 และปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ พบว่าปีพ.ศ. 2534 - 2438 มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 5.25

2.2 ด้านข้อมูลด้านระเบียบวิธีวิจัย

ตารางที่ 16 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
รูปแบบการวิจัย						
เชิงปฏิบัติการ	1	3.80	-	3.80	3.80	ใหญ่
การวิจัยกึ่งทดลอง	113	1.72	1.78	0.01	9.74	ใหญ่
การวิจัยเชิงทดลอง	28	0.26	0.26	0.00	1.04	เล็ก
การระบุแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย						
มีการระบุกรอบแนวคิด	141	1.45	1.71	0.00	9.74	ปานกลาง
ไม่มีการระบุกรอบแนวคิด	1	0.11	-	0.11	0.11	เล็ก
การตั้งสมมติฐานการวิจัย						
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	123	1.60	1.75	0.00	9.74	ใหญ่
ไม่ระบุสมมติฐาน	19	0.44	0.86	0.00	3.80	ปานกลาง
ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล						
ไม่ระบุเวลา	49	1.95	1.69	0.02	5.51	ใหญ่
1 - 4 เดือน	33	1.46	1.67	0.00	5.83	ปานกลาง
5 - 8 เดือน	38	1.34	1.91	0.01	9.74	ปานกลาง
9 - 12 เดือน	11	0.85	1.02	0.07	3.80	ปานกลาง
มากกว่า 12 เดือน	11	0.09	0.13	0.00	0.39	เล็ก
สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล						
แผนกผู้ป่วยใน	67	2.15	1.71	0.02	5.57	ใหญ่
แผนกผู้ป่วยนอก	37	1.04	1.16	0.00	5.83	ปานกลาง
ที่บ้าน หรือชุมชน	37	0.61	1.66	0.00	9.74	ปานกลาง
อื่นๆ ได้แก่ แผนกกายภาพบำบัด	1	0.11	-	0.11	0.11	เล็ก
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง						
2 กลุ่ม	102	1.65	1.78	0.00	9.74	ใหญ่
1 กลุ่ม	40	0.93	1.38	0.01	5.83	ปานกลาง

ตารางที่ 16 (ต่อ) ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง						
21 - 40 คน	16	2.25	2.66	0.07	9.74	ใหญ่
มากกว่า 60 คน	65	1.62	1.65	0.00	5.51	ใหญ่
1 - 20 คน	31	1.10	1.45	0.01	5.24	ปานกลาง
41 - 60 คน	30	1.00	1.26	0.00	5.83	ปานกลาง
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง						
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง	126	1.58	1.76	0.00	9.74	ใหญ่
สุ่มอย่างง่าย	16	0.39	0.27	0.00	1.04	ปานกลาง
วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง						
มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง	87	1.48	1.80	0.00	9.74	ปานกลาง
ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง	55	1.39	1.57	0.01	5.83	ปานกลาง
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ						
ไม่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติ	2	4.52	1.01	3.80	5.24	ใหญ่
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01	7	2.79	2.16	0.11	5.57	ใหญ่
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	67	1.78	1.88	0.00	9.74	ใหญ่
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05	66	0.87	1.15	0.00	5.83	ปานกลาง
ที่มาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง						
ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้	5	1.72	0.23	1.46	2.03	ใหญ่
ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเอง	116	1.61	1.78	0.00	9.74	ใหญ่
ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาปรับใช้	21	0.49	1.09	0.01	5.24	ปานกลาง
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย						
ความตรงหรือความเที่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง	2	3.98	0.26	3.80	4.17	ใหญ่
ความตรงและความเที่ยง	140	1.41	1.69	0.00	9.74	ปานกลาง
คุณภาพงานวิจัย						
ระดับดีมาก	106	1.63	1.82	0.00	9.74	ใหญ่
ระดับดี	36	0.90	1.15	0.01	3.85	ปานกลาง

จากตารางที่ 16 ศึกษาค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า ด้านรูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.80 โดยการระบุนกรอบแนวคิด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.45 การตั้งสมมติฐานแบบมีทิศทางให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.60 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าระยะเวลาในการเก็บข้อมูลไม่ระบุเวลามีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 1.95 รองมาคือ 1-4 เดือน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.46 การเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยใน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.15 ด้านกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนมากแบ่งออกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.65 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21-40 คน มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.25 วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.58 และการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างในการทดลองมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.48 การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการไม่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 4.52 ส่วนค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.79 ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.72 และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงหรือความเที่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งมากที่สุดให้ค่าอิทธิพล เท่ากับ 3.98 ด้านคุณภาพงานวิจัย พบว่าโดยมากคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.62

ตารางที่ 17 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพลจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะงานวิจัย	N	Mean	SD	Min	Max	ขนาด
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล						
ไม่ระบุสถิติที่ใช้ในการทดสอบ	1	3.80	.-	3.80	3.80	ใหญ่
dependent t, independent t	7	3.51	3.27	0.28	9.74	ใหญ่
dependent t, ANCOVA	2	3.36	1.14	2.55	4.17	ใหญ่
Mann whitney	5	2.56	1.32	0.69	3.85	ใหญ่
Independent t	2	2.36	0.12	2.27	2.45	ใหญ่
dependent t	7	2.18	1.95	0.2	5.83	ใหญ่
Independent t-test, ANOVA	64	1.58	1.62	0.00	5.51	ใหญ่
ANOVA	4	1.80	2.32	0.22	5.25	ใหญ่

ตารางที่ 17 (ต่อ) ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะงานวิจัย	N	Mean	SD	Min	Max	ขนาด
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล						
Independent t-test, ANCOVA, Wilcoxon test	4	0.77	0.31	0.44	1.15	ปานกลาง
Dependent t-test, independent t-test, ANOVA	16	0.60	0.79	0	2.03	ปานกลาง
Wilcoxon test	22	0.58	1.15	0.01	5.24	ปานกลาง
Dependent t-test, Wilcoxon test	7	0.51	0.33	0.07	1.10	ปานกลาง
Wilcoxon test, The Mann- whitney U test	1	0.11	.-	0.11	0.11	เล็ก
รวม	142	1.44	1.70	0.00	9.74	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ พบว่าการใช้สถิติพาราเมตริกซ์ ได้แก่ dependent sample T test, independent sample T test มีค่าขนาดอิทธิพล ขนาดใหญ่ เท่ากับ 3.51 ส่วนการใช้สถิตินั้นพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Wilcoxon test, Mann- whitney U- Test มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.11

2.3 ด้านข้อมูลด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตารางที่ 18 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง						
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	85	1.76	1.89	0.00	9.74	ใหญ่
หลอดเลือดสมองแตก และตีบ/อุดตัน	24	1.00	1.32	0.00	3.85	ปานกลาง
ไม่ระบุ	33	0.95	1.24	0.01	5.83	ปานกลาง

ตารางที่ 18 (ต่อ) ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง						
ไม่ระบุ	1	2.55	-	-	-	ใหญ่
เพศหญิง	65	1.70	1.90	0.00	9.74	ใหญ่
เพศชาย	56	1.55	1.61	0.00	5.83	ปานกลาง
จำนวนเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มทดลองเท่ากัน	20	0.25	0.14	0.01	0.61	เล็ก
ระยะเวลาในการป่วย						
มากกว่า 12 เดือน	12	1.99	1.46	0.20	5.83	ใหญ่
ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล - 1 เดือน	79	1.96	1.68	0.02	5.57	ใหญ่
4 - 6 เดือน	14	1.11	2.62	0.00	9.74	ปานกลาง
ไม่ระบุ	17	0.37	0.27	0.00	1.04	ปานกลาง
7 - 9 เดือน	20	0.25	0.14	0.01	0.61	เล็ก
ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง						
ประถมศึกษา	116	1.63	1.81	0.00	9.74	ใหญ่
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	1.01	0.68	0.07	2.03	ปานกลาง
ไม่ระบุ	13	0.28	0.69	0.00	2.55	เล็ก

จากตารางที่ 18 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.76 และเพศหญิงมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.70 ด้านระยะเวลาในการป่วย พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 12 เดือน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.99 ส่วนระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลถึง 1 เดือนมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย รองลงมา เท่ากับ 1.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.63

ตารางที่ 19 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง(นาที)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	1	5.25	-	-	-	ใหญ่
ไม่ระบุ	8	2.39	1.04	1.46	4.17	ใหญ่
61 - 90 นาที	74	1.77	1.88	0.00	9.74	ใหญ่
31 - 60 นาที	59	0.85	1.28	0.00	5.57	ปานกลาง
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล (ครั้ง)						
10 - 12 ครั้ง	48	1.97	1.69	0.02	5.51	ใหญ่
7 - 9 ครั้ง	31	1.63	2.11	0.00	9.74	ใหญ่
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	16	1.47	1.52	0.07	5.83	ปานกลาง
4 - 6 ครั้ง	26	1.01	1.30	0.00	4.17	ปานกลาง
มากกว่า 12 ครั้ง	21	0.49	1.10	0.01	5.25	ปานกลาง
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล						
วันละ 3 ครั้ง	2	5.24	0.00	5.24	5.25	ใหญ่
สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	6	2.15	1.54	0.11	3.84	ใหญ่
วันเว้นวัน	53	1.89	1.65	0.02	5.51	ใหญ่
เดือนละ 1 ครั้ง	19	1.45	1.37	0.07	5.83	ปานกลาง
ทุก 1 วัน	28	0.95	1.44	0.01	5.57	ปานกลาง
ทุก 1 - 2 สัปดาห์	31	0.82	1.85	0.00	9.74	ปานกลาง
ไม่ระบุ	3	0.65	0.40	0.22	1.03	ปานกลาง
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล(สัปดาห์)						
5 - 8 สัปดาห์	3	4.82	4.26	2.27	9.74	ใหญ่
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	6	3.24	1.98	0.28	5.57	ใหญ่
1 - 4 สัปดาห์	11	2.54	1.62	0.11	5.25	ใหญ่
≥ 13 สัปดาห์	96	1.23	1.45	0.00	5.51	ปานกลาง
9 - 12 สัปดาห์	23	1.01	1.51	0.00	5.83	ปานกลาง
ไม่ระบุ	3	0.65	0.40	0.22	1.03	เล็ก

ตารางที่ 19 (ต่อ) ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัย	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Min	Max	ขนาด
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล(ครั้ง)						
4 ครั้ง	48	1.97	1.69	0.02	5.51	ใหญ่
1 ครั้ง	64	1.58	1.86	0.01	9.74	ใหญ่
2 ครั้ง	30	0.31	0.33	0.00	1.04	เล็ก
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล						
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	78	1.72	1.64	0.00	5.83	ใหญ่
ผู้วิจัย	64	1.11	1.72	0.00	9.74	ปานกลาง
จำนวนของผู้ช่วยวิจัย(คน)						
4-6 คน	66	1.67	1.68	0.00	5.51	ใหญ่
1-3 คน	71	1.22	1.76	0.00	9.74	ปานกลาง
ไม่มี	64	1.11	1.72	0.00	9.74	ปานกลาง

จากตารางที่ 19 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีที่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยจำนวนครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล 10 - 12 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 1.97 และจำนวนครั้งในการปฏิบัติมากกว่า 12 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.49 ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าการปฏิบัติวันละ 3 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.24 รองลงมาได้แก่การปฏิบัติสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.15 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 5 - 8 สัปดาห์ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่สุดเท่ากับ 4.82 ส่วนการใช้เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มากกว่า 13 สัปดาห์ มีค่าขนาดอิทธิพลเล็ก เท่ากับ 1.23 และการไม่ระบุเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดเท่ากับ 0.65 จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยพบว่าจำนวน 1 และ 4 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.58 และ 1.97 ตามลำดับ ด้านผู้ดำเนินการวิจัย พบว่าการมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.72 โดยพบว่าจำนวนผู้ช่วยวิจัย

4-6 คน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.67 รองลงมาได้แก่ จำนวนผู้ช่วยวิจัย 1-3 คน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.22

ตารางที่ 20 ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน

ชนิดของ การปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านการสนับสนุนระบบ การพยาบาล	6	140	0.22	5.24	2.12	2.53	ใหญ่
ด้านสังคม	10	105	0.11	3.85	1.16	2.27	ใหญ่
แบบผสมผสาน	62	246	0.00	9.74	1.90	2.08	ใหญ่
ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	43	240	0.00	5.57	1.04	0.65	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	21	40	0.01	5.25	1.10	0.49	ปานกลาง
รวม	142	771	0.00	9.74	1.70	1.44	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 771 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 142 ค่า โดยรวมค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.44 โดยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 รองลงมาเป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.27 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.49

ตารางที่ 21 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล	การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	1	10	-	-	-	5.24	ใหญ่
	การพัฒนาการดูแลที่บ้าน	1	10	-	-	-	3.80	ใหญ่
	การวางแผนจำหน่าย	2	120	0.22	4.17	1.78	1.53	ปานกลาง
รวม		6	140	0.22	5.24	2.12	2.53	ใหญ่

จากตารางที่ 21 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.53 โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนการวางแผนจำหน่าย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเล็กสุด เท่ากับ 1.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.78

ตารางที่ 22 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 10 ค่า)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านสังคม	การสอนการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล	2	55	2.5	2.55	0.04	2.53	ใหญ่
	การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว	2	20	2.27	2.45	0.12	2.36	ใหญ่
	การใช้กลุ่มระดับประคอง	6	30	0.11	3.85	1.55	2.15	ใหญ่
รวม		10	105	0.11	3.85	1.16	2.27	ใหญ่

จากตารางที่ 22 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 105 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 10 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.27 โดยการสอนการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.04 ส่วนการใช้กลุ่มประคับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดเท่ากับ 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.55

ตารางที่ 23 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 62 ค่า)

ประเภทของการ ปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดของการ ปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
แบบ ผสมผสาน	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับ การออกกำลังกาย)	1	30	-	-	-	9.74	ใหญ่
	การให้ความรู้ร่วมกับ การใช้กระบวนการ กลุ่ม	7	50	0.00	5.83	2.00	2.14	ใหญ่
	การสร้างเสริมพลัง อำนาจ	48	76	0.09	5.51	1.7	1.98	ใหญ่
	โปรแกรมการปรับลีลา ชีวิต	5	60	1.46	2.03	0.23	1.72	ใหญ่
	โปรแกรมการจัดการ อาการร่วมกับการ บริหารกาย-จิต	1	30	-	-	-	0.64	ปานกลาง
	รวม	62	246	0.00	9.74	1.90	2.08	ใหญ่

จากตารางที่ 23 ค่าอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 246 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 62 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.08 โดยพบว่าการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 9.74 ส่วนโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ง มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.64

ตารางที่ 24 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 43 ค่า)

ประเภทของการ ปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดของการ ปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านการรู้คิด และ พฤติกรรม	การให้ความรู้และให้ คำปรึกษา	23	118	0.00	5.57	1.39	0.82	ปานกลาง
	การให้ความรู้หรือการ สอน	20	122	0.00	1.15	0.31	0.47	ปานกลาง
รวม		43	240	0.00	5.57	1.04	0.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 24 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลการรู้คิดและพฤติกรรม จากกลุ่มตัวอย่าง 240 คน มีค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 43 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ 0.65 โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด เท่ากับ 0.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.39 ส่วนการให้ความรู้หรือการสอน มีค่าอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31

ตารางที่ 25 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 21 ค่า)

ประเภทของการ ปฏิบัติการ พยาบาล	ชนิดของการ ปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านร่างกาย	การส่งเสริมการ เคลื่อนไหว	1	30	-	-	-	5.25	ใหญ่
	การออกกำลังกาย	20	10	0.01	0.61	0.15	0.25	เล็ก
รวม		21	40	0.01	5.25	1.10	0.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 25 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน มีค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 21 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.49 โดยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว) มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนการออกกำลังกายมีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.15

ตารางที่ 26 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน

ประเภทของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านจิตใจ	23	682	0.00	5.08	1.93	2.20	ใหญ่
ด้านความรู้และพฤติกรรม	39	350	0.00	5.83	1.47	1.30	ปานกลาง
แบบองค์รวม	60	214	0.01	4.61	1.69	1.30	ปานกลาง
ด้านการทำหน้าที่ของ ร่างกาย	20	295	0.00	5.24	1.55	1.05	ปานกลาง
รวม	142	1541	0.00	9.74	1.70	1.44	ปานกลาง

จากตารางที่ 26 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำแนกเป็นรายด้าน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,541 คน มีค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 142 ค่า พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.93 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 1.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.55

ตารางที่ 27 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 23 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)							
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด	
ด้านจิตใจ	ความมีคุณค่าใน ตนเอง	6	146	1.65	5.51	1.45	3.80	ใหญ่	
	การรับรู้ความสามารถ แห่งตน	6	186	1.15	5.08	1.91	3.08	ใหญ่	
	ความผาสุกทางจิต วิญญาณ	1	20	-	-	-	2.27	ใหญ่	
	ความหวัง	3	122	.11	3.46	1.74	1.49	ปานกลาง	
	ความพึงพอใจต่อการ ออกกำลังกาย	2	62	0.47	1.04	0.40	0.75	ปานกลาง	
	ความเครียด	1	30	-	-	-	0.64	ปานกลาง	
	การรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมจาก ครอบครัว	2	58	0.00	0.03	0.02	0.02	เล็ก	
	ความซึมเศร้า	2	58	0.00	0.02	0.01	0.01	เล็ก	
	รวม		23	682	0.00	5.08	1.93	2.20	ใหญ่

จากตารางที่ 27 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 682 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 23 ค่า พบว่าค่าอิทธิพลโดยรวมขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.20 โดยความมีคุณค่าในตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.45 ส่วนความซึมเศร้า มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.01

ตารางที่ 28 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 39 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านความรู้ และ พฤติกรรม	ความรู้	1	50	-	-	-	5.83	ใหญ่
	พฤติกรรมปรับตัว	10	48	0.1	5.57	1.68	2.46	ใหญ่
	ความสามารถในการ ดูแลตนเอง	6	100	0.2	1.82	0.63	0.72	ปานกลาง
	การปฏิบัติเพื่อควบคุม โรคและปัจจัยเสี่ยง ของการเจ็บป่วย	22	152	0.00	2.03	0.63	0.68	ปานกลาง
รวม		39	350	0.00	5.83	1.47	1.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 28 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 350 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 39 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.30 โดยความรู้มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.83 ส่วนการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.63

ตารางที่ 29 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล 60 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
แบบองค์รวม	คุณภาพชีวิต	47	194	0.01	9.74	1.87	1.62	ใหญ่
	ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย	13	50	0.01	2.55	0.65	0.41	ปานกลาง
รวม		60	214	0.01	4.61	1.69	1.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 29 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 214 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 60 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.30 โดยคุณภาพชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.87 ส่วนภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65

ตารางที่ 30 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 60 ค่า)

ประเภทของ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ	ชนิดของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านการทำ หน้าที่ของ ร่างกาย	ความสามารถใน การกลืน	1	10	-	-	-	5.24	ใหญ่
	ความสามารถใน การทำกิจกรรม	7	213	0.00	4.17	1.80	1.64	ใหญ่
	สมรรถภาพทาง กาย	12	72	0.13	0.73	0.20	0.36	ปานกลาง
รวม		20	295	0.00	5.24	1.55	1.05	ปานกลาง

จากตารางที่ 30 ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.05 โดยพบว่าความสามารถในการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนสมรรถภาพทางกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.20

ตารางที่ 31 ตารางเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทของ การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล(d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
การสนับสนุนระบบการพยาบาล			6	140	0.22	1.03	2.26	2.27	ใหญ่
การพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาล	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	1	10	-	-	-	5.24	ใหญ่
การวางแผนจำหน่าย	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	ความสามารถในการทำกิจกรรม	1	70	-	-	-	4.17	ใหญ่
	ด้านความรู้และพฤติกรรม	ความสามารถในการดูแลตนเอง	3	50	0.22	1.03	0.40	0.65	ปานกลาง
การพัฒนาการดูแลที่บ้าน	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	ความสามารถในการทำกิจกรรม	1	10	-	-	-	3.80	ใหญ่
ด้านสังคม			10	125	0.11	3.85	1.16	2.26	ใหญ่
การใช้กลุ่มประคับประคอง	ด้านความรู้และพฤติกรรม	พฤติกรรมการปรับตัว	5	18	0.69	3.85	1.323	2.56	ใหญ่
	ด้านจิตใจ	ความหวัง	1	12	-	-	-	0.11	เล็ก
การสอนและการฝึกทักษะ แก่ผู้ดูแล	แบบองค์รวม	ภาวะสุขภาพ	1	40	-	-	-	2.55	ใหญ่
	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	ความสามารถในการทำกิจกรรม	1	15	-	-	-	2.50	ใหญ่
การสร้างสัมพันธภาพใน ครอบครัว	ด้านจิตใจ	ความมีคุณค่าในตนเอง	1	20	-	-	-	2.45	ใหญ่
		ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1	20	-	-	-	2.27	ใหญ่

ตารางที่ 31 (ต่อ) ตารางเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน ต่อชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทการ ปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
แบบผสมผสาน			62	598	0.02	5.83	1.90	2.08	ใหญ่
การดูแลต่อเนืองที่บ้าน	แบบองค์รวม	คุณภาพชีวิต	1	30	-	-	-	9.74	ใหญ่
การให้ความรู้ร่วมกับ	ด้านจิตใจ	ความรู้	1	50	-	-	-	5.83	ใหญ่
กระบวนการกลุ่ม		ความสามารถในการดูแลตนเอง	3	50	0.2	1.82	0.90	0.77	ปานกลาง
		ความหวัง	1	50	-	-	-	2.06	ใหญ่
		ความมีคุณค่าในตนเอง	1	50	-	-	-	1.65	ใหญ่
การเสริมสร้างพลังอำนาจ	ด้านจิตใจ	การรับรู้ความสามารถแห่งตน	1	50	-	-	-	2.06	ใหญ่
		การรับรู้ความสามารถแห่งตน	4	76	1.23	5.08	1.80	3.92	ใหญ่
		ความมีคุณค่าในตนเอง	4	76	4.36	5.51	0.55	4.68	ใหญ่
	แบบองค์รวม	คุณภาพชีวิต	40	76	0.02	4.61	1.35	1.51	ปานกลาง
โปรแกรมการปรับลีลาชีวิต	ด้านความรู้และพฤติกรรม	การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง	5	60	1.46	2.03	0.23	1.72	ใหญ่
โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิต	ด้านจิตใจ	ความเครียด	1	30	-	-	-	0.64	ปานกลาง

ตารางที่ 31 (ต่อ) ตารางเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน ต่อชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทการ ปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)							
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด	
ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม			43	658	0.00	5.57	1.44	0.65	ปานกลาง	
การให้ความรู้และให้ คำปรึกษา	ด้านความรู้และพฤติกรรม	พฤติกรรมปรับตัว	5	30	0.28	5.57	1.93	2.84	ใหญ่	
		การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของ การเจ็บป่วย	7	30	0.07	1.1	0.33	0.51	ปานกลาง	
		ด้านจิตใจ	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว	2	58	0.00	0.03	0.02	0.01	เล็ก
	ความเข้มเศร้า		2	58	0.00	0.02	0.01	0.01	เล็ก	
	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	ความสามารถในการทำกิจกรรม	2	58	0.00	0.04	0.02	0.02	เล็ก	
		แบบองค์รวม	คุณภาพชีวิต	5	58	0.01	0.39	0.15	0.2	เล็ก
	การให้ความรู้ การสอน	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	สมรรถภาพทางร่างกาย	4	62	0.26	0.73	0.23	0.51	ปานกลาง
			ความสามารถในการทำกิจกรรม	2	60	0.44	0.59	0.10	0.51	ปานกลาง
		ด้านจิตใจ	ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	2	62	0.47	1.04	0.40	0.75	ปานกลาง
			การรับรู้ความสามารถของตน	1	60	-	-	-	1.15	ปานกลาง
ความหวัง		1	60	-	-	-	0.91	ปานกลาง		
ด้านความรู้และพฤติกรรม	การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง	10	62	0.00	0.68	0.19	0.27	ปานกลาง		

ตารางที่ 31 (ต่อ) ตารางเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน ต่อชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทของ การปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทผลลัพธ์ ทางสุขภาพ	ชนิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล(d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านร่างกาย			21	50	0.01	5.25	1.10	0.49	ปานกลาง
การส่งเสริมการเคลื่อนไหว	แบบองค์รวม	คุณภาพชีวิต	1	30	-	-	-	5.25	ใหญ่
การออกกำลังกาย	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	สมรรถภาพทางกาย	8	10	0.13	0.53	0.15	0.28	เล็ก
	แบบองค์รวม	ภาวะสุขภาพ	12	10	0.01	0.61	0.15	0.23	เล็ก

จากตารางที่ 31 พบว่า งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการกลืนมากที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนการวางแผนจำหน่ายมีค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.65

การศึกษาค้นคว้าผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการใช้กลุ่มระดับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เท่ากับ 2.56 และพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้กลุ่มระดับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยมีค่าอิทธิพลต่อความหวัง เท่ากับ 0.11

การศึกษาค้นคว้าผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 9.74 และพบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิต ให้ค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อความเครียด เท่ากับ 0.64

การศึกษาค้นคว้าผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการให้ความรู้และให้คำปรึกษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เท่ากับ 2.84 และการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาให้ค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความซึมเศร้า เท่ากับ 0.01

การศึกษาค้นคว้าผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการส่งเสริมการเคลื่อนไหว ให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนการออกกำลังกาย ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.23

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล(d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านจิตใจ			23	682	0.00	5.51	1.93	2.20	ใหญ่
ความมีคุณค่าในตนเอง	แบบผสมผสาน	การเสริมสร้างพลังอำนาจ	4	76	4.36	5.51	0.55	4.68	ใหญ่
		การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม	1	50	-	-	-	1.65	ใหญ่
	ด้านสังคม	การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว	1	20	-	-	-	2.45	ใหญ่
การรับรู้ความสามารถ	แบบผสมผสาน	การเสริมสร้างพลังอำนาจ	4	76	1.23	5.08	1.80	3.92	ใหญ่
		การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม	1	50	-	-	-	2.06	ใหญ่
ความหวัง	แบบผสมผสาน	การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม	1	50	-	-	-	3.46	ใหญ่
	ด้านสังคม	การใช้กลุ่มระดับประคอง	1	12	-	-	-	0.11	เล็ก
	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้และการสอน	1	60	-	-	-	0.91	ปานกลาง
ความพึงพอใจต่อการ ออกกำลังกาย	ด้านารรู้คิดและพฤติกรรม	โปรแกรมการกำกับตนเอง	2	62	0.47	1.04	0.40	0.75	ปานกลาง
		โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิต	1	30	-	-	-	0.64	ปานกลาง
ความเครียด	แบบผสมผสาน	การให้ความรู้และการสอน	1	60	-	-	-	1.15	ปานกลาง
ความซึมเศร้า	ด้านารรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้และคำปรึกษา	2	58	0.00	0.02	0.01	0.01	เล็ก

ตารางที่ 32 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล(d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ(ต่อ)									
การรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมจาก ครอบครัว	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้และคำปรึกษา	2	58	0.00	0.03	0.02	0.01	เล็ก
ความผาสุกทางจิต วิญญาณ	ด้านสังคม	การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	1	20	-	-	-	2.27	ใหญ่
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม			39	350	0.00	5.83	1.48	1.33	ปานกลาง
ความรู้	แบบผสมผสาน	การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม	1	50	-	-	-	5.83	ใหญ่
พฤติกรรมปรับตัว	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้และให้คำปรึกษา	5	30	0.28	5.57	1.93	2.84	ใหญ่
	ด้านสังคม	การใช้กลุ่มระดับประคอง	5	18	69	3.85	1.32	2.56	ใหญ่
ความสามารถในการ ดูแลตนเอง	แบบผสมผสาน	การให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม	3	50	0.20	1.82	0.90	0.77	ปานกลาง
	ด้านการสนับสนุนระบบ สุขภาพ	การวางแผนจำหน่าย	3	50	0.22	1.03	0.40	0.65	ปานกลาง

ตารางที่ 32 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล(d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม (ต่อ)									
การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย	แบบผสมผสาน	โปรแกรมการปรับลีลาชีวิต	5	60	1.46	2.03	0.23	1.72	ใหญ่
	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้คำปรึกษาและความรู้	7	30	0.07	1.1	0.33	0.51	ปานกลาง
		การให้ความรู้หรือการสอน	10	62	0.00	0.68	0.19	0.27	เล็ก
ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม			60	244	0.01	9.74	1.78	1.25	ปานกลาง
คุณภาพชีวิต	แบบผสมผสาน	การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1	30	-	-	-	9.74	ใหญ่
		การเสริมสร้างพลังอำนาจ	40	76	0.02	4.61	1.35	1.51	ปานกลาง
	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้และคำปรึกษา	5	58	0.01	0.39	0.151	0.20	เล็ก
		ด้านร่างกาย	การส่งเสริมการเคลื่อนไหว	1	30				5.25
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ด้านสังคม	การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล	1	40	-	-	-	2.55	ใหญ่
	ด้านร่างกาย	การออกกำลังกาย	12	10	0.01	0.61	0.15	0.25	เล็ก

ตารางที่ 32 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ประเภท การปฏิบัติการพยาบาล	ชนิด การปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล(d)						
			N	sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย			20	295	0.01	5.24	1.55	1.05	ปานกลาง
ความสามารถในการกลืน	ด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ	การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	1	10	-	-	-	5.24	ใหญ่
ความสามารถในการทำกิจกรรม	ด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ	การวางแผนจำหน่าย	1	70	-	-	-	4.17	ใหญ่
		การพัฒนาการดูแลที่บ้าน	1	10				3.80	
	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้และการสอน	2	60	0.44	0.59	0.10	0.51	ปานกลาง
		การให้ความรู้และคำปรึกษา	2	58	0.00	0.04	0.02	0.02	เล็ก
	ด้านสังคม	การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล	1	15	-	-	-	2.50	ใหญ่
สมรรถภาพทางกาย	ด้านร่างกาย	การออกกำลังกาย	8	10	0.01	0.61	0.15	0.25	เล็ก
	ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม	การให้ความรู้หรือการสอน	4	62	0.26	0.73	0.234	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 32 งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ โดยความมีคุณค่าในตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ เท่ากับ 4.18 ส่วนความซึมเศร้า มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยที่สุดต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม โดยมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.01 และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยที่สุดต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม โดยมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.01

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม พบว่าความรู้ ให้ค่าอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มมากที่สุด เท่ากับ 5.83 และพบว่าการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้ และการสอน เท่ากับ 0.27

ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม พบว่า คุณภาพชีวิต ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสูงที่สุด เท่ากับ 9.74 และพบว่าคุณภาพชีวิต ให้ค่าอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.20

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าความสามารถในการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด ต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 5.24 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความสามารถในการทำกิจกรรม ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.02

สรุปผลที่ได้จากข้อมูลส่วนที่ 2 เกี่ยวกับวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 21 เรื่อง สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 142 ค่า พบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.44 ค่าขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.00 ค่าสูงสุด เท่ากับ 9.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.70 เมื่อคำนวณค่า Z score พบว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับ =0.00 ค่าต่ำสุดเท่ากับ -0.84 ค่าสูงสุดเท่ากับ 4.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.00 และพบว่าค่าขนาดอิทธิพลในช่วง 0.00 - 1.59 มีจำนวนมากที่สุด เท่ากับ 95 ค่า คิดเป็นร้อยละ 66.90

ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่าด้านประเภทงานวิจัย ส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.61 ด้านสถาบันที่ผลิตงานวิจัย พบว่ามีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ และปานกลางเท่ากัน โดยพบว่ามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.80 ส่วนคณะที่ผลิตงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าคณะสาธารณสุขศาสตร์มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.91 สาขาวิชาของผู้วิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการพยาบาลผู้ใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.35 และปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ พบว่าปี พ.ศ.2534 - 2438 มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 5.25

เมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า ด้านรูปแบบการวิจัย ส่วนใหญ่ให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.80 โดยการระบุนกรอบแนวคิด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.45 การตั้งสมมติฐานแบบมีทิศทางให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.60 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าระยะเวลาในการเก็บข้อมูลไม่ระบุเวลามีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 1.95 รองมาคือ 1-4 เดือน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.46 การเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยใน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.15 ด้านกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนมากแบ่งออกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.65 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21-40 คน มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.25 วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.58 และการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างในการทดลองมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.48 การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการไม่ระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 4.52 ส่วนค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.79 ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยการนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.72 และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงหรือความเที่ยง อย่างไรก็ตามหนึ่ง มากที่สุดให้ค่าอิทธิพล เท่ากับ 3.98 ด้านคุณภาพงานวิจัย พบว่าโดยมากคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.62 ค่าสถิติเบื้องต้นและการแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ พบว่าการใช้สถิติพาราเมตริกซ์ ได้แก่ dependent sample T test, independent sample T test มีค่าขนาดอิทธิพล

ขนาดใหญ่ เท่ากับ 3.51 ส่วนการใช้สถิติอันดับพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Wilcoxon test, Mann-Whitney U-Test มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.11

เมื่อจำแนกตามคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.76 และเพศหญิงมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.70 ด้านระยะเวลาในการป่วย พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 12 เดือนมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.99 ส่วนระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลถึง 1 เดือนมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย รองลงมา เท่ากับ 1.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.63

เมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยจำนวนครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล 10 - 12 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 1.97 และจำนวนครั้งในการปฏิบัติมากกว่า 12 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.49 ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง โดยพบว่าการปฏิบัติวันละ 3 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.24 รองลงมาได้แก่การปฏิบัติสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.15 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 5 - 8 สัปดาห์ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่สุดเท่ากับ 4.82 ส่วนการใช้เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มากกว่า 13 สัปดาห์ มีค่าขนาดอิทธิพลเล็ก เท่ากับ 1.23 และการไม่ระบุเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดเท่ากับ 0.65 จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยพบว่าจำนวน 1 และ 4 ครั้งมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.58 และ 1.97 ตามลำดับ ด้านผู้ดำเนินการวิจัย พบว่า การมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.72 โดยพบว่าจำนวนผู้ช่วยวิจัย 4-6 คน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.67 รองลงมาได้แก่จำนวนผู้ช่วยวิจัย 1-3 คน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.22

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายด้านต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 771 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 142 ค่า โดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ 1.44 โดยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 รองลงมาเป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม มีค่า

ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.27 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพล เล็กที่สุด เท่ากับ 0.49

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ ต่อผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่า อิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.53 โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าขนาดอิทธิพล ใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนการวางแผนจำหน่าย มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเล็กที่สุด เท่ากับ 1.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.78

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 105 คน มีค่า ขนาดอิทธิพล 10 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.27 โดยการสอนการฝึก ทักษะแก่ผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.04 ส่วนการใช้กลุ่มประคับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดเท่ากับ 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.55

ค่าอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จากกลุ่มตัวอย่าง 246 คน ได้ค่า ขนาดอิทธิพล 62 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.08 โดยพบว่า การดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดเท่ากับ 9.74 ส่วนโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.64

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลการรู้คิดและพฤติกรรม จากกลุ่มตัวอย่าง 240 คน มีค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 43 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ 0.65 โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด เท่ากับ 0.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.39 ส่วนการให้ความรู้หรือการสอน มีค่าอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.47 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เท่ากับ 0.31

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน มีค่า ขนาดอิทธิพลจำนวน 21 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.49 โดยการ พยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว) มีค่า ขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนการออกกำลังกายมีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.15

ค่าขนาดอิทธิพลผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำแนกเป็นรายด้าน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,541 คน มีค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 142 ค่า พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.93 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 1.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.55

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 682 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 23 ค่า พบว่าค่าอิทธิพลโดยรวมขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.20 โดยความมีคุณค่าในตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.45 ส่วนความซึมเศร้า มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.01

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 350 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 39 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.30 โดยความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.83 ส่วนการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.63

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 214 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 60 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.30 โดยคุณภาพชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.87 ส่วนภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน มีค่าขนาดอิทธิพล 20 ค่า พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.05 โดยพบว่าความสามารถในการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนสมรรถภาพทางกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.20

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการกลืนมากที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนการวางแผนจำหน่ายมีค่า

อิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.65

การศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการใช้กลุ่มระดับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เท่ากับ 2.56 และพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้กลุ่มระดับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยมีค่าอิทธิพลต่อความหวัง เท่ากับ 0.11

การศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 9.74 และพบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิต ให้ค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อความเครียด เท่ากับ 0.64

การศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการให้ความรู้และให้คำปรึกษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เท่ากับ 2.84 และการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาให้ค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความเข้มเครือ เท่ากับ 0.01

การศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการส่งเสริมการเคลื่อนไหว ให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนการออกกำลังกาย ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.23

งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามชนิดของผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ โดยความมีคุณค่าในตนเองให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ เท่ากับ 4.18 ส่วนความเข้มเครือ มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยที่สุดต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม โดยมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.01 และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยที่สุดต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม โดยมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.01

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม พบว่าความรู้ ให้ค่าอิทธิพลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลแบบผสมผสาน โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มมากที่สุด เท่ากับ 5.83 และพบว่าการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้ และการสอน เท่ากับ 0.27

ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม พบว่า คุณภาพชีวิต ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลแบบผสมผสาน โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสูงที่สุด เท่ากับ 9.74 และพบว่าคุณภาพชีวิต ให้ค่าอิทธิพลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.20

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าความสามารถในการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 5.24 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความสามารถในการทำกิจกรรม ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา เท่ากับ 0.02

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของค่าขนาดอิทธิพลว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) และ เรียงลำดับ (Ordinal Scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อนนำมาวิเคราะห์

ในการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการถดถอยพหุนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดกลุ่มตัวแปรใหม่ โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลในส่วนที่ 2 เป็นหลักในการคัดเลือกตัวแปร

ตารางที่ 33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปรด้านระเบียบวิธีวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
รูปแบบการวิจัย	.359*	.000
การระบุแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	.066	.433
การตั้งสมมติฐานการวิจัย	.231*	.006
ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล	.299*	.012
สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	.404*	.000
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	.188*	.025
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	.069	.417
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	.221*	.080
วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง	.026	.756
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ	.385*	.000
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	.178*	.034
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	.520*	.000
คุณภาพงานวิจัย	.182*	.031

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

จากตารางที่ 33 การศึกษาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่ารูปแบบการวิจัย การตั้งสมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณภาพงานวิจัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.359, .231, .299, .404, .188, .221, .385, .178, .520$ และ .182 ตามลำดับ)

ตารางที่ 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปรด้านระเบียบวิธีวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
เนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	.229*	.024
เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง	.291*	.006
ระยะเวลาในการป่วย	.424*	.000
เนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง	.350*	.000
จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล	.307*	.008
ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล	.393*	.001
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	.434*	.000
จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติ	.132	.117
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล	.177	.035
จำนวนผู้ช่วยวิจัย	.070	.409

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

จากตารางที่ 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง และระยะเวลาในการป่วย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับค่าอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.229$, $.291$ และ $.424$ ตามลำดับ) ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยเนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับค่าอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.350$, $.307$, $.393$ และ $.434$ ตามลำดับ)

สรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 3 เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทาง

สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) และ เรียงลำดับ (Ordinal Scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อนนำมาวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่ารูปแบบการวิจัย การตั้งสมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณภาพงานวิจัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.359, .231, .299, .404, .188, .221, .385, .178, .520$ และ $.182$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง และระยะเวลาในการป่วย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับค่าอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.229, .291, .424$ และ $.242$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยเนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับค่าอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.350, .307, .393$ และ $.434$ ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 – พ.ศ.2551 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw and Smith (1981) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เพื่อสังเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ และเพื่อสังเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ทำสำเร็จตั้งแต่ปีพ.ศ.2534 จนถึง พ.ศ. 2551 จำนวน 30 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่ได้รับตีพิมพ์และเผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 จนถึง พ.ศ. 2551 จำนวน 21 เรื่อง ซึ่งคัดเลือกจากประชากรโดยใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2534 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 ที่สืบค้นได้ในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ หอสมุดแห่งชาติ และสภาวิจัยแห่งชาติ
2. เป็นงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ประเภทงานวิจัยประเภททดลอง กึ่งทดลอง หรือเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่มีกลุ่มควบคุม หรือมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง
3. เป็นรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ที่มีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมาน ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หรือ ค่า t-test, F-test, Z-test, U-test

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงข้อความจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของ สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถานที่ผลิต ปีที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย การระบุกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา การตั้งสมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการเข้ากลุ่มทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคที่พบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลา จำนวนครั้ง ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง) ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ลักษณะผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เพื่อตรวจสอบความชัดเจน เหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater reliability) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจของสินีนาฏ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพของ Brown (Brown, 1990 cited in Brown, 1991: 353), ภิริดี วัชรสินธุ์ (2544), ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณีย์ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวความคิดการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เพื่อตรวจสอบความชัดเจน เหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) และวิธีการประเมินซ้ำด้วยคนเดียว (Intrarater reliability) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2551 - เดือนมีนาคม พ.ศ.2552 โดยสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ.2534 - พ.ศ.2551 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง, หลอดเลือดสมอง, สโตรคและอัมพาต, การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นต้น จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางอินเทอร์เน็ตและบัตรคำในห้องสมุด หลังจากนั้นได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด สรุปลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าขนาดอิทธิพล ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัย

กับค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) โปรแกรม Microsoft Excel 2003 และโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows

สรุปผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.2 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยผู้วิจัยส่วนใหญ่อยู่ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.9 และงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ. 2545 – 2549 จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.4

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 81 โดยมีการระบุแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ลักษณะของสมมติฐานเป็นแบบมีทิศทาง จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.7 โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่าง 5 – 8 เดือน จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.1 (ค่าเฉลี่ย = 6.26) ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1- 20 คน จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ค่าเฉลี่ย = 36.71) ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 และแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการสุ่ม จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.9 งานวิจัยส่วนใหญ่มีการระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานในระดับ .05 จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 ส่วนมากใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ค่า โดยใช้สถิติทั้งหมด 35 การทดสอบ ซึ่งเป็นสถิติชนิดพาราเมตริกซ์ จำนวน 4 ค่า ได้แก่ Dependent t-test, Independent t-test, ANOVA, ANCOVA ส่วนงานวิจัยที่ใช้สถิติที่เป็นนัยพาราเมตริกซ์ พบจำนวน 2 ค่า ได้แก่ Wilcoxon test, The Mann-Whitney U test โดยพบว่าสถิติที่ใช้มากที่สุดคือสถิติชนิดพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test คิดเป็นร้อยละ 25.71 และพบว่า The Mann-Whitney U test ถูกนำมาใช้ในการทดสอบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.72 พบว่ามีการใช้เครื่องมือในวิจัยทั้งหมด 123 ชนิด ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวิจัยมากกว่า 1 ชนิด และผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.79 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่จะได้รับการ

ตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.5 มีการระบุค่าความเที่ยง 47 ค่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0.81 - 0.90 คิดเป็นร้อยละ 42.6 (ค่าเฉลี่ย = 0.83) เครื่องมือมีการระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เพียง 6 ค่า โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 0.91 - 1.00 คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ค่าเฉลี่ย = 0.91) งานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.4 (ค่าเฉลี่ย = 71.46) รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับดี จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.6 (ค่าเฉลี่ย = 61.33)

คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าประเภทของโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.39 โดยศึกษาในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.43 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล - 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.19 และผลการทดสอบสมมติฐานส่วนใหญ่สอดคล้องทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 61.90

คุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งประมาณ 31 - 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 52.4 มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล 4 - 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุก 1 วัน และ ทุก 1 - 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 23.8 และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล 1 - 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.0 และงานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วยงานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 71.4

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน จำนวนด้านละ 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.80 ต่อด้าน โดยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ศึกษาเรื่องการให้ความรู้และการให้คำปรึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.28 การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม ศึกษาเรื่องการใช้กลุ่มประคับประคองและ การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจำนวนเท่ากันอย่างละ 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ต่อด้าน และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ศึกษาเรื่องโปรแกรมการปรับลีลาชีวิต โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต การดูแลต่อเนืองที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.76 ต่อด้าน ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย จำนวน 2

เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.52 โดยศึกษาเรื่อง การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย อย่าง
ละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.7

ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุดคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คิด
เป็นร้อยละ 37.83 โดยศึกษาเรื่องความมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ
ความหวังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.11 รองมาเป็นการศึกษาผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม
คิดเป็นร้อยละ 24.31 โดยศึกษาการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยมาก
ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.81 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ผลลัพธ์ทาง
สุขภาพแบบผสมผสาน คิดเป็นร้อยละ 16.21 โดยศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยน้อยที่สุด คิด
เป็นร้อยละ 5.40

2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทาง
สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

2.1 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 21 เรื่อง
สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ทั้งหมด 142 ค่า พบว่าค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.44 ค่า
ขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.00 ค่าสูงสุด เท่ากับ 9.74 และพบว่าค่าขนาดอิทธิพลในช่วง 0.00 -
1.59 มีจำนวนมากที่สุด เท่ากับ 95 ค่า คิดเป็นร้อยละ 66.90

2.2 การปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายด้านต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ด้านการสนับสนุน
ระบบการพยาบาล และแบบผสมผสาน พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการ
พยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 รองลงมาเป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้าน
สังคม มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.27 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพล
เล็กที่สุด เท่ากับ 0.49 เมื่อจำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการ
พยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ 2.53 โดย
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วน
การวางแผนจำหน่าย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 1.53

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม พบว่าโดยรวมมี
ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.27 โดยการสอนการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่
ที่สุด เท่ากับ 2.53 ส่วนการใช้กลุ่มประคับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดเท่ากับ 2.15

ค่าอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.08 โดยพบว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดเท่ากับ 9.74 ส่วนโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.64

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลการรู้คิดและพฤติกรรม พบว่าโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ 0.65 โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด เท่ากับ 0.82 ส่วนการให้ความรู้หรือการสอน มีค่าอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.47

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.49 โดยการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนการออกกำลังกายมีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.25

2.3 เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.20 ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 1.05 เมื่อจำแนกตามลักษณะของผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าค่าอิทธิพลโดยรวมมีขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.20 โดยความมีคุณค่าในตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 3.80 ส่วนความซึมเศร้า มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.01

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.30 โดยความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.83 ส่วนการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.68

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.30 โดยคุณภาพชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 1.62 ส่วนภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.05 โดยพบว่าความสามารถในการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนสมรรถภาพทางกาย มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด เท่ากับ 0.36

2.4 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการกลืนมากที่สุด เท่ากับ 5.24 ส่วนการวางแผนจำหน่ายมีค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.65

การปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการใช้กลุ่มระดับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เท่ากับ 2.56 และพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้กลุ่มระดับประคอง มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยมีค่าอิทธิพลต่อความหวัง เท่ากับ 0.11

การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 9.74 และพบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ให้ค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อความเครียดเท่ากับ 0.64

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการให้ความรู้และให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เท่ากับ 2.84 และพบว่าการให้ความรู้และให้คำปรึกษา มีค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความซึมเศร้า เท่ากับ 0.01

การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการส่งเสริมการเคลื่อนไหว มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ค่าอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด เท่ากับ 5.25 ส่วนการออกกำลังกาย ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมน้อยที่สุด โดยให้ค่าอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.23

3. เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์และความแปรปรวนกับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) และ เรียงลำดับ (Ordinal Scale) จะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อนนำมาวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่ารูปแบบการวิจัย การตั้งสมมติฐานการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณภาพงานวิจัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.359, .231, .299, .404, .188, .221, .385, .178, .520$ และ $.182$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง และระยะเวลาในการป่วย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.229, .291$ และ $.424$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานวิจัยเนื้อหาสาระงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.350, .307, .393$ และ $.434$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw and Smith (1981) โดยผู้วิจัยได้อภิปรายประเด็นสำคัญที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เกือบทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 71.4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำวิจัยในประเทศไทยจะทำในลักษณะของการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษามากกว่าการทำวิจัยในคลินิกหรือในหน่วยงาน ประกอบกับในหลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ยังเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อจบการศึกษา จึงส่งผลให้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตมากที่สุด

งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) เป็นคณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 66.7) และอยู่ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.9 มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่การวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่จะนำมาทำการวิเคราะห์อภิมานว่า ต้องเป็นการวิจัยที่ทำกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่เท่านั้น ซึ่งสาขาวิชาที่มีการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้วิจัยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ นอกจากนี้พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่เริ่มต้นได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้าไปอยู่ในชุมชน ประกอบกับมหาวิทยาลัยมหิดลเปิดสอนสาขาการพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นแห่งแรกของประเทศไทยสถาบัน รวมทั้งยังเป็นสถาบันขนาดใหญ่ มีนักศึกษาเป็นจำนวนมาก มีความพร้อมในการค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ และมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ในสังกัด ทำให้มีสถานที่และกลุ่มตัวอย่างเพียงพอสำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัย

ปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ พบว่า ปีพ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2549 ได้รับการตีพิมพ์มากที่สุด (ร้อยละ 52.4) อาจเนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเพิ่มมากขึ้น โดยจากข้อมูลนโยบายสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2551) พบว่าปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2548 โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 9 และพบว่าอัตราการรับเป็นผู้ป่วยในของ

สถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ.2542 มีจำนวน 51,485 คน คิดเป็นอัตรา 92.716 คนต่อประชากร 100,000 ส่วนในปีพ.ศ. 2548 พบว่าอัตราการรับเป็นผู้ป่วยในเท่ากับ 98,895 คน คิดเป็นอัตรา 174.88 คนต่อประชากร 100,000 จากสถิติการป่วยที่มีสูงขึ้น แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีจำนวนลดลง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2542 อัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 16.6 และลดลงเป็น 9.0 คนต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2548 จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีจำนวนลดลง อาจเนื่องมาจากความก้าวหน้าในการวินิจฉัยผู้ป่วย (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551) จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะหลงเหลือความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา การรับรู้ พฤติกรรม ความสามารถในการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) อีกทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จึงส่งผลให้ในช่วงปีพ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2549 มีผู้สนใจทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

ด้านระเบียบวิธีวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (ร้อยละ 81) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าถึงแม้การวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง จะเป็นการวิจัยที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือมากที่สุด (Polit and Hungler, 1999: 184) แต่ในทางปฏิบัติแล้วกระทำได้ยากและซับซ้อนกว่าการวิจัยกึ่งทดลอง เพราะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลักที่เข้มงวด 3 ประการ คือการจัดกระทำ การควบคุม และการสุ่ม (Polit and Beck, 2004) ในงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ที่อาจมีจำนวนไม่มากนักในแต่ละแห่งของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้รูปแบบการวิจัยที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากกว่า เพราะถึงแม้ความตรงและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยกึ่งทดลองจะน้อยกว่างานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มากนัก (Polit and Beck, 2004)

งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่ามีการระบุแนวคิด (ร้อยละ 95.2) และระบุสมมติฐานการวิจัยเป็นแบบมีทิศทาง (ร้อยละ 85.7) ที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี จะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐาน และทิศทางของสมมติฐานการวิจัย รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ทางการแพทย์ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) นอกจากนี้เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยย่อมต้องมีความชัดเจนที่เพียงพอ เพื่อเลือกแนวคิดทฤษฎีแนวคิดที่เหมาะสมในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากการมีเหตุผลเชิงวิชาการที่หนักแน่น และเชื่อถือได้ ทำให้งานวิจัยนั้นสามารถคาดเดาคำตอบของการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2544:

49-50) การตั้งสมมติฐานการวิจัยอย่างมีทิศทางหรือไม่มีทิศทางนั้นในทางสถิติแล้ว ย่อมมีผลต่อการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โอกาสในการยอมรับสมมติฐานหรือปฏิเสธสมมติฐาน กล่าวคือ การตั้งสมมติฐานอย่างมีทิศทางจะมีโอกาสยอมรับผลการทดสอบสมมติฐานมากกว่าการตั้งสมมติฐานอย่างไม่มีทิศทาง

งานวิจัยกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 5-8 เดือน (ร้อยละ 38.1) เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้วิจัยต้องเร่งรีบในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษา ด้านสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 47.6) จากงานวิจัยทั้งหมดพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อย่างครอบคลุมทุกแผนกทั้งแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก ที่บ้านหรือชุมชน แต่ที่พบว่ามีการศึกษาในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด อาจเนื่องมาจากแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ค่อนข้างหลากหลายและมีจำนวนมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้พบกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มากกว่า และใช้เวลาในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลมาดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างได้

วิธีการสร้างเครื่องมือ พบว่าส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สร้างเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.79 เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบสังเกต และแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงต้องสร้างเครื่องมือเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 90.5) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับ มีความตรงและความเที่ยงสามารถวัดตัวแปรได้ตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

งานวิจัยกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (ร้อยละ 95.2) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มที่ไม่ได้อาศัยความน่าจะเป็นในการใช้โอกาสทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรและมีผลต่อความตรงภายนอกได้ (Polit and Beck, 2004) การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 38.1) ซึ่งหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมีโอกาสถูกสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเท่าเทียมกัน กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจึงเป็นการสุ่มโดยปราศจากอคติ เหมาะสำหรับกรณีที่คุณลักษณะของหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมี

ความคล้ายคลึงกันมาก (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) โอกาสที่ตัวแปรแทรกซ้อนจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามน้อยลง ทำให้งานวิจัยมีความตรงภายในเพิ่มขึ้น

การระบุระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานอยู่ในระดับ .05 (ร้อยละ 47.6) การระบุนัยสำคัญทางสถิติขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบหรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา โดยส่วนใหญ่ สาขาพยาบาลศาสตร์ จะระบุนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 เพื่อลดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสม ทำการวิจัยซ้ำและศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างใหม่ เพื่อป้องกันผลการวิจัยที่ผิดพลาดและเป็นอันตรายต่อมนุษย์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) ส่วนมากใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด โดยใช้สถิติทั้งหมด 35 ชนิด ซึ่งสถิติที่ใช้มากที่สุดคือ Dependent t-test และ Independent t-test (ร้อยละ 25.71) โดยมีเงื่อนไขการใช้สถิติทดสอบค่าที่ ดังนี้ ข้อมูลการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่องตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็น ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เล็กมาก และขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดไม่ต่างกันมาก (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) ซึ่งเหมาะกับการวิเคราะห์ในแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง

คุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 71.4) อาจเนื่องมาจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยทุกขั้นตอน โดยอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ รวมทั้งยังมีกระบวนการในการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี และดีมาก

ด้านเนื้อหาของงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ร้อยละ 52.39) เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้วิจัยต้องเร่งรีบในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษา จากอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน สามารถพบได้ร้อยละ 85 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ส่วนโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกนั้น พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547; วชิร รุจิโมระ, 2550) ทำให้โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมีจำนวนประชากรมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรู้สึกตัวตอนแรกรับของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน มีระดับความรู้สึกตัวดีกว่าโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (วชิร รุจิโมระ, 2550) งานวิจัยส่วนใหญ่กำหนดรับรู้ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยให้มีระดับความรู้สึกตัวดี จึงทำให้งานวิจัยส่วนใหญ่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมากกว่า

งานวิจัยกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้ ส่วนใหญ่ศึกษาในเพศชาย (ร้อยละ 71.43) โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเกิดได้ทุกช่วงอายุ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเช่นกัน (กิงแก้ว ปาจรีย์, 2547)

ระยะเวลาในการป่วย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ถึง 1 เดือน (ร้อยละ 57.14) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะเร่งด่วนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมอง ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก และยังสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซ้ำเติมให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นควรเริ่มทันทีที่ทราบการวินิจฉัยและพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้แล้ว ยังช่วยลดการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่อาจเกิดเพิ่มเติม และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้น (กิงแก้ว ปาจรีย์, 2547) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวได้ดีภายใน 3-6 เดือนแรกของการเจ็บป่วย และสามารถฟื้นตัวได้เร็วในช่วง 1-3 เดือนแรกของการป่วย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ ในกิงแก้ว ปาจรีย์, 2547) ประกอบกับด้านสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่พบว่าส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้พบกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มากกว่า จึงทำให้งานวิจัยส่วนใหญ่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ถึง 1 เดือน

ด้านเนื้อหาของสาระของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งประมาณ 31 – 60 นาที (ร้อยละ 52.4) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ประกอบกับจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล 4 – 6 ครั้ง (ร้อยละ 33.3) โดยมีความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุก 1 วัน และ ทุก 1 -2 สัปดาห์ (ร้อยละ 23.8) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป รวมทั้งใช้ระยะเวลาทั้งหมดในการปฏิบัติการพยาบาลนาน 1 – 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 33.3) จึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นค่อนข้างซับซ้อนมาก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายระหว่างกรเข้าร่วมโปรแกรม จึงมีโอกาสเกิดการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย ทำให้ความตรงภายในลดน้อยลง

การเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการพยาบาล 1 ครั้ง (ร้อยละ 81) ซึ่งทำให้การวัดผลของการทดลองขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผลลัพธ์บางประการ จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงเช่น คุณภาพชีวิต การปรับตัว เป็นต้น ส่งผลให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ต่อไป

2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิเคราะห์อภิธานครั้งนี้สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 142 ค่า จากจำนวนงานวิจัย 21 เรื่องพบว่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีเครื่องหมายเป็นบวก (จำนวน 128 ค่า คิดเป็นร้อยละ 90.14) จากผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายย่อยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางกาย พฤติกรรมการปรับตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางใจ ความพึงพอใจ ความรู้ คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพ เป็นต้น ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นด้านลบ (จำนวน 14 ค่า คิดเป็นร้อยละ 14) ได้แก่ การลดลงของระดับไขมันในกระแสเลือด (Total cholesterol, Triglyceride) ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของการวัดคุณภาพชีวิต (Chutarat, S., 2001) อัตราการเต้นของหัวใจ องค์ประกอบของการวัดสมรรถภาพทางกาย (Wallada, C., 2005) โดยค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.00 ถึง 9.74 มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่ากับ 1.44 ซึ่งเป็นค่าขนาดปานกลาง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพรายด้าน พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ เท่ากับ 2.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีลักษณะเป็นความพิการ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ หรือการติดตาม ประเมิน สังเกต และดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ครอบครัวและสังคม (พัชนี นัครา, 2542) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตนเอง มีภาวะเครียดจากการบกร่องในการช่วยเหลือตนเอง ต่ำหนิตตนเอง รู้สึกล้มเหลว หมดหวัง (อรพรรณ ทองแดง, 2534) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และเกิดภาวะซึมเศร้า ถ้าสมาชิกในครอบครัวในครอบครัวยอมรับไม่ได้ ก็จะทำให้ล้มพันสภาพในครอบครัวห่างเหิน ผู้ป่วยแยกตัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง (พรชัย จุลละเมตต์, 2540) นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (อรฉัตร โตษยานนท์, 2534; วิษณุ กัมทรทิพย์, 2547: 99) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลในระดับสูง อาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยมากขึ้น หรืออาการโรคเลวลงต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เพราะความวิตกกังวลจะไปขัดขวางกระบวนการหายของโรค กระบวนการ

รักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) และการปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จึงเน้นที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถกระทำกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวังได้

นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่สุด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.05 ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีลักษณะเป็นความพิการ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลือ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ หรือการติดตาม ประเมิน สังเกต และดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) พยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือขาอ่อนแรง จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (อรพรรณ ทองแดง, 2534) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ร่างกายส่วนที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกายส่วนที่ใช้การไม่ได้ ให้สามารถใช้ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายมีหลักการคือ ควรเริ่มให้เร็วที่สุดจึงจะมีผลดีกับผู้ป่วย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; กฤษณา พิวเวช, 2550) จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรค และระยะเวลาในการป่วยมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเพียง 2 เรื่อง และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 12 เดือน และการศึกษาในกลุ่มที่เพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายมีค่าน้อยกว่าด้านอื่นๆ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลรายด้านต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวม พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 โดยเมื่อพิจารณาลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว พบว่าเป็น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืน มีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 5.24 เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นการได้มาซึ่งแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยบนรากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) โดยผ่านกระบวนการต่างๆ นอกจากนี้

องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยยังได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการเป็นความรู้ที่ได้ผ่านกระบวนการสืบสวนอย่างมีเหตุผลตามหลักของวิทยาศาสตร์ (Scientific Inquiry) ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยจึงมีความน่าเชื่อถือและนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาล (Evidence Based Practice in Nursing) ให้มีคุณภาพได้ (วิไลพรรณ

สมบุญตันทน์, 2547; วิทยา ศรีดามา, 2548) ส่วนการวางแผนจำหน่าย และการพัฒนาการดูแลที่บ้านนั้น เป็นการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโดยการได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยได้อีกด้วย

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคม พบว่าโดยรวมให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.27 โดยการสอนการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.53 เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยบางรายจะสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การเคี้ยว การกลืน (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538) ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบ โดยการสอนการฝึกทักษะ จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ มั่นใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีอิสระสามารถแสดงความคิดเห็นได้ ในกระบวนการสอนผู้ดูแลนั้น ไม่ได้คำนึงแต่เรื่องของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่การสอนยังคำนึงถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอีกด้วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลและผู้สอน

ค่าอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.08 โดยการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย) มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดเท่ากับ 9.74 เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการฟื้นฟูสภาพจะช่วยลดความพิการและผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ เมื่อพ้นระยะวิกฤตหรือได้รับการรักษาเบื้องต้น จนพ้นขีดอันตราย จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความจำเป็นในการใช้เตียงหมุนเวียนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการฟื้นฟูสภาพและกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะเป็นการติดตามและให้การบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยการเยี่ยมดูแลสภาพที่บ้านจากทีมสุขภาพ องค์ประกอบของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย การให้ความรู้และการออกกำลังกาย และการย้ำถึงวิธีการบริหารร่างกายด้วยตนเองให้ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ค่าอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลการรู้คิดและพฤติกรรม พบว่าโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.65 โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 0.82 ส่วนการให้ความรู้หรือการสอนมีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.41 เนื่องจากการจัดการเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีแผนการจัดการที่ซับซ้อนยุ่งยาก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ โดยเน้นที่ความพร้อมและการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนของผู้ป่วยและญาติ โดยความพร้อมที่จะเรียนของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้โดยการสร้างบรรยากาศของความเชื่อถือและศรัทธาระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล และลดความวิตกกังวล และความไม่สุขสบายต่างๆ เมื่อมีความพร้อมเกิดขึ้น จึงเริ่มกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับปัญหาและความสนใจของผู้ป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) จะเห็นได้ว่าการสอนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้นอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการสอน ได้แก่ ปัญหาของผู้เรียน เช่นความไม่พร้อมที่จะเรียนปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาจากการสื่อสาร แรงจูงใจ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อิทธิพลของครอบครัวต่อการเรียนรู้ ส่วนการให้ความรู้และให้คำปรึกษานั้น เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเอง จนสามารถพึ่งและนำตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา ทำให้ทราบถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (นิศย์ ทศนิยม, 2545) ความเชื่อในศักยภาพของตนเองเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ ถ้าอาศัยความรู้อย่างเดียวอาจจะไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพได้

ค่าอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย พบว่าโดยรวมมีค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.49 โดยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว) โดยการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.25 เนื่องจากเป้าหมายของการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย คือการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ร่างกายส่วนที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกายส่วนที่ใช้การไม่ได้ ให้สามารถใช้ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติเท่าที่จะสามารถทำได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจึงต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพที่เวลาเฉลี่ยประมาณ 4-6 สัปดาห์ ในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเริ่มให้เร็วที่สุดจึงจะมีผลดีกับผู้ป่วย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; กฤษณา พิวเวช, 2550) การฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อนได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาผู้อื่น

น้อยลงช่วยลดภาระการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีการศึกษาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการพัฒนาการดูแลที่บ้าน โดยพบว่าการศึกษาปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายมากที่สุด โดยมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ทั้งหมด ทั้งนี้พบว่าความสามารถในการกลืน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 5.24 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นการได้มาซึ่งกระบวนการต่างๆ ที่ผ่านการสืบสวนอย่างมีเหตุผลตามหลักของวิทยาศาสตร์ ดังนั้นความรู้จึงมีความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนการวางแผนการจำหน่ายและการพัฒนาการดูแลที่บ้าน เป็นการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโดยได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาลส่งผลให้มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีการศึกษาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การใช้กลุ่มระดับประคอง การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล และการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว โดยพบว่าการใช้กลุ่มระดับประคองให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม เรื่องพฤติกรรมปรับตัว มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.56 ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กลุ่มระดับประคอง เป็นการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยมีเนื้อหาในการสนทนาเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันและแนวทางแก้ไขปัญหา การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีการศึกษาใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม การเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมการปรับลีลาชีวิต และโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต โดยพบว่าการศึกษาต่อเนื่องมีบ้าน มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม เรื่องคุณภาพชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 9.74 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลต่อเนื่องมีบ้าน เป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการ

สูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง เป็นกระบวนการให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายร่วมกับการให้ความรู้ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีการศึกษาใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา การให้ความรู้หรือการสอน โดยพบว่าการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาให้ค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรมเรื่องพฤติกรรมการปรับตัว มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.84 และมีค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจเล็กที่สุด ในเรื่องการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความซึมเศร้า มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการให้ความรู้และการให้คำปรึกษา เป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสภาพการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเองมากกว่า ส่วนความซึมเศร้านั้นพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา, 2548) จึงอาจทำให้การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาอาจไม่เพียงพอในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าโดยรวมมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.49 และพบว่ามีการศึกษาใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย โดยพบว่าปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายให้ค่าอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด โดยพบว่าคุณภาพชีวิต มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 5.25 ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกาย การดูแลต้องใช้เวลาอันยาวนาน (อุรพันธ์ อนุคุณินานิน, 2539) จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายมีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุด นอกจากนี้เมื่อพิจารณาลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเคลื่อนไหว จะเริ่มให้การพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทันทีหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต โดยปฏิบัติการพยาบาลวันละ 3 ครั้ง การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย อาจทำให้ค่าขนาดอิทธิพลของคุณภาพชีวิตมีขนาดใหญ่

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 2.20 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม โดยพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด เท่ากับ 4.68 เนื่องจากการฟื้นความสามารถ (Functional recovery) ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะฝึกฝนและพัฒนาความสามารถของตนเองจนช่วยเหลือตนเองได้ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (วิชฌุ กัมทรทิพย์, 2547: 99) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้กระบวนการกลุ่ม การได้รับการฝึกทักษะในการผ่อนคลายความเครียด จึงทำให้ค่าขนาดอิทธิพลด้านจิตใจสูงที่สุด

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีค่าขนาดอิทธิพลเล็กที่สุดเท่ากับ 1.05 โดยการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการทางการพยาบาล มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 5.24 และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความสามารถในการทำกิจกรรม โดยการให้ความรู้และคำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลต่ำสุด เท่ากับ 0.02 ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกาย การดูแลต้องใช้ระยะเวลานาน (อุรพันธ์ อนุตตนินาวิน, 2539) ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ได้แก่ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย จึงทำให้การให้ความรู้และคำปรึกษา ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายน้อยที่สุด

3. เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

3.1 ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะของงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า

รูปแบบการวิจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r = .359$)

เนื่องจากแบบแผนการวิจัยแบบทดลองและแบบกึ่งทดลอง เป็นแบบแผนการวิจัยที่ใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปร แต่แบบแผนการวิจัยแบบทดลองจัดเป็นแบบแผนการวิจัยที่มีอำนาจในการตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

สูงกว่าแบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การวิจัยกึ่งทดลอง มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.72 ส่วนงานวิจัยแบบทดลอง มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.26 ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการวิจัยแบบทดลองมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัด อาจทำให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองมากกว่าการวิจัยแบบทดลอง จึงทำให้ค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบกึ่งทดลองมากกว่าการวิจัยแบบทดลอง

การตั้งสมมติฐานการวิจัย และระดับนัยสำคัญทางสถิติความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.231, .385$ ตามลำดับ) เนื่องจากการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่เท่ากันและการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทาง จะทำให้โอกาสปฏิเสธสมมติฐานศูนย์ (H_0) มากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง เนื่องจากระดับนัยสำคัญที่เท่ากันการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทาง ขอบเขตวิกฤตจะมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง โดยขอบเขตวิกฤตของการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางที่ระดับนัยสำคัญ .05 จะเท่ากับขอบเขตวิกฤตของการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางที่ระดับนัยสำคัญ .01 และขอบเขตวิกฤตของการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางที่ระดับนัยสำคัญ .01 จะเท่ากับขอบเขตวิกฤตของการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทางที่ระดับนัยสำคัญ .02 จึงทำให้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสมมติฐานการวิจัยแบบมีทิศทาง และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ 1.60 และ 2.79

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.299$) โดยพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุดคือช่วงเวลา 5 – 8 เดือน (ร้อยละ 38.1) สอดคล้องกับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในช่วง 1 ถึง 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 33.3) และระยะเวลา 9 – 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 19.0) เนื่องจากผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (กาญจนา ศิริวราศย์, 2536) จึงทำให้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.404$) จากการศึกษาที่พบว่า ส่วนใหญ่สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแผนกผู้ป่วยใน มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.15 เนื่องจาก ระยะเวลาวิถีทางความเจ็บป่วย (Trajectory framework) ของการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกของการเจ็บป่วยเป็นระยะวิกฤต (Crisis) และระยะเฉียบพลัน (Acute) ของชีวิต (สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี, 2546) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้แผนกผู้ป่วยในเป็นแผนกที่มีแหล่งของกลุ่มตัวอย่างมาก และผู้ป่วยมีความหลากหลาย นอกจากนี้ในขั้นแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติจะสงสัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงพยายามแสวงหาความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย

และความรุนแรงของโรค การแสวงหาความช่วยเหลือ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน จึงทำให้สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีความความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.188$) โดยพบว่าการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ โอกาสปฏิเสธสมมติฐานศูนย์ย่อมมากกว่าการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เพราะหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ขึ้น ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะลดลง เมื่อค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลง ย่อมทำให้ค่า t มีค่าเพิ่มขึ้น เมื่อค่า t ที่คำนวณได้มีค่าเพิ่มขึ้น โอกาสปฏิเสธสมมติฐานศูนย์ก็ย่อมเพิ่มขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.65 และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 21-40 คน มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.25 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มที่ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.93 และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1 – 20 คน มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.10

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.221$) การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) หากตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ใช้วิธีการสุ่ม แต่ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างลำเอียงของผู้วิจัย ทำให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันคุณลักษณะต่างๆ ที่มีผลต่อค่าตัวแปรตาม ดังนั้น หากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรตามของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้กล่าวได้ว่าเป็นผลการวิจัยที่ขาดความตรงภายใน อาจทำให้มีผลต่อค่าขนาดอิทธิพล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.178$) เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ จำเป็นต้องมีความตรง (validity) ความเที่ยง (reliability) ความแม่นยำ (accurate) และความเป็นปรนัย (objectivity) หากเครื่องมือวิจัยขาดคุณลักษณะต่างๆ ดังกล่าวเมื่อนำเครื่องมือมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จะทำให้ค่าตัวแปรที่วัดได้ไม่ตรงตามความเป็นจริง และหากนำค่าที่ได้จากการวัดก่อนและหลังการทดลองมาเปรียบเทียบกัน จะทำให้ค่าที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้นไม่ใช่สิ่งที่เป็นผลมาจากสิ่งทดลอง แต่เป็นผลจากเครื่องมือที่ไม่มีประสิทธิภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.520$) พบว่าการใช้สถิติที่มีอำนาจทดสอบต่ำ (low statistic power) จะเพิ่มความคลาดเคลื่อนแบบที่ 2 (type II error) กล่าวคือเพิ่มโอกาสปฏิเสธสมมติฐานทางเลือก (H_a) และยอมรับสมมติฐานศูนย์ (H_0) ที่ไม่เป็นจริง โดยทั่วไปสถิติพารามेटริกซ์ มีอำนาจการทดสอบสูงกว่า

สถิติอันดับพาราเมตริกซ์ การทดสอบนัยสำคัญของสมมติฐานโดยใช้สถิติพาราเมตริกซ์จะทำให้อำนาจการทดสอบสูงกว่าการใช้สถิติอันดับพาราเมตริกซ์ก็ต่อเมื่อลักษณะของข้อมูลตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิติพาราเมตริกซ์ ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยขาดความตรงจากวิธีการทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการใช้สถิติพาราเมตริกซ์ ได้แก่ dependent t-test และ independent t-test มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 3.15 ส่วนการใช้สถิติอันดับพาราเมตริกซ์ ได้แก่ Wilcoxon test, The Mann-Whitney U test มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เท่ากับ 0.11

3.2 ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะของงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.229$) จากการศึกษาของอรชัตร โตษยานนท์ (2534) วิษณุ กัมททธิพิย์ (2547: 99) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาโดยการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด เนื่องจากอาการจะดีขึ้นเร็ว ความพิการเหลืออยู่น้อย ส่วนโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 10 เป็นชนิดที่มีอาการรุนแรง ที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด โดยในระยะแรกมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50-70 ทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (experiment mortality) ได้มากกว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมากที่สุด (ร้อยละ 52.39) มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.76 ซึ่งมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า ประกอบกับสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแผนกผู้ป่วยใน ทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างน้อย ทำให้งานวิจัยมีความตรงภายใน

เพศของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.291$) วุฒิภาวะ (maturation) หมายถึงความพร้อมทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมอายุ ประสบการณ์ ความฉลาด ความแข็งแรง ซึ่งโดยธรรมชาติวุฒิภาวะของบุคคลย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและตามกลไกทางชีววิทยาและสรีรวิทยา ซึ่งหากวุฒิภาวะของกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลงไป จะมีผลทำให้ค่าตัวแปรตามเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในกรณีนี้ผลการวิจัยที่ค้นพบเป็นผลการวิจัยที่ขาดความตรงภายใน

ระยะเวลาในการป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.424$) ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ยอมรับกันว่า การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วัยแรกของโรคให้ผลที่ดีกว่า ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น ข้อยึดติด ภาวะเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากการนอนนานๆ

นอกจากช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกยังช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนานเกิน 1 เดือน พบว่า 10 % จะฟื้นตัวได้เป็นปกติ อีก 10% ความพิการที่เกิดขึ้นมีมากจนไม่สามารถจะให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และ 80% ของผู้ป่วยที่มีอาการเด่นชัดสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (อรฉัตร โตชยานนท์, 2534) จากการศึกษาของนิพนธ์ พวงวรินทร์ (2534) พบว่า การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะพบว่ามีการฟื้นตัวได้ดีที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังการเกิดโรค แต่ในผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง จะพบว่าการฟื้นตัวจากโรคจะเริ่มดีขึ้นภายหลัง 6 – 12 เดือนแรก สอดคล้องกับ กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวได้ดีภายใน 3 - 6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรกของการป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 12 เดือน มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.99 และระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลถึง 1 เดือน มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.96

ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.350$) จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.307$) ความถี่ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.393$) และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าขนาดอิทธิพล ($r=.434$) เนื่องจากการทดสอบ (Testing) การให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดิมมากกว่า 1 ครั้ง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างจำคำถามได้ มีความคุ้นเคยกับคำถามในบางกรณี เมื่ออ่านคำถามหลายๆครั้ง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตื่นตัวหรือตระหนักในเรื่องนั้นๆ จึงใส่ใจและศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ซึ่งมีผลต่อการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith, 1981 อาจใช้วิธีการเลือกงานวิจัยโดยใช้การแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัยแล้วสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น แต่ในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำนวนทั้งหมด 30 เรื่อง และเมื่อคัดเลือกงานวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดพบว่า ได้งานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง ทำให้ไม่สามารถใช้วิธีการสุ่มในการวิเคราะห์อภิธานคั้งนี้ได้ จึงอาจเกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้

2. ในขั้นตอนการบันทึกข้อมูล การลงรหัส และการวิเคราะห์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล และบันทึกข้อมูลเพียงคนเดียว อาจทำให้เกิดความลำเอียงในผลการสังเคราะห์ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้นำการปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้และพฤติกรรม ด้านการรับรู้สุขภาพ หรือการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มอื่นๆ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการลดหรือเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย การพัฒนาการดูแลที่บ้าน ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบการพยาบาล มีผลต่อค่าขนาดอทิพิลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ การใช้การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจ ทำให้มีค่าขนาดอทิพิลใหญ่ที่สุด

4. ด้านการบริหาร ควรมีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการให้การพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยนำผลการวิจัยที่ได้รับในการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้เป็นฐานข้อมูลความรู้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยที่นำมาศึกษาวิเคราะห์ มีค่าความตรงภายในมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์หรือนิยามให้มากขึ้นด้วย

2. การปฏิบัติการพยาบาลบางชนิดยังมีการศึกษาเฉพาะผลลัพธ์ทางสุขภาพเพียงด้านเดียวเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่นๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพบางด้านยังมีการนำมาศึกษาน้อยมาก เพื่อให้ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านร่างกาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านร่างกาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเล็กที่สุด

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวการปฏิบัติยังมีการศึกษาน้อย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ติดลกลกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย. (2545). ใน สุพรรณิมพ์ เจียรสกุล, สุพัตรา โฉห์ สิริพัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา (บรรณาธิการ), **สตรีวิทยา 3**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์. กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**, 59-76. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส. กรองไธ อุณหสูต. (2539). การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมต้า. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14(2): 12-17.
- กรองไธ อุณหสูต, เพ็ญศรี ระเบียบ, ศิริอร สิ้นธุ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2539). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในระหว่างปี พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2536 โดยการวิเคราะห์เมต้า. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14(2): 32 – 47.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา กลุ่มงานประสาทวิทยา. (2548). **คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.)
- กาญจนา ศิริวราศัย. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา, มีชัย ศรีใส, สุพัฒน์ ไอเจริญ และช่อเพ็ญ เตโชพาร. (2530). **ประสาทศาสตร์พื้นฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สันประสิทธิ์การพิมพ์.
- คู่มือการประเมินผลข้อเสนอการวิจัยของหน่วยงานภาครัฐที่เสนอขอของบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ตามมติคณะรัฐมนตรี. (2550). **จริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย**[online]. แหล่งที่มา: http://www.ncrct.net/downloads/020905append_07.pdf [สิงหาคม 2551]
- จรัรัตน์ นวมะชิตี. (2547). **ผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 23(2): 229-237.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). **โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. (2544). **การวิเคราะห์ห่อภิมาณคุณภาพของแบบสอบถามหลายตัวเลือกที่มีรูปแบบของแบบสอบถาม บริบทของแบบสอบถาม และวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ติรณี มีสมศัพย์. (2544). **จิตวิทยาการให้คำปรึกษา (Group Counseling)**. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ นะแสง. (2542). **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: เหมการพิมพ์.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). **การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis)**. กรุงเทพมหานคร: นิธิ แอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์ พวงวรรณทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). (2550). **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตย์ ทัศนียม. (2545). **การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้างพลังอำนาจ. สารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 25(2): 103 -114.
- นีนนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). **ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. (2548). **ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นัฐยา เพียรสูงเนิน. (2550). **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรณทวารวณ หิรัญเคราะห์. (2549). **ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์วาทูร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ปิยะภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. (2547). **ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม**. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**, 225-245. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: รายงานการวิจัย**. ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2543. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2522). **การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยเกษม.
- พัชนี นัครา. (2542). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คูโปกรณ์พงษ์. (2536). **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. สงขลา: อัสลาบายด์เพรส.
- ไพรวัดย์ พรหมที. (2548). **การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย, พรทิพย์ อาปณกะพันธ์ และดรุณี กาญจนคุณกร. (2543). **การสำรวจการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย**. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 18(3): 44-54.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). **ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

- ภริดี วัชรสินธุ์. (2544). **การวิเคราะห์อภิมานการวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก: การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณีรัตน์ ทองดีพันธ์. (2542). **การศึกษารายการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพร โอฟ้าวิพันธุ์. (2541). **ผลของกลุ่มระดับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสตรีโรค**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราตรี สุดทรวง และวีระชัย สิงหนิยม. (2545). **ประสาทสตรีวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์ และเกียรติศรี สำราญเวชพร. (2542). **พยาบาลสารสนเทศ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- ละออ นุตากร. (2534). **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต-สังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา.
- วรรณิ อริยะสินสมบุรณ์. (2544). **การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา: การวิเคราะห์อภิมาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาสัตตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). **สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วชิร รุจิโมระ. (2550). **การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกรมการแพทย์ 32(3): 326-336**.
- วรุณณา ศรีโสภภาพ. (2550). **กายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ธรรมสอน. (2550). **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์อภิมาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ

- พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารุณี ณีวีศักดิ์. (2550). **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีดามา. (2548). Evidence – based Practice Guideline ทางอายุรกรรม 2548. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิษณุ กัมททธิพิศ. (2547). ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**, 95-128. กรุงเทพมหานคร: แอล ที เพรส.
- วิฑู พูลเจริญ. (2544). **สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. **วารสารพยาบาล** 44(2): 88-92.
- วิไลพรรณ สมบุญตนนท์. (2547). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลกับการวิจัย. **วารสารสำนักการพยาบาล** 1(31).
- วีณา จีระแพทย์. (2544). **สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. (2005). **ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเอง ต่อความแข็งแรง ความพึงพอใจและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและสมองขาดเลือดไม่รุนแรง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ชัมภลลิขิต. (2539). **แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ศิริพร เจริญพวงศันรา. (2549). **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). **ความเจ็บป่วยเรื้อรัง: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. ใน สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี, **การประชุมวิชาการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ**, 9-20. กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.)
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). **ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมสมัย สุธีรศานต์. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ โทธิศักดิ์ และคณะ. (2545). **คู่มือการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)**. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2545). **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพมหานคร: (มปท).
- สินีนางู ลิขิตรัตน์เจริญ. (2542). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา. (2547). **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2550). **Neuropsychiatric aspects of stroke**. ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา)(บรรณาธิการ), **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**, 229-247. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- สุมล เกษรวิชช์วัฒนา. (2534). **ผลของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ
ไอเรมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสตรีค.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตก
กังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุร
ศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. (2551).
จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2546-2550[Online].
แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/>[5 พฤษภาคม 2551].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **สถิติการตายของประชากร**[Online]. แหล่งที่มา :
http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/syb50/syb_chap4.pdf.
[5 พฤษภาคม 2551]
- อรพรรณ ทองแดง. (2534). Depression in stroke. ใน นิพนธ์ พวงวารินทร์ (บรรณาธิการ), **โรค
หลอดเลือดสมอง Stroke**, 619-634. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรจักร ไชยยานนท์. (2539). Stroke Rehabilitation. ใน นิพนธ์ พวงวารินทร์ (บรรณาธิการ),
โรคหลอดเลือดสมอง Stroke. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรพินธ์ ใจสุนทร. (2542). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากเชื้อ เอชไอวี ในเขตภาคเหนือตอนบนโดยวิธีวิเคราะห์อภิ
มาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภรณ์ คำก้อน. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารมณี บุญเกิด. (2540). **ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถใน
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลตนเอง
ผู้ป่วยของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาขารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุพันธ์ อนุฉนิตนาวิน. (2539). **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา.** วิทยานิพนธ์สังคม
สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. (2531). **การสังเคราะห์งานวิจัย: เซึ่งปริมาณ เน้นวิธี
วิเคราะห์เมต้า**. กรุงเทพมหานคร: ฟีนนี่พับบลิชชิง.

อัฉรา นุตตะโร. (2546). **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิค
การผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

American Nurse Association. (2006). **ANA recognized terminologies and data element
sets**[Online]. Available from: <http://www.nursinworld.org/npai/terminologies.htm>
[2008, Nov 1]

Baker, J. (1988). Explaining coma arousal therapy. **The Australian Nurse Journal**
17(11): 8-11.

Barker, E. (2002). **Neuroscience nursing a spectrum of care**. 2nd ed. St. Louis:
Mosby.

Brass, L.M.. (2000). The impact of cerebrovascular disease. **Diabetes, Obesity and
Metabolism** 2(suppl.2): S6-S10.

Brown, A.S. (1991). Measurement of quality of primary studies for meta-analysis.
NursingResearch 40 (6): 352-355.

Burns, N., and Grove, S. K. (2001). **The practice of nursing research: Conduct,
critique and utilization**. 2nd ed. Philadelphia: Saunder.

Charnow, J.A. et al. (1993). **Nursing process in clinical practice**. Pennsylvania: Spring
house.

Cohen, J. (1969). **Statistic power analysis for behavior sciences**. New york: Academic.

Devine, E. C. and Percy, J. (1995). Meta-analysis of effects of psychoeducational
care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. **Patients Education
and Counseling** 29: 167-178.

Ferreira, I. M., Brocks, D., Lacassey, Y., and Goldstein, R. S. (2000). Nutritional
support for individuals with COPD: A meta-analysis. **Chest** 117 (3): 672-678.

Gettrust, K. V., and Brabec, P. D. (1992). **Nursing diagnosis in clinical practice:
Guides for care planning**. New York: Delma.

- Gillen, R., Tennen, H., McKee, T.E., Gernert-Dott, P., and Affleck, G. (2001). Depressive Symptoms and History of Depression Predict Rehabilitation Efficiency in Stroke Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 82: 1645-1649.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M.L. (1981). **Meta-analysis in social research**. Beverly Hills: sage Publications.
- Glass, G. V., McGaw, B., and Smith, M.L. (1987). **Meta-analysis in social research**. 4th ed. California: sage Publications.
- Gordon, M. (1994). **Nursing diagnosis: Process and application**. (3 rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2000). **The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada**. Heart and Stroke Foundation of Canada, Ottawa.
- Hedges, L. V., and Olkin, I. (1985). **Statistical methods for meta – analysis**. Orlando Florida: Academic Press.
- Hickey, J. V. (1997). **The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hunt, M. (1997). **How science takes stock: The study of meta-analysis**. New York: Russel Sage.
- Jennett, B. and Bond, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage: a practical scale. *The Lancet* 1: 480-484.
- Kanchana, R. (2007). Factor related to the disability after stroke rehabilitation. *The journal of prasat neurological institute* 8(2): 45-50.
- King, I. M. (1990). Health as the goal of nursing. *Nursing Science Quarterly* 3(3): 123-128.
- Kmok, T., Lo, R.S., et al. (2006). Quality of Life of Stroke Survivors: A 1-year Follow-up Study. *Arch Phys Med Rehabil* 87: 1177-1182.
- Lang, N. M. and Clinton, J. F. (1984). Assessment of quality of nursing care. *Annual Review of Nursing Research* 2: 135-163.
- Marek, K. D. (1989). Outcomes Measurement in Nursing. *Journal of Nursing Quality Assurance* 4: 1-9.

- McBride, K.L. and et al. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. **Journal of Advanced Nursing** 47(2): 192-200.
- McCloskey, J. C. and Bulechek, G.M. (1999). **Nursing Intervention Classification (NIC)**. (2nd ed.). USA: Mosby-year Book.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G.M. (2005). **Nursing Intervention Classification (NIC)**. (4nd ed.). USA: Mosby-year Book.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. (2005). **Nursing Outcomes Classification(NOC)**. (3rd ed.). USA: Mosby.
- Murray, M. E. and Atkinson, L. D. (1994). **Understanding the nursing process: The next generation**. (5th ed.). New York: McGraw Hill.
- Namerow, N. S. (1987). **Neuroscience nursing: A nursing diagnosis approach**. America: Williams and Wilkins.
- Oh, H. and Seo, W. (2005). Meta-analysis of effects of respiratory rehabilitation Programs on exercise capacity in accordance with programs characteristics. **Journal of clinical nursing** 16: 3-15.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concept of practice**. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Robinson, G. R. (1998). **The Clinical neuropsychiatry of stroke: Cognitive, behavioral and emotional disorder following vascular brain injury**. Cambridge: Cambridge University.
- Rosenthal, R. (1991). **Meta-analysis procedures for social research**. Newbury Park: Sage.
- Roth, E.J., Heinemann, A.W., et al. (1998). Impairment and Disability: Their Relation During Stroke Rehabilitation. **Arch Phys Med Rehabil** 79: 329-335.
- Snyder, M. (1992). **Independent nursing intervention**. (2nd ed.) New York: Delmax.
- Suchanya, L. (2005). **Relationships among hope, social support and quality of life of the elderly with stroke**. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science. (psychiatric-mental health nursing). Faculty of graduate studies mahidol university.
- Thurman, D. J. (1999). Traumatic brain injury in the United States: a public health perspective. **Journal of Head Trauma rehabilitation** 14: 602-615.

- WHO. (2007). **Death from stroke and Global burden of stroke**[Online]. Available from:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf
[15 May 2008]
- Yucha, B.C., et al., (2001). The effect of Biofeedback in Hypertension. **Applied
Nursing Research** 14(1): 29.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลำดับที่ วัน เดือน ปี

**แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่**

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่องานวิจัย.....

2. ชื่อผู้วิจัย.....

3. ประเภทของงานวิจัย

(1) วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต

(2) วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต

(3) รายงานการวิจัย

(4) อื่น ๆ (การค้นคว้าอิสระ สารนิพนธ์)

4. สถาบันที่ผลิต

(1) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ สาขา.....

อื่น ๆ

(2) มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

อื่น ๆ..... สาขา.....

(3) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์

อื่น ๆ สาขา.....

(4) มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์

อื่น ๆ สาขา.....

(5) มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์

อื่น ๆ สาขา.....

(6) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์

อื่น ๆ..... สาขา.....

(7) สถาบันอื่น ๆ (ระบุ).....

5. ปีที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ พ.ศ. 25.....

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

- (1) เชิงทดลอง (experimental design)
- (2) กึ่งทดลอง (quasi- experimental design)
- (3) เชิงปฏิบัติการ (action research)

2. การระบุแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

- (1) มี ระบุ
- (2) ไม่ระบุกรอบแนวคิด

3. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

- (1)แนวคิดที่ใช้.....
- (2)แนวคิดที่ใช้.....

4. ตัวแปรตามที่ศึกษา

5.....

6.....

12. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

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

13. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี ชุด ดังนี้

ชื่อเครื่องมือและเจ้าของ	การสร้างเครื่องมือ	ลักษณะของเครื่องมือ	ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ				
			ความเที่ยง	ความตรง			
				เนื้อหา	โครงสร้าง	เกณฑ์สัมพัทธ์	อื่นๆ ระบุ
1.....	(1) พัฒนา	(1) แบบสังเกต					
.....	ขึ้นใหม่	(2) แบบสัมภาษณ์					
.....	(2) มีอยู่แล้ว	(3) แบบสอบถาม					
.....		(4) เครื่องมือ					
.....	(3) ปรับ	วิทยาศาสตร์ทาง					

ชื่อเครื่องมือและเจ้าของ	การสร้างเครื่องมือ	ลักษณะของเครื่องมือ	ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ				
			ความเที่ยง	ความตรง			
				เนื้อหา	โครงสร้าง	เกณฑ์สัมพัทธ์	อื่นๆ ระบุ
.....	จากที่มีอยู่แล้ว	การแพทย์ (5) อื่น ๆ ระบุ					
2.....	(1) พัฒนาขึ้นใหม่ (2) มีอยู่แล้ว (3) พัฒนาจากที่มีอยู่แล้ว	(1) แบบสังเกต (2) แบบสัมภาษณ์ (3) แบบสอบถาม (4) เครื่องมือวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ (5) อื่น ๆ ระบุ.....					

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย=..... S.D. =

2. สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

(1) โรคหลอดเลือดสมองตีบ / อุดตัน จำนวน คน ร้อยละ.....

(2) โรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน คน ร้อยละ.....

3.....

4.....

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ชื่อผู้วิจัย..... รหัสงานวิจัย.....

ชื่อเรื่องงานวิจัย.....

รายการประเมิน	ผลการประเมิน				
	0	1	2	3	4
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาตรงกับประเด็นที่ศึกษา					
2. คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องตรงกับประเด็นที่ศึกษา					
3. สมมติฐานการวิจัยถูกต้อง ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา					
4. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการครบถ้วน และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี					
5. รายงานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทันสมัย เพียงพอ และมีการสรุป ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์					
6.....					
7.....					
8.....					
19. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลสรุปการวิจัย					
20. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลสรุปการวิจัย					

ความหมายของการประเมิน

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

แปลความหมายของการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาสอดคล้องตรงกับประเด็นที่ศึกษา

4 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาเขียนได้ตรงประเด็น ไม่เินเย่อ มี
แนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัย และเหตุผลมาสนับสนุนครอบคลุม และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

3 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหามีแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัย และเหตุผลมาสนับสนุนครอบคลุม และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา แต่เขียนเยิ่นเย้อ

2 หมายถึง เขียนความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาตรงประเด็น และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา แต่มีแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัย และเหตุผลมาสนับสนุนยังไม่ครอบคลุม

1 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาไม่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา หรือไม่ระบุให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย

0 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

2. คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องตรงกับประเด็นที่ศึกษา

4 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องตรงกับประเด็นที่ศึกษา

3 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา แต่ไม่ตรง

2 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจน แต่ไม่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

1 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยไม่ชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

0 หมายถึง ไม่มีคำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยของการวิจัย

3.....

4.....

20. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย

4 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย และเกิดจากข้อบกพร่องในการวิจัยโดยมีเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

3 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย และเกิดจากข้อบกพร่องในการวิจัย แต่ขาดเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

2 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย แต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง

1 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปเป็นข้อเสนอแนะทั่วไป ไม่ชัดเจน

0 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย

ภาคผนวก ข

รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

รายงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ภาษาไทย

กรกฎ สุวรรณอัศวเดชา. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงาน, 276-289. กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.)

จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินนระรัตน์ ศรีภัททธิบุญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา เกษมโชติพันธุ์. (2546). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความหวังของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. (2548). ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา.

บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์. (2549). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภัสสร สมศรี. (2549). ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ยุพาพร โอฟาริกพันธุ์. (2541). **ผลของกลุ่มระดับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วย สโตรค**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรุณณา ศรีโสภภาพ. (2550). **กายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุมล เกษรวิชวัฒน์. (2534). **ผลของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเรมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสโตรค**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุดศิริ หิรัญฑนหะ. (2541). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารมณ บุญเกิด. (2540). **ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถใน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Bang-Orn Tangvirojtham. (2002). **The effectiveness of A health education program on self-care among cerebrovascular patients at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital**. Master's Thesis, Department of Public Health, Graduate School, Mahidol University.
- Chantana Kamolsilp. (2002). **Lifestyle Modification on risk factor control of recurrent stroke patients attending Pramongkutklao Hospital Services**. Master's Thesis, Department of Public Health, Graduate School, Mahidol University.
- Chutarat Sathirapanya. (2001). **The Effectiveness of empowerment of r enhancing Quality of life among ischemic stroke Patients attending songkhla Neuropsychiatric Hospital**. Doctoral dissertation, Department of Public Health, Graduate School, Mahidol University.

- Jeuajan Wattakiecharoen. (2006). **A Proposed Self-efficacy Program in home-based Rehabilitation for post stroke patients.** Doctoral dissertation, Department of Nursing Science. Graduate School, Chulalongkorn University.
- Saijai Klinjan. (2006). **The development of a clinical nursing practice guideline for aspiration prevention in stroke patients with dysphagia.** Master's Thesis, Department of nursing science (Adult nursing), Graduate School, Mahidol University.
- Thipsuda Chamnansripetch. (2003). **The effects of nursing intervention on safe swallowing among stroke patients with dysphagia utilizing A clinical nursing practice guideline.** Master's Thesis, Department of nursing science (Adult nursing), Graduate School, Mahidol University.
- Totsaporn Khampolsiri. (2006). **A Home-base Nursing intervention Program for Enhancing Quality of life of Stroke Survivors.** Doctoral dissertation, Department of nursing science, Graduate School, Chiangmai University.
- Wallada Chanruangvanich. (2005). **The effect of A Self-Regulated Exercise Program on physical fitness, Satisfaction and The risk factors for stroke among clients with transient ischemic attack and minor stroke.** Doctoral dissertation, Department of nursing science, Graduate School, Mahidol University.

ภาคผนวก ค

สาระของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ตารางที่ 33 สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>1. กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา. (2550) ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน: การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง</p>	<p>โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง</p> <p>ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง 3) การบริหารกาย-จิตแบบชี่กงโดยให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกหายใจแบบช่องท้อง จนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จากนั้นสาธิตการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงทำนั้งจำนวน 4 ท่าแจกคู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง 4) การประเมินผล <p>ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้นนาน 3</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเครียด</p> <p>(d=0.64)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ส์ปดาห์</p> <p>สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอน คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนของสถาบันประสาทวิทยา และ</p> <p>วีดิทัศน์การฝึกซิงเกิ้ลของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง</p>	
<p>2. จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547) ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>ด้านสังคม: การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล</p>	<p>การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและให้ข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยย่อและมอบคู่มือการดูแลไว้อ่าน - การสอนเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ประเภท อาการ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาของโรคสอนและฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน</p> <p>การทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p>:ความสามารถในการทำกิจกรรม (d=2.50)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>เรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอนและฝึกทักษะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเรื่องการเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งกาย ซึ่งจะสอนและสาธิตย้อนกลับที่เตียงผู้ป่วย - สอนและฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับ การรับประทานอาหารการดูแลการขับถ่าย ปัสสาวะ และการติดตามประเมินผล 	
<p>3. จินตนา เกษมโชติพันธ์. (2546) ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความหวังในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล ด้านสังคม: การใช้กลุ่ม ระดับประคอง (การให้ คำปรึกษาแบบกลุ่ม)</p>	<p>กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การดำเนินการกลุ่ม โดยผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิก กลุ่มจะพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยใช้เวลาในการ ดำเนินการกลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อทำความรู้จัก สร้าง ความคุ้นเคย ความรู้สึกมีส่วนร่วม อบอุ่นและไว้วางใจ การทำความรู้จักซึ่งกันและกันโดยสมาชิกบอกเล่า ความเป็นมาเกี่ยวกับตนเอง ผู้วิจัยกล่าวสรุปและ</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน จิตใจ: ความหวัง (การ รับรู้ความสำคัญของตนเอง และมีความหวังที่เป็นจริง) (d=0.11)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ทบทวนสิ่งที่พูดคุยกัน</p> <p>ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 7 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสำรวจปัญหาที่ทำให้สมาชิกเกิดความไม่สบายใจ และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทั้งปัญหาความบกพร่องทางด้านร่างกายจากการเป็นอัมพาตครึ่งซีกหรือปัญหาอื่นๆ ที่มาปรึกษากับกลุ่ม</p> <p>ครั้งที่ 8 ชั้นยุคิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนสรุปประเมินผลจากการเข้ากลุ่มว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ รวมทั้งให้สมาชิกทบทวนสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในกลุ่ม สิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ให้กำลังใจเพื่อสมาชิกด้วยกัน</p>	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>4. จินนะรัตน์ ศรีภักธิญาญญ. (2540) ผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล ด้านสังคม: การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย</p>	<p>การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย การสอน เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านประกอบด้วยหัวข้อ โรคและสาเหตุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน - เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ความเครียดของผู้ดูแลในระหว่างการดูแลผู้ป่วย <p>การฝึกทักษะ เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วย - การดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน แบบองค์รวม: ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ประกอบด้วยสภาวะทางร่างกาย และสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม) (d=2.55)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>5. นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549) ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ: การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย</p>	<p>การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงของการรับผู้ป่วยไว้รักษา 2. ประเมินและบันทึกความต้องการการดูแลหลังการจำหน่าย และดำเนินการตามขั้นตอนตามแผนการจำหน่ายดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค - เริ่มผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มขยับตัว ประเมินความสามารถในการเคลื่อนที่ แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการใช้บริการ การส่งต่อผู้ป่วย 3. การติดตามหลังการจำหน่ายของผู้ป่วย 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังจำหน่าย 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย : ความสามารถในการทำกิจกรรม (d=4.17)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>6. เนตรลาวัณย์ เกิดหอม. (2548) ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล ด้านสังคม: การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว</p>	<p>โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการแนะนำตนเองและการสร้างความคุ้นเคย ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ 2. สอบถามผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้พูดคุยบรรยายความรู้สึกและทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติในครอบครัว และแสดงความรู้สึกต่อการปฏิบัตินั้น 3. เปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือประเด็นที่สนใจเกี่ยวกับบริบท และสัมพันธภาพของครอบครัว การเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว และสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค 4. เสนอข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (d=2.45), ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (d=2.27)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>7. บรรณทวารรณ หิรัญเคราะห์. (2549) ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน: การดูแลต่อเนื่งที่บ้าน (การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกการออกกำลังกาย)</p>	<p>โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน</p> <p>โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิต 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และมอบคู่มือการดูแล 3. การสอนให้ความรู้เรื่องปัญหาที่พบบ่อยและการดูแลการป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิด 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม: คุณภาพชีวิต (d=9.74)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>การสูญเสีย และการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง การฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง การเคลื่อนย้าย การฝึกการใช้รถเข็น</p> <p>4. ตรวจสอบความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์หรือส่งไปรษณีย์</p>	
<p>8. ประภัสสร สมศรี. (2549) ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล ด้านการรู้คิดและ พฤติกรรม: การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา</p>	<p>กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) เป็นแนวทาง โดยผู้วิจัยแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก มีขั้นตอน ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงหรือปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสภาพการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาไตร่ตรอง รับรู้ปัญหาและ</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน ความรู้และพฤติกรรม: พฤติกรรม การปรับตัว (ปรับตัวโดยรวม d=5.57, ด้านร่างกาย d=2.39, ด้านอัตมโนทัศน์ d=3.59, ด้านบทบาทหน้าที่ d=2.38 และการพึ่งพาระหว่างกัน d=0.28)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ความต้องการของตนเอง</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการจัดการกับปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเป็นการจัดให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เป็นการรักษาความรู้สึกมั่นใจ ในการควบคุมสถานการณ์</p> <p>ในแต่ละขั้นตอนผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้บอกเล่าระบายความรู้สึก ความคับข้องใจและความวิตกกังวล ได้รับความรู้ที่จำเป็น การเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการคิด เกิดการตระหนักรู้ ได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาตัดสินใจ แก้ปัญหาจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก</p>	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
9. ยูพาพร โอฬาริกพันธุ์. (2541) ผลของกลุ่มระดับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสตรีโรค	การปฏิบัติการพยาบาล ด้านสังคม: กลุ่ม ระดับประคอง	กลุ่มระดับประคอง แผนการดำเนินการกลุ่มระดับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเนื้อหาในการสนทนาเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันและแนวทางแก้ไขปัญหา การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม - ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีต่อกัน ไว้วางใจ - ระยะเวลาดำเนินการ ส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกและสนทนาถึงผลกระทบจากโรคทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน หาแนวทางแก้ไขปัญหที่เหมาะสมร่วมกัน หรือค้นหาสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว และคงไว้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้าน ความรู้และพฤติกรรม: พฤติกรรมปรับตัว (ปรับตัวโดยรวม $d=3.85$ ด้านร่างกาย $d=0.69$, ด้านอัตมโนทัศน์ $d=1.70$, ด้านบทบาทหน้าที่ $d=3.13$, และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน $d=3.44$)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ซึ่งการปรับตัวที่เหมาะสม</p> <p>- ระยะสิ้นสุดการเข้ากลุ่ม ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วย</p>	
<p>10. สุมล เกษรอนิวัฒน์นา. (2534) ผลของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสโตรค</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>ด้านร่างกาย: การพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว)</p>	<p>การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว</p> <p>การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพในเรื่องการจัดท่า การเคลื่อนไหวข้อ การทรงตัว การออกกำลังกายด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การพยาบาล 24 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขั้นเตรียมผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ป่วย 2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดย <ol style="list-style-type: none"> (1) ระยะเฉียบพลันภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการ 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม: คุณภาพชีวิต (ความพึงพอใจในชีวิต) (d=5.25)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>เกิดภาวะสโตรค โดยให้การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด</p> <p>(2) ระยะสงบของโรคในวันที่ 4-7 โดยการให้การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน</p> <p>(3) การพยาบาลในระยะพักฟื้นถึงระยะฟื้นฟูสภาพในวันที่ 15-21 ให้ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนบางส่วน</p> <p>(4) การให้การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพในวันที่ 15-21 วัน เป็นระบบการพยาบาลแบบประคับประคอง และให้ความรู้ รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยฝึกปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที</p>	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>11. สุธิดิตา รัตนสมหาร. (2542) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ: การพัฒนาการดูแลที่บ้าน</p>	<p>การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน โครงสร้างการจัดบริการ ประกอบด้วยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการประกอบด้วยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ทำหน้าที่ในการดูแลในสถานบริการ และให้คำปรึกษา พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นผู้จัดการเฉพาะราย โดยแบ่งเป็น 3 วงจร</p> <p>1. บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับโรค กระบวนการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ</p> <p>2. เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค บริการสุขภาพที่บ้าน คือ การพัฒนาทักษะและการปรับบทบาทความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย : ความสามารถในการทำกิจกรรม (d=3.80)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งเสริมการกลับสู่สังคม	
12. อารมณ์ บุญเกิด. (2540) ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ: การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	<p style="text-align: center;">การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินผู้ป่วยในเรื่องภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ปัญหา ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ประเมินผู้ดูแลในเรื่องการรับรู้ปัญหา ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม ในขณะที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต และทดสอบ แล้วนำมาบันทึกลงในแบบประเมิน 2. นำปัญหาที่ได้มาประเมินปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 3. ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ตามลำดับ 	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม: ความสามารถในการปฏิบัติตัว (ด้านทั่วไป, การรักษา, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ) (d=1.03, 0.72, 0.22)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>ก่อนหลัง</p> <p>4. ปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านตามวิธีที่เลือก เน้นการให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ โดยการสอน การสาธิต การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่โรงพยาบาลอนุญาต</p> <p>5. ให้ผู้ดูแลมีส่วนรับรู้อาการของผู้ป่วย การรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจได้อย่างเต็มที่</p> <p>6. แจกคู่มือให้อ่าน จนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ</p> <p>7. ร่วมกันประเมินว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่</p> <p>8. เยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์</p>	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>13. Bang-orn Tangvirojtham. (2002) The Effectiveness of A health education program on self-care among cerebrovascular patients at Bangkok Metropolitan administration Medication College and Vajira Hospital (ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล)</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน: การให้ความรู้ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม</p>	<p>โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษากำหนดไว้ 3 ครั้ง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 7-10 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>กิจกรรมประกอบด้วยการพัฒนาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึ่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง</p> <p>ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องโรคกับการดูแลตนเอง ร่วมกันค้นหาปัญหาเรื่องการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด</p> <p>ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้เดิม การซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการออกกำลังกาย การหาวิธีผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การคัดเลือกตัว</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม:</p> <p>ความรู้(d=5.83) , ความสามารถในการดูแลตนเอง(d=0.30,1.82,0.20)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ด้านความรู้สึ่มีคุณค่าในตนเอง(d=1.65), การรับรู้ความสามารถแห่งตน (d=2.06), ความหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (d=3.46)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>แบบที่ปฏิบัติตนเองได้ดี รวมทั้งการสาธิตการออกกำลังกายโดยผู้วิจัยและให้สมาชิกทดลองฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียด และแจกแผ่นพับเรื่องการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง</p>	
<p>14. Chantana Kamolsilp. (2002) Lifestyle modification on risk factor control of recurrent stroke patients attending Pramongkutklo Hospital services (การปรับลีลาชีวิตเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของผู้ป่วยโรค</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน : การวิเคราะห์ลีลาชีวิต ร่วมกับกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม</p>	<p>โปรแกรมการวิเคราะห์ลีลาชีวิตการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้วิจัย สัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ เจตคติ ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และทำการวิเคราะห์ลีลาชีวิตของผู้ป่วยโดยตัวอย่างเมนูชีวิต และเสนอแผนการปรับลีลาชีวิตก่อนและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 5 ให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพใช้เวลา</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม: การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย (ความรู้ d=1.85, เจตคติ d=2.03, ทักษะในการควบคุมโรค d=1.72, 1.46, 1.54)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>หลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า)</p>		<p>ในการดำเนินกิจกรรม 2 วัน “จัดแผนกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” ประกอบด้วย การสร้างเจตคติเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ชมวีดีโอสาเหตุการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แจกบันทึกเมนูชีวิตและค่าดัชนีมวลกาย ค่าปกติของความดันโลหิต</p> <p>หลังจากนั้นให้แรงสนับสนุนทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ติดต่อกันในสัปดาห์ที่ 7 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 26</p>	
<p>15. Chutarat Sathirapanya. (2001). The Effectiveness of empowerment of enhancing Quality of life among ischemic stroke Patients attending Songkhla Neuropsychiatric Hospital</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน: การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้กระบวนการกลุ่ม)</p>	<p>โปรแกรมของการสร้างพลัง</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้นตามกระบวนการสร้างพลังของกิบสัน เป็นเวลา 7 วัน โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างพลัง ประกอบด้วย การใช้กระบวนการกลุ่ม การได้ชมวีดีโอและสไลด์ เพื่อให้ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม: คุณภาพชีวิต</p> <p>(d=4.33, 3.92, 4.61,4.27)</p> <p>ประกอบด้วย</p> <p>ความสามารถในการควบคุมโรค (d= 0.93, 1.12, 2.11, 2.53)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
(ประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด โรงพยาบาลประสาทสงขลา)		<p>ผลกระทบของการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การจัดการการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูการแสดงและการฝึกทักษะ bio-feedback และการได้รับการฝึกทักษะในการผ่อนคลายความเครียด</p> <p>นอกจากนี้ญาติของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้นตามกระบวนการสร้างพลังของกิบสัน เป็นเวลา 7 วัน โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างพลัง ประกอบด้วย การใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยการได้ชมวีดีโอและสไลด์ เพื่อให้ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยการจัดการ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูการแสดงและการฝึกทักษะ bio-feedback และการได้รับการฝึกทักษะในการผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการสนับสนุนทางทักษะและความรู้ ที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยเพิ่มเติม</p>	<p>ความพึงพอใจในชีวิต (d=1.60, 2.29, 1.82, 1.66)</p> <p>การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (d=1.35, 2.75, 1.44, 1.44)</p> <p>กำลังกล้ามเนื้อ (d=0.09, 0.92, 0.80, 0.78)</p> <p>ความดันโลหิต (d=0.15, 1.25, 3.46, 3.18, 0.12, 0.50, 2.10, 4.00)</p> <p>ระดับไขมันในกระแสเลือด (d=0.04, 0.02, 0.50, 0.99, 0.22, 0.25, 0.59, 0.70, 0.14, 0.08, 0.63, 0.91)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
			ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเชื่อใจ ความสามารถแห่งตน (d=4.37,4.36,5.51,4.5) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (d=1.23,4.75,5.08,4.63)
16. Jeujajan Wattakiecharoen. (2006) A Proposed Self-efficacy program in Home-Based rehabilitation for post stroke patients (การนำเสนอโปรแกรมการเชื่อใจในความสามารถแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)	การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม: ความเชื่อใจในความสามารถแห่งตน (การให้ความรู้)	โปรแกรมความเชื่อใจในความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้ป่วยในการร่วมกันตัดสินใจในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านเกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย การควบคุมตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว รวมระยะเวลาในการทำกิจกรรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย: ความสามารถในการทำกิจกรรม (d=0.44, 0.59) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความเชื่อใจในความสามารถแห่งตน (d=1.15)

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของร่างกาย การฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายข้อต่อต่างๆ และการนวดแผนไทย เป็นเวลา 2-8 สัปดาห์ รวมทั้งข้อจำกัดในการออกกำลังกาย การบรรเทาอาการปวดข้อต่อจากการยึดติดของข้อต่อต่างๆ</p> <p>3. การติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยทางโทรศัพท์</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความหวัง (d=0.91)</p>
<p>17. Thipsuda Chamnansripetch. (2003) The effects of nursing intervention on safe swallowing among stroke patients with dysphagia utilizing A clinical nursing practice guideline. (ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่าง</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการสนับสนุนระบบสุขภาพ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบาก</p> <p>แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่</p> <p>ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อมก่อนการฝึกการกลืนของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Standardized Swallowing Assessment (SSA)</p> <p>ระยะที่ 2 การฝึกการกลืนและบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ใน</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย: ความสามารถในการกลืน (d=5.24)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก)		<p>การกลืนเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ก่อนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การฝึกการกลืน โดยฝึกการกลืนน้ำลาย การพูด การฝึกการก้มหน้าและหายใจออก เป็นเวลา 10 นาที โดยการทำกรฝึกวันละ 4 ครั้ง แต่ละมื้ออาหาร 2. การออกกำลังกล้ามเนื้อช่วยในการกลืน โดยการให้ผู้ผู้ป่วยห่อปาก ยิ้ม อ้าปากกว้าง แลบลิ้น โดยฝึกเป็นเวลา 5 นาที วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนรับประทานอาหาร <p>ระยะที่ 3 หลังการฝึกการกลืนและบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนแล้วอย่างน้อย 45 นาที ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตรงประมาณ 90 องศา การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดอาหารโดยเริ่มจากอาหารเหลวขึ้น การดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร</p>	

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>18. Tiwaporn Maneerattanasuporn. (2008) Effect of dietary counseling on eating behavior ischemic stroke patients. (ผลของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ)</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้คิดและพฤติกรรม: การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา</p>	<p>โปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ รูปแบบการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลก่อนกลับบ้านและในสัปดาห์ที่ 4 และ 10 หลังจากกลับบ้านที่คลินิกผู้ป่วยนอก โดยใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที เนื้อหาประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความสมดุลของการรับประทานอาหารกับน้ำหนัก 2. การรับประทานอาหารประเภทผัก อาหารที่มีกากใย ปลา การจำกัดอาหารประเภทไขมัน และเกลือ <p>นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับคู่มือทางโภชนาการและคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วยประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค การป้องกันการเกิดโรค และโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้แบบจำลองอาหารให้ผู้ป่วยได้ดูระหว่างการให้ความรู้และคำปรึกษา</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม: การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย (ความรู้ $d= 1.10$, เจตคติ $d=0.73$, ดัชนีมวลกาย $d=0.07$, ระดับไขมันกระแสเลือด $d= 0.47, 0.31, 0.32, 0.63$)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>19. Totsaporn Khampolsiri. (2006) A Home-based Nursing Intervention Program for Enhancing Quality of Life of Stroke Survivors (โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง)</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้าน การรู้คิด และพฤติกรรม: การปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน (การให้ ความรู้ และให้ คำปรึกษา)</p>	<p>โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหาของผู้ป่วย - การให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน - การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทสาเหตุ อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด การดูแลที่บ้าน ภาวะซึมเศร้าและอ่อนเพลีย - การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการความเครียด การควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการสิ่งแวดล้อม <p>มีการแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล</p>	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย : ความสามารถในการทำกิจกรรม (d=.04, 0.00)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความซึมเศร้า (d=0.02,0.00), การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว (d=0.00, 0.03)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม: คุณภาพชีวิต (d=0.09, 0.01, 0.23, 0.28, 0.39)</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>20. Wallada Chanruangvanich. (2005) The effect of A Self-regulated exercise program on physical fitness, satisfaction and the risk factors for stroke among clients with transient ischemic attack and minor stroke</p> <p>(ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเองต่อความแข็งแรง ความพึงพอใจและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และสมองขาดเลือดไม่รุนแรง)</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้าน การรู้คิด และพฤติกรรม: โปรแกรมการกำกับตนเอง</p> <p>(การให้ความรู้และการสอน)</p>	<p>โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเอง</p> <p>โปรแกรมการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 4-7 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชนิดชั่วคราวและสมองขาดเลือดไม่รุนแรง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคการรักษา แนวทางการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักและอาหาร การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย</p> <p>การออกกำลังกายโดยการให้ความรู้และการแสดงวิธีการออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเอง เครื่องมือประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิดีโอเรื่องออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเอง - คู่มือการออกกำลังกายและโปสเตอร์การออกกำลังกาย - แบบบันทึกการออกกำลังกายประจำวัน 	<p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p>: สมรรถภาพทางกาย (d=0.70, 0.73, 0.26, 0.38)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ: ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย (d=0.47, 1.04)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม: การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย (ระดับไขมันในกระแสเลือด d=0.38, 0.00, 0.24, 0.19 การแข็งตัวของเกร็ดเลือด d=0.35, 0.68 ระดับความดันโลหิต</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<p>21. Waroonnapa Srisoparb. (2007) Home-based physical therapy program with family-centered approach for chronic stroke patients. (กายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง)</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย: การออกกำลังกาย</p>	<p>โปรแกรมกายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนได้รับโปรแกรมผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความเร็วในการเดิน สภาวะทางกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังและประเมินทุกๆ 4 สัปดาห์ - โปรแกรมประกอบด้วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายการรักษา และออกแบบโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย การฝึกการเคลื่อนไหวตนเองบนเตียง การฝึกลุกนั่ง การฝึกลุกยืน การฝึกเดิน การฝึกขึ้น-ลงบันได การฝึกการทรงตัว การฝึกการใช้งานของแขนและมือ การออกกำลังกาย และการจัดทำทางใช้เวลาในการเยี่ยมครั้งละประมาณ 30-60 นาที โดยในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ทำการเยี่ยม 5 วันต่อ 	<p>d=0.23, 0.14, 0.42, 0.11)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย: สมรรถภาพทางกาย (d=0.18,0.18,0.13, 0.47,0.16,0.32,0.29, 0.53)</p> <p>ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม: ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม) (d=0.13, 0.13, 0.22, 0.18, 0.61, 0.22, 0.16, 0.01, 0.30, 0.26, 0.32,</p>

รายงานวิจัย	ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
		<p>สัปดาห์ จากนั้นลดลงเป็น 3 วันต่อสัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 3 และ 1 วันต่อสัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 4</p> <p>- เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความเร็วในการเดิน สภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม</p>	0.18)

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|--|
| 1. รศ.พญ. นิจุศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา) | อาจารย์สาขาประสาทวิทยา ภาควิชา
อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 2. นางสาวสุภาพันรัตน์ คำหอม | หัวหน้าหอผู้ป่วยประสาทวิทยา ตึก
ธนาคารกรุงเทพ ชั้น3 โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ |
| 3. ผศ.ดร.ชมพูนุช ไสภอาจารย์ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. นางสาว สมพร รูปช้าง | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์ อุบลราชธานี |

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/0096

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชญญา ถนอมลิขิต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ อาจารย์สาขาประสาทวิทยา

ภาควิชาอายุรศาสตร์

2. นางสาวสุภาพันรัตน์ คำหอม

หัวหน้าหอผู้ป่วยประสาทวิทยา

ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ และนางสาวสุภาพันรัตน์ คำหอมงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813ชื่อนิสิต นางสาวชญญา ถนอมลิขิต โทร. 08-9766-6335

งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ฯ โทร. 89325 โทรสาร0-2218-9806

512.11/0096

วันที่ 19 มกราคม 2552

ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภอาจารย์

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

เนื่องด้วย นางสาวชญญา ถนอมลิขิต นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณะบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวชญญา ถนอมลิขิต โทร. 08-9766-6335

งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ โทร. 89325 โทรสาร 0-2218-9806

512.11/0096

วันที่ 19 มกราคม 2552

ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

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

เนื่องด้วย นางสาวชญญา ถนอมลิขิต นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณะบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวชญญา ถนอมลิขิต โทร. 08-9766-6335

ที่ ศธ 0512.11/0096

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชญญา ถนอมลิขิต นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสมพร รูปช้าง พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณะบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวสมพร รูปช้าง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวชญญา ถนอมลิขิต โทร. 08-9766-6335

ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

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

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

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

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

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

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

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

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

4. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

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

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

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลัง และเสนอเฉพาะค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น(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
	SE	=	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

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

6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

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

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

$$MS_B = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม}$$

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

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

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

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

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

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

$$r = \sqrt{n-2 / n} [2r / \sqrt{1-r^2}]$$

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

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

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

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

$$S_Y = \text{ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

$$SS_B = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม}$$

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

$$SS_W = \text{ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม}$$

$$df_B = \text{ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม}$$

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

$$df_W = \text{ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม}$$

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม (Covariance adjusted score)

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

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

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

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชญญา ถนอมลิขิต เกิดวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดปทุมธานี สำเร็จ การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2543 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยอุบัติเหตุ - อุบัติเหตุ ตึกมงกุฎเพชรรัตน์ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย