

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง : การวิเคราะห์อภิमान



พันตำรวจตรี หญิง จรรย์รัตน์ นวมะชิตี

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6316-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF NURSING INTERVENTIONS ON PSYCHOSOCIAL OUTCOMES
OF CANCER PATIENTS : A META-ANALYSIS

Pol.Maj. Jarerat Navamachiti



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6316-6

จรีรัตน์ นวมะชิตติ, พ.ต.ต.หญิง : ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม
 ของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์หือภิมาน (EFFECT OF NURSING INTERVENTIONS ON
 PSYCHOSOCIAL OUTCOMES OF CANCER PATIENTS: A META - ANALYSIS) อ. ที่ปรึกษา:
 ผศ. ดร. ชนกวร จิตปัญญา, 183 หน้า. ISBN 974-17-6316-6

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ
 การพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลประเภทต่างๆได้แก่ การให้ข้อ
 มูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อผล
 ลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งและศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล
 ของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงาน
 การวิจัยในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2527-2547 จำนวน 42 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น
 แบบสรุปลักษณะและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรง
 คุณวุฒิ หาความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ได้
 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ .90 และ .88 ตามลำดับ นำไปวิเคราะห์ตามวิธีของ
 Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 76 ค่า ผลการสังเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (88.09%) จากมหาวิทยาลัย
 มหิดล (47.61%) ในสาขาพยาบาลศาสตร์ (66.67%) มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 1-30 คน (54.76%)
 เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความ
 เที่ยง (86.95%) คุณภาพโดยรวมของงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (52.38%) การปฏิบัติการพยาบาลที่
 นำมาใช้ศึกษามากที่สุดคือ การใช้กระบวนการกลุ่ม (23.81%) และผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่ศึกษาส่วนใหญ่คือ
 ความวิตกกังวล (25.49%)

2. การปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้คำปรึกษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดย
 รวมสูงที่สุด ($d=3.661$) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม
 โดยรวมต่ำที่สุด ($d=0.683$)

3. การให้ข้อมูลให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงที่สุด ($d=1.936$) การ
 สอนให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความเข้มแข็งสูงที่สุด ($d= 2.918$) การให้คำปรึกษาให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อ
 ผลลัพธ์ด้านความหวังสูงที่สุด ($d=11.91$) การใช้กระบวนการกลุ่มให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความหวัง
 สูงที่สุด ($d=10.44$) การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความรู้สึก
 ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด ($d=4.675$) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อ
 ผลลัพธ์ด้านความผาสุกทางใจสูงที่สุด ($d=1.156$)

4. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มี
 ต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง และสามารถพยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลเกี่ยวกับ
 การปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 15.2

สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2547	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4577562736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS : META ANALYSIS / CANCER PATIENT / NURSING INTERVENTION / PSYCHOSOCIAL

JARERAT NAVAMACHITI, Pol.Maj. : EFFECT OF NURSING INTERVENTIONS ON PSYCHOSOCIAL OUTCOMES OF CANCER PATIENTS : A META-ANALYSIS. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 183 pp. ISBN 974-17-6316-6.

The purpose of this meta analysis were to study 1) Methodological and substantive characteristics of nursing interventions on psychosocial outcomes of cancer patients; 2) the effect of nursing interventions such as information support, teaching, counselling, group therapy, and educative-supportive system on psychosocial outcomes of cancer patients; and 3) the influence of methodological and substantive characteristics on the effect size. The 42 true and quasi-experimental studies in Thailand during 1984-2004 were recruited. Studies were analyzed for methodological, and substantive characteristics. Effect sizes were calculated for each study using the method of Glass, McGaw, and Smith (1981). This meta analysis yielded 76 effect sizes.

Results were as follows:

1. The majority of the studies were master's thesis (88.09%); from Mahidol University (47.61%); from faculty of nursing (66.67%). Most of the study reported conceptual framework (64.28%); tested hypothesis by t-test (30%); had sample size during 1-30 persons (54.76%); and owned good quality (52.38%). Most of the instruments were tested for reliability and validity (86.98%). Group therapy was mostly used (23.81%); and anxiety was mostly studied (25.49%).

2. Counselling had the most effect ($d=3.661$), while the educative-supportive system had the least effect on psychosocial outcomes ($d=0.683$).

3. Information support had the most effect on self-concept adaptation ($d=1.936$), teaching had the most effect on depression ($d= 2.918$), counselling had the most effect on hope ($d=11.91$), group therapy had the most effect on hope ($d=10.44$), information and emotional support had the most effect on uncertainty ($d=4.675$), and educative-supportive system had the most effect on well-being ($d=1.156$).

4. Sample size was the variable that significantly predicted psychosocial effect size at the level of .05. The predictive power was 15.2 % of the variance.

Field of study Nursing Science Student's signature

Academic year 2004 Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบุพการีทั้งสองท่าน และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคม.....	42
แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	63
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
ผลการวิจัย.....	108
การอภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	124
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	124
รายการอ้างอิง.....	126
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	140
ภาคผนวก ข สารระของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	147
ภาคผนวก ค ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย (เรียงตามปีที่พิมพ์).....	153
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	155
ภาคผนวก จ ค่าขนาดอิทธิพล จำแนกตามชนิดของปฏิบัติการพยาบาล.....	160
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	170
ภาคผนวก ช ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	172
ภาคผนวก ซ ตัวอย่างจดหมายเชิญเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวอย่างจดหมาย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	178
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	183

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย และปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย.....	74
2	จำนวนและร้อยละของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบแผนการวิจัย กรอบแนวคิด สมมติฐาน แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	76
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	78
4	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้าน ระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัย	79
5	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้าน เนื้อหาสาระ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยมะเร็ง	79
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับประเภทของปฏิบัติการพยาบาล	81
7	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้าน เนื้อหาสาระ เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของการปฏิบัติการพยาบาล.....	81
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล	82
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ ด้านจิตสังคม.....	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาต่อครั้ง ความถี่และระยะเวลาทั้งหมดของ การปฏิบัติการพยาบาล.....	86
11	เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ ด้านจิตสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามการประเภทของปฏิบัติการ พยาบาล	90
12	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เกิดจากปฏิบัติการพยาบาล แต่ละประเภท	91
13	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของ ผู้ป่วยมะเร็ง.....	97
14	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการสอนที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย มะเร็ง	98
15	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษาที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ของผู้ป่วยมะเร็ง	99
16	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการใช้กระบวนการกลุ่ม ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้าน จิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง	100
17	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง.....	101
18	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ส่งผล ต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง	102
19	เมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล....	104
20	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ ค่าขนาดอิทธิพล	105
21	สาระของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	148

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	แสดงความถี่ ร้อยละ คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ งานวิจัยจำนวน	154
23	แสดงค่าขนาดอิทธิพลจำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล.....	161



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก เป็นโรคร้ายแรง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆของหลายประเทศ สำหรับสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมาและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2544 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน คือ 48.7 58.6 63.9 และ 68.4 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2546)

มะเร็งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจาก “มะเร็ง” ตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปถือว่าเป็นโรคร้ายแรงเพราะไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคหรือการแพร่กระจายของโรคได้ ไม่สามารถคาดหวังกับการรักษาที่แน่นอน และมีโอกาสเกิดโรคซ้ำ (Hampton and Frombach, 2000) มักพบกับความเจ็บปวด อาจต้องสูญเสียอวัยวะ ต้องพบกับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา (Holland, 1993) ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี ฮอโมนบำบัด และการปลูกถ่ายไขกระดูก (Smeltzer and Bare, 1992) หรืออาจจะใช้หลายวิธีร่วมกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งของผู้ป่วยแต่ละราย (จิตติพร อิงคดาวรณศ์, 2541; สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell et al., 1998) นอกจากนี้การรักษามะเร็งยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งนั้นค่อนข้างสูง และต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Bedell, 2000) อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ ขาดรายได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะด้านจิตสังคมของผู้ป่วยตามมาได้ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2523) เนื่องจากโครงสร้างร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยส่วนสำคัญได้แก่ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Biopsychosocial Component of Man)

ซึ่งแยกจากกันไม่ได้ และมีการทำงานผสมผสานสัมพันธ์ไปด้วยกัน ถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับการกระทบกระเทือนหรือเสียภาวะสมดุล ส่วนที่เหลือย่อมจะมีผลกระทบหรือเสียภาวะสมดุลไปด้วย

ผู้ป่วยมะเร็งจะมีผลลัพธ์ด้านจิตสังคมหลายภาวะด้วยกัน แต่ไม่จำเป็นต้องมีทุกภาวะ และแม้แต่ในแต่ละตำแหน่งและระยะของโรคเดียวกัน ก็มีได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีผลลัพธ์ด้านจิตสังคมแบบเดียวกันเสมอไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความมั่นคงทางจิตใจที่ได้รับการเลี้ยงดูมาตั้งแต่เยาว์วัยรวมกับการเรียนรู้และความสามารถในการปรับตัว ความสามารถในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัว เป็นการตอบสนองด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่พบมากที่สุด (ยูพิน เพียร์มวงค, 2543) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเริ่มตั้งแต่การรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) ความวิตกกังวลยังเกิดต่อเนื่องมาถึงระยะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาว่ามะเร็งที่ตนเป็นอยู่นั้นจะรักษาได้ผลหรือไม่และจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำอีกหรือไม่ (Schag et al. Cited in Ferrell et al., 1998) ความกังวลจากผลกระทบของการรักษาเช่น ผอมว่อง คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อหูในช่องปากอักเสบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบความกลัวในเรื่องต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งอีก เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชีวิตได้อีก กลัวการหย่าร้าง (จินดา อุไรรัตน์, 2541) ซึ่ง Ehlike (1987) ได้สรุปความกลัวในผู้ป่วยมะเร็งไว้ 3 อย่าง คือ 1) กลัวตาย 2) กลัวในสิ่งไม่รู้ 3) กลัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง

นอกจากความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวแล้ว ความเครียดนับว่าเป็นผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิต เช่นแบบแผนการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การพักผ่อน และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง (Wyatt, Kurtz and Liken, 1993) เครียดจากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด (Johson, 1994) เครียดจากอาการแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมว่องจากการได้รับยาเคมีพิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีมีสีคล้ำมากขึ้น อีกทั้งยังเครียดด้านเศรษฐกิจเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งนั้นค่อนข้างสูงและต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Bedell, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งยังมีความเครียดจากการที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่บ้านและที่ทำงานได้ตามปกติ งานหยุดชะงัก ขาดรายได้ (ศิริอร สิ้นธุ, 2542; สุวรรณศิริเลิศตระกูล และวรชัย รัตนธรร, 2541)

ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากความเชื่อที่ว่ามะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีความล้มเหลวจากการรักษา และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรับการรักษา อีกทั้งลักษณะของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันว่าจะได้ผลเต็มที่ แม้การรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่โรคจะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Holland et al., 1973 cited in Somchit Hanucharunkul, 1988; Christman, 1990) ยิ่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลามแล้ว ผลการรักษายิ่งมีความไม่แน่นอนมากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยมักไม่มีความรู้เพียงพอ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการรักษา ทำให้ไม่สามารถ เข้าใจสถานการณ์ได้ ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการรักษาได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งChristman (1990) ได้จำแนกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้านคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ 4) การที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา

ภาวะซึมเศร้า เป็นสภาพของอารมณ์ ความรู้สึกที่ผิดปกติไป เป็นภาวะที่ทำให้ขาดความสุข (Otong, 1995 อ้างถึงใน พจณี รอดจินดา, 2541) มักจะเกิดขึ้นร่วมกันกับความวิตกกังวลและความกลัว (Montgomery, 1990, พรรณนิภา ธรรมวิรัช, 2541) ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าจากความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนเศร้าเสียใจที่ตนเองเป็นโรคที่คุกคามชีวิต สูญเสียสถานภาพภายในครอบครัว รวมทั้งเป้าหมายของชีวิต และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ภาวะซึมเศร้ามักเกิดจาก บุคคลรอบข้างมีแนวโน้มออกห่างจากผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหนักขึ้น (ยุพิน เพ็ยมงคล, 2543)

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จากการรักษามะเร็งด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การผ่าตัด ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนไป เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ไม่สวยงามเหมือนเช่นที่เคยเป็น การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและส่วนของร่างกาย ตลอดจนการสูญเสียอวัยวะ มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว ผิวหนังอักเสบ ผมหงอก สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าภาพลักษณ์ของตนเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (ยุพิน เพ็ยมงคล, 2543) นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนไป ความห่างเหินและท่าทีรังเกียจของผู้ใกล้ชิด ซึ่งได้แก่บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ของตนเองในทางลบได้ด้วยเช่นกัน (Luckmann and Sorensen, 1980)

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ เนื่องจากโรคมะเร็งมีการรักษาอยู่เป็นระยะเวลาเวลานาน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความสามารถในการทำงานของอวัยวะ รวมทั้งความไม่สามารถพึ่งตนเองได้โดยอิสระ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้

รับการรักษาโดยรังสีได้รับการขีดบริเวณที่ฉายแสง ผิวหนังที่มีสีดำนาคั่ว ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด ที่มีผมร่วงทั้งศีรษะ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องตัดแขน ขา เต้านม ผู้ป่วยมะเร็งที่ปาก และคอที่ต้องเจาะคอ หรือที่ต้องเอาหนังบริเวณศีรษะมาแปะบนแก้ม ทำให้อัตมโนทัศน์ผันแปรไปจากปกติ รู้สึกตัวเองไม่สวยงาม ไร้คุณค่า ไม่พอใจในตนเอง เกิดความอับอาย ไม่อยากพบใคร รู้สึกตัวเองผิดปกติกไปจากคนอื่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำกิจกรรมกับใคร หรือไม่ยอมออกไปสู่สังคมภายนอก (พีไลรัตน์ ทองอุไร, 2541)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคมะเร็งมักจะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ร่างกายอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Northous, 1989) ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชีวิตได้อีก บทบาทของการเป็นภรรยาหรือสามีเปลี่ยนไป ไม่สามารถดำเนินบทบาทการเป็นมารดาได้ หลังจากการผ่าตัดเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Feather and Wainstock (1989) ซึ่งศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมจำนวน 979 คน พบว่าระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ และ Carpenter and Brockopp (1994) ศึกษากลุ่มสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม 30 คน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลงตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Williams, Wood, and Cunningham-Warburton (1999) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาผมร่วงจากการได้รับเคมีบำบัด พบว่าผมร่วงจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พฤติกรรมเผชิญความเครียด เนื่องจากมะเร็งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับภาวะเครียด เพื่อปรับรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตสังคม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญความเครียด ผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนประเมิน ตัดสินสถานการณ์ตามปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันออกไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537; วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, 2541; Lazarus and Folkman, 1984) จากการศึกษาของ Ali and Khalil (1991) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมในประเทศอียิปต์ พบว่าวิธีเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยที่สุดคือการขอพรจากพระเจ้าและใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รองลงมาคือ การปรึกษาแพทย์ การหาข้อมูลจากแหล่งช่วยเหลือและเบี่ยงเบนความสนใจ และจาง เมเยเฟน (2540) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่ารูปแบบการเผชิญความเครียดได้แก่ การคิดและมองในแง่ดีตามด้วยการเผชิญหน้ากับปัญหา และการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคล

ความหวัง การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความหวังในชีวิต (สุนทรี วัฒนเบญจโสภณา, 2543) เมื่อเข้ารับการรักษาผู้ป่วยต้องพบกับผลข้างเคียงจากการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง (Wong, and Bramwell, 1992) ผู้ป่วยมะเร็งมักไม่มีความหวังและขาดขวัญกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะโรคมะเร็ง (Buchler, 1975 อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536) เช่นการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกตและ รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ (2538) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านความหวังว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างคนที่มีสุขภาพดีอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และ Stephenson (1991) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากมีความเชื่อมั่นว่าการรักษาด้วยรังสีเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับการรักษาโรค หรือใช้รักษามะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจและหมดหวังในชีวิต

ขวัญและกำลังใจ ผู้ป่วยมะเร็งมักอยู่ในสภาพของความท้อแท้ หมดหวังและมีผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่มีขวัญและกำลังใจที่จะพัฒนาและปรับตัว ตลอดจนปรับบทบาทต่างๆให้เหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตอยู่กับการเป็นมะเร็งและกระบวนการรักษาได้อย่างมีคุณภาพ (Gass et al., 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldberg and Fitzpatrick (1980) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพที่เลวลงเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับขวัญและกำลังใจที่ลดต่ำลง

ความทุกข์ทรมาน จากลักษณะของโรคมะเร็งที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานขึ้น (Oberst and Scott, 1988) กรณีที่ผู้ป่วยรายใดได้รับรู้ว่าตนเป็นมะเร็งและต้องรับการบำบัดด้วยรังสีผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานใจมาก เช่นทุกข์ทรมานจากการมีความเชื่อในคำเล่าลือเกี่ยวกับรังสีรักษาในทางลบ เช่นรังสีรักษามากใช้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการใกล้ตาย (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2543) นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการสูญเสียอวัยวะของร่างกายจะมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เนื่องจากทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายอย่างถาวร เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนของชีวิตและบทบาทของตนเองในสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Black and Matassarini-Jacobs, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinberg, Juliano and Wise (1985) ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนในชีวิตและบทบาทของตนเองในสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดเกิดความทุกข์ทรมานขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าการทำผ่าตัดทำให้ต้องขาดงาน ไม่สามารถปฏิบัติงานบ้านได้อย่างเต็มที่ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดน้อยลงเนื่องจากอาการอ่อนเพลีย และยังมีการศึกษาพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมแล้วมีการกลับเป็นซ้ำของโรคจะเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจสูง (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และ วรชัย รัตนธรราร, 2541)

นอกจากนี้ความผาสุกทางใจ ผู้ป่วยมะเร็งจะมีความผาสุกทางใจลดลงจากระยะเวลาในการรักษายาวนาน และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ขึ้นเรื่อยตามการดำเนินของโรค นอกจากนี้กระบวนการรักษามะเร็งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงความเลวร้ายหรือความรุนแรงของความเจ็บป่วย แม้ว่าภาวะเจ็บป่วยอาจไม่ได้กำเริบหรือยังไม่ใช่ระยะสุดท้าย (O'Brien, 1999) ทำให้มีการแสดงออกถึงความว้าวุ่น สับสน กลัว เบื่อหน่ายในชีวิต หดงอ ก่ำใจ ทำให้มีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีความหมาย ความหวังในชีวิตลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ มีผลทำให้ความผาสุกทางใจลดลงได้ (Christman, 1990)

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นศาสตร์และศิลป์ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การประคับประคองและการฟื้นฟู ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องวางแผน และปฏิบัติเพื่อช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วย (Murry and Atkinson, 1994) และช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย (Gordon, 1994)

ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกายจากโรคมะเร็ง หรือเป็นกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถปรับตัวสนองตอบต่อภาวะความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง ให้มีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ สามารถดำรงตนในสังคมได้นั้น มีหลักในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงคือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทของตน โดยมีความสัมพันธ์ภาพในลักษณะที่สร้างสรรค์ (Newbeck, 1986) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลจิตด้านสังคมเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยใช้พื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมวิทยา วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล และให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยจากสังคมสิ่งแวดล้อม (Gorman, Sultan, and Luna-Raines, 1989)

ในการแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า Nichols (1984) ได้แบ่งประเภทในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมไว้ 4 คือ 1) การดูแลด้านอารมณ์ เป็นการสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยโดยให้ความไว้วางใจ การใช้การสัมผัสเพื่อการรักษา รวมถึงให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เชื้ออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง 2) การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจในการรักษา

และปฏิบัติ อันจะแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยจะพึงมีต่อตนเอง และต่อการรักษาสุขภาพของตนเองเป็นการบอกเล่าสิ่งต่างๆแก่ผู้ป่วย 3) การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ช่วยตนเองได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ ซึ่งมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาข้อขัดแย้งในตนเองและนำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง 4) การเฝ้าระวังสภาวะจิตใจ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือในการเฝ้าระวังหรือควบคุมระดับของสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ถูกรบกวน รวมถึงการเฝ้าคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงและประเมินสภาวะด้านจิตใจ จนกระทั่งการส่งต่อผู้ป่วยให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพและเครือข่าย

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติการพยาบาลของ Nichols จึงได้ประยุกต์การแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล ได้ 5 ประเภท ได้แก่

การให้ข้อมูล (วิลโล ตั่งปนิธานตี, 2535; อุบล จัวงพานิช, 2536; เกา รุ่ง, 2542; ชุน หง, 2543; สุภาณี คลังฤทธิ์; 2544)

การสอน (นิภา อัสวเพิ่มพูลผล, 2527; จิราวรรณ ทองสุชาติ, 2535; สุนิสา วัฒนกิตติศักดิ์, 2535; อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2531; สุชาดา วิรัชชวาที, 2539; อุลัย เกษกัน, 2541; วชิรี กิตติมศักดิ์, 2543)

การให้คำปรึกษา (นัยนา รัตนมาศทิพย์, 2531; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536; จุรีพันธ์ เปรมปรีดี, 2540; พจณี รอดจินดา, 2541; สุนันทา ตั่งปนิธานตี; 2544; ทิพย์วิมล ตั้งชูทวิทรัพย์; 2546)

การใช้กระบวนการกลุ่ม เช่น การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2535; สายใจ พัวพันธ์, 2529; สายปัญญา คงพันธ์, 2535; สุทธิณี พักวิสัย, 2545) กลุ่มจิตบำบัด (พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์, 2539; สุนทรี วัฒนเบญจโสภา, 2543)

การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 1 วิธีตามแนวความคิดของ Nichols ได้แก่

การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2527; ศรีนวล ไอสถเถียร, 2527; ธนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538; พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์, 2543; สดใส เกตไฉน, 2543)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539; ทิพาพร วงษ์กุล, 2533; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2533; ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน, 2534; อรทัย สนใจยุทธ, 2539)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เผยแพร่ทั้งหมดในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ พ.ศ. 2527-2547 พบว่า มีงานวิจัยที่เป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต ซึ่งผลของการวิจัยมีทั้งสอดคล้องและขัดแย้งกันดังเช่น การศึกษาของพรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์ (2543) พบว่าการสนับสนุนข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับวิธีคิดเชิงบวกสามารถเพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสดใส เกตไฉน (2543) ที่พบว่าการสนับสนุนข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับวิธีคิดเชิงบวกไม่สามารถเพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

เมื่อพิจารณาในด้านของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาปฏิบัติการพยาบาลประเภทเดียวกันแต่สามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมได้หลายด้าน เช่น การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ (สายใจ พัวพันธ์, 2529) การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวล (สายปัญญา คงพันธ์, 2535) การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อเพิ่มความหวัง (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2541) และการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จารุวรรณ รัตมีเหลืองอ่อน, 2535; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2541; สุทธิณี พัควิสัย, 2545) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งทุกด้านดังที่กล่าวมา แต่พยาบาลยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมได้ในผู้ป่วยมะเร็งได้มีประสิทธิภาพที่สุด

ทั้งนี้ยังพบอีกว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลหลายประเภทที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ เช่น การให้ข้อมูล (อุบล จ้วงพานิช, 2536; ชุน หง, 2543) การสอน (จิราวรรณ ทองสุโชติ, 2535; วชิรี กิตติมศักดิ์, 2543) การให้คำปรึกษา (จรัพันธ์ เปรมปรีดี, 2540; พจณี รอดจินดา, 2541; วิไล ตั้งปนิธานดี, 2535) การใช้กระบวนการกลุ่ม (สายใจ พัวพันธ์, 2529; สายปัญญา คงพันธ์, 2535; สุทธิณี พัควิสัย, 2545) การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์, 2543; สดใส เกตไฉน, 2543) แต่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปจากผลการวิจัยได้ว่าปฏิบัติการพยาบาลใดบ้างที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง

เมื่อพิจารณาในด้านของคุณลักษณะของงานวิจัยเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยซึ่งการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice) นั้นยังไม่สามารถทำได้เต็มที่เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวมีแบบแผนงานวิจัยที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างการเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่แตกต่างกัน การตั้ง

สมมติฐาน การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน เช่นตำแหน่งของมะเร็ง ระยะการดำเนินของโรค การรักษาที่ได้รับ ทำให้พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าผลการวิจัยจะสามารถประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยในงานวิจัยได้หรือไม่ อีกทั้งโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลชนิดเดียวกันในแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันของการดำเนินโปรแกรม เช่นโปรแกรมของ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) มีระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมแตกต่างกัน จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มของโปรแกรมในแต่ละงานวิจัยมีจำนวนไม่เท่ากัน รวมถึงระยะเวลาและจำนวนครั้งของการวัดผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ความแตกต่างกันของตัวผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จึงทำให้พยาบาลที่จะใช้โปรแกรมการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดความสับสนในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

จากปัญหาดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งโดยการใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณซึ่งเป็นวิธีการศึกษาโดยการรวบรวมข้อเท็จจริงจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาวิจัยไว้แล้ว มาวิเคราะห์โดยการสร้างดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วจึงนำไปสังเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติอย่างเป็นระบบ (กรองไค อุณหสุตร, 2539; O'Flynn, 1982) ซึ่งค่าดัชนีมาตรฐานสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองคือ ค่าขนาดอิทธิพล(effect size) จะเป็นค่าที่สรุปให้ทราบว่าปฏิบัติการพยาบาลใดที่มีประสิทธิผลที่สุดในการตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งยังเป็น การเพิ่มความสามารถในการใช้หลักฐานอ้างอิง (evidence based practice) เพื่อปรับปรุงการบริการพยาบาล เป็นทักษะที่สำคัญมากสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานอ้างอิงนั้นเป็นการบูรณาการผลการวิจัย ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเหตุผลทางพยาธิสรีรภาพ ความสามารถ ประสบการณ์ของพยาบาล และความพอใจของผู้ป่วย เป็นแนวทางในการตัดสินใจและให้การปฏิบัติการพยาบาล (Jennings and Loan, 2001) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ความพร้อมของบุคลากร และความสะดวกในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้นพยาบาลจะต้องสามารถตอบผู้ป่วย ญาติหรือครอบครัว ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพได้ถึงประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นการใช้ความรู้และสร้างความรู้จากการปฏิบัติ

ผลจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งทำให้ได้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยได้ในภาพรวมว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลประเภทใดบ้างที่สามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง และมีการปฏิบัติการพยาบาลประเภทใดที่มีการ

ศึกษามากที่สุด มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชนิดใดบ้าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะใด ได้รับการรักษาอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์ด้านจิตสังคมประเภทใดที่มีการศึกษามากที่สุด และผลลัพธ์ด้านจิตสังคมประเภทใดที่ยังไม่มีการศึกษานอกจากนี้ยังได้องค์ความรู้ใหม่และข้อสรุปในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้านจิตสังคม ว่าปฏิบัติการพยาบาลใดบ้างที่มีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมมากที่สุด และคุณลักษณะงานวิจัยใดที่ผลต่อค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งข้อสรุปที่ได้เหล่านี้สามารถบ่งชี้ถึงทิศทางและแนวโน้มของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย รวมทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-base practice) ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปในอนาคตและเป็นการตอบสนองต่อนโยบายทางด้านการศึกษาวิจัยของที่ประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ (CRNN) ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งจะเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์หรือภิมานงานวิจัยทางการพยาบาล เพื่อเชื่อมโยงความรู้จากการวิจัยในอดีตกับงานวิจัยที่จะศึกษาใหม่เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545)

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติการพยาบาลมีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งหรือไม่ อย่างไร
3. คุณลักษณะของงานวิจัยมีผลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ คือ งานวิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยกึ่งทดลองที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่จัดกระทำต่อผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 – 2547 ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย

ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบต่างๆ ที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง มีหน่วยการสังเคราะห์เป็นงานวิจัยแต่ละเรื่อง ด้วยวิธีการทางสถิติจากค่าสถิติที่ปรากฏอยู่ในงานวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุป และการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตามวิธีการของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่

ด้านข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล กรอบแนวคิด ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา สมมติฐานของงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง การออกแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลประเภทต่างๆ ที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง(ระยะเวลาที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่ให้การปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ใน

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังการให้การปฏิบัติการพยาบาล) ตำแหน่ง ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ให้การปฏิบัติการพยาบาล และผลของการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์หือมิงานงานวิจัยที่ทดลองเป็นค่าที่แสดงผลของการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่วัดได้ในงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ตามแนวทางของ Glass, McGaw , and Smith (1981)

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) หมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถกระทำได้โดยอิสระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งและการกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ซึ่งจำแนกประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์แนวคิดของ Nichols (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ จึงแบ่งประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 6 ประเภท ได้แก่ การให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าหนึ่งวิธี ได้แก่ การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม (Psychosocial outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลในการตอบสนองต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งตามแนวคิดของ Longo and Williams (1986) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบหลังจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง แสดงออกในรูปของอารมณ์ ความรู้สึก หรือแสดงออกในรูปของพฤติกรรมรวมถึงการมีผลกระทบต่อสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งลักษณะพฤติกรรมหรืออารมณ์อาจแสดงออกในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง ความเครียด การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ความทุกข์ทรมาน ความผาสุกทางใจ พฤติกรรมเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ความกลัวความวิตกกังวล ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ความผิดปกติของภาวะอารมณ์ ความเข้มแข็งในการมองโลก ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ข้อค้นพบที่เป็นองค์ความรู้และภาพรวมในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับวิธีปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง โดยบุคลากรในที่มสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและบทบาทการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้ฐานข้อมูลจากผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิง หรือใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้านอื่นๆ และเป็นแนวทางในการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณทางการพยาบาล ช่วยให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจนหรือส่วนที่ขาดหายไปในแต่ละมุมต่างๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปให้ชัดเจนขึ้น ช่วยสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีวิชาการและศาสตร์ทางการพยาบาลในอนาคต

3. ด้านเศรษฐกิจ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยที่ซ้ำซ้อน เป็นแนวทางในการรักษาที่ไม่ใช้ยาและใช้บำบัดในกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาได้ สามารถลดปริมาณการให้ยา และช่วยลดจำนวนวันในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของตัวผู้ป่วยเองและค่าใช้จ่ายรวมของประเทศ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, Mcgaw, and Smith(1981)เพื่อศึกษาประสิทธิผลของปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้รวบรวมแนวคิดเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล
3. แนวความคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก เป็นโรคร้ายแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆของหลายประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรกรวมถึงจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงถึง 1,284,900 คน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นจำนวน 555,500 คน (American Cancer Society, 2002) สำหรับสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมาและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2544 พบว่า อัตราตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน คือ 48.7 58.6 63.9 และ 68.4 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2546)

โรคมะเร็ง (Cancer) หมายถึง โรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของกลุ่มเซลล์บางส่วนของร่างกาย (สิริฤกษ์ ทรงวิไล, 2542; Carignan, 1993) เป็นเนื้องอกที่ไม่อยู่กับที่ มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สามารถลุกลามและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ หรืออวัยวะข้างเคียง และในที่สุดอาจแพร่กระจายออกไปยังบริเวณที่ห่างไกลออกไปจากก้อนมะเร็งเดิม (primary tumor)

(ฤทัยวรรณ ไต๊ะทอง, 2541; Carignan, 1993) จะส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาคโดยจะไปเบียดเบียนที่อยู่ของอวัยวะเดิม และมีผลต่อระบบสรีรวิทยา โดยจะไปทำให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่สามารถดำเนินการไปอย่างปกติจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งมะเร็งก็คือเนื้องอกที่เป็นเนื้อร้ายนั่นเอง (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541)

1.1 กลไกการเกิดโรคมะเร็ง

การเกิดมะเร็ง คือกระบวนการที่เซลล์ปกติถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็ง (Neoplastic cell) โดยในภาวะปกติ เซลล์ของร่างกายมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน เปลี่ยนรูปร่างและจัดเรียงตัวเพื่อร่วมกันทำงานเป็นอวัยวะ การแบ่งตัวตามปกติของเซลล์นั้นเกิดขึ้นในขณะที่เป็นตัวอ่อนในครรภ์ และกำลังอยู่ในระหว่างการเจริญเติบโต เมื่อร่างกายเติบโตเต็มที่แล้วเซลล์ส่วนใหญ่จะหยุดแบ่งตัว และการแบ่งตัวของเซลล์จะเกิดขึ้นเพื่อทดแทนเซลล์ที่ตายไปเท่านั้น การควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ เป็นระบบที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีประสิทธิภาพสูง ต้องใช้ยีนจำนวนมากช่วยทำงาน ยีนกลุ่มนี้เรียกว่า oncogene และ anti-oncogene (ศิริฤกษ์ ทรงวิไล, 2542) หรือเรียกว่า ยีนก่อมะเร็ง (oncogene) และยีนต้านมะเร็ง (tumour suppressor gene) (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541) เมื่อร่างกายได้รับหรือสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ซึ่งหมายถึง สารหรือสิ่งที่เข้าไปในร่างกายทางใดทางหนึ่ง แล้วทำให้เกิดมะเร็ง ในรูปแบบต่างๆ หรือมีเหตุอันใดทำให้ยีนทั้งสองดังกล่าวทำงานผิดปกติ คือ ยีนก่อมะเร็งทำหน้าที่ชักนำเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์มะเร็ง จากเซลล์มะเร็งเพียงหนึ่งเซลล์ สามารถแบ่งตัวเจริญเติบโตเป็นก้อนเนื้อเยื่อกลายเป็นมะเร็งในที่สุด

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็ง ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน และไม่เป็นที่ยืนยัน แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า มะเร็งมิได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Beare, and Myers, 1994) แต่เกิดจากหลายสาเหตุ (multifactorial) ร่วมกัน (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541) และภาวะที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะหนึ่งอวัยวะใดก็อาจแตกต่างกัน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น ปัจจัยภายในร่างกาย และปัจจัยภายนอกในร่างกาย

1) ปัจจัยภายในร่างกาย (endogenous factors) ประกอบด้วยระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อชาติ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และความผิดปกติต่าง ๆ เช่น กรณีเป็นไฟ หรือปานดำ ก็มีโอกาสจะกลายเป็นมะเร็งได้ (กระจำวงศ์ ศิริวัฒนา, 2532)

2) ปัจจัยภายนอกในร่างกาย (exogenous factors) ประกอบด้วยสารกายภาพ สารเคมี ไวรัส สารพิษที่ปนมากับอาหาร พยาธิ ภาวะขาดสารอาหาร และตัวแปรอื่น ๆ เช่น ภาวะจิตใจ

รูปแบบการดำรงชีวิต (เววัต พันธุ์วิเชียร และวรชัย รัตนธรรมา, 2538; อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541)

1.3 ชนิดของมะเร็ง

การแบ่งชนิดของมะเร็งจะแบ่งตามคุณลักษณะ และชนิดของเซลล์ต้นกำเนิด มีชื่อเรียก ดังนี้ (ปริยา รอดปริดา และ ยูพาวรรณ ศรีสวัสดิ์, 2541)

1) Sarcoma มะเร็งชนิดนี้เกิดกับเนื้อเยื่อชนิดประสานกัน เนื้อเยื่อไขมัน กระดูก กระดูกอ่อน หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง กล้ามเนื้อ ประสาท มะเร็งชนิดนี้จะแพร่กระจายไปกระแสเลือดได้ รวดเร็ว มะเร็งชนิดนี้ ได้แก่ มะเร็งของกล้ามเนื้อเรียบ เรียกว่า Leiomyosarcoma มะเร็งของกระดูกอ่อน เรียกว่า Chondrosarcoma มะเร็งของหลอดน้ำเหลือง เรียกว่า Lymphangiosarcoma

2) Carcinoma มะเร็งชนิดนี้เกิดกับเยื่อที่ทั้งภายในและเยื่อภายนอกของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เยื่อบุหลอดลม ผิวหนัง ต่อมต่างๆ ไต ตับ มะเร็งชนิดนี้แพร่กระจายไปทางหลอดน้ำเหลืองได้รวดเร็วกว่าทางกระแสเลือด มะเร็งชนิดนี้ ได้แก่ มะเร็งของต่อมเหงื่อ เรียกว่า Sweat gland carcinoma มะเร็งของตับ เรียกว่า Hepatocellular carcinoma เป็นต้น

3) มะเร็งของเม็ดเลือดและเนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด เรียกว่า Leukemia มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง เรียกว่า Lymphoma ซึ่งมะเร็งทั้งสองชนิดนี้ ได้แก่ Monocytic leukemia และ Malignant lymphomas เป็นต้น

1.4 อาการและอาการแสดง

การปรากฏอาการของโรคมะเร็งในระยะแรกไม่ค่อยแสดงอาการแน่ชัด ในระยะที่เพิ่งจะเริ่มเป็นจริง ๆ อาจจะไม่มีอาการอะไรเลย ส่วนใหญ่จะพบเมื่อโรคเป็นมากขึ้น ในระยะลุกลามแล้ว อาการแสดงที่เห็นได้ชัด คือ

1) ซีด (anemia) เนื่องจากเสียโลหิตจากบริเวณแผลมะเร็งหรือมีการทำลายของหลอดเลือดเกิดจากการติดเชื้อ มีการทำลายของไขกระดูก ทำให้มีซีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง เนื่องจากร่างกายขาดออกซิเจน

2) มีการติดเชื้อในบริเวณผิวหนังของเนื้องอก ทำให้มีไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวนเม็ดโลหิตขาวเพิ่มขึ้น E.S.R. เพิ่มขึ้น

3) เกิดน้ำในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ท้องมาน น้ำในช่องท้อง

4) อาการเจ็บปวด

5) กลุ่มอาการของการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งระยะเวลานาน ๆ หรือเรื้อรัง ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักตัวลดลง เบื่ออาหาร ซึมเศร้าอย่างรุนแรง เจ็บปวด ภาวะเป็นกรดเป็นพิษขึ้นในร่างกายและโลหิตเป็นพิษ เป็นต้น

1.5 ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นการประเมินการดำเนินของโรคว่าเป็นมะเร็งรุนแรงเพียงใด และลุกลามไปถึงที่ใด ซึ่งมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา การวิเคราะห์ และการวินิจฉัยโรค รวมถึงการได้ประโยชน์ในการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการอยู่รอด การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของขนาดเนื้องอก การขยายขอบเขตการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ (Kumar, Cotran, and Robbins, 1992)

Stage I มะเร็งขนาดเล็กยังจำกัดอยู่ในเฉพาะบริเวณที่เริ่มเป็น สามารถผ่าตัดได้ดี ไม่มี การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง มีโอกาสหาย ร้อยละ 70 – 90

Stage II มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือ ลุกลามผ่านอวัยวะที่เป็นโพรง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ทำการผ่าตัดได้ แต่อาจเอาเซลล์มะเร็งออกไม่หมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 25 – 50

Stage III มะเร็งมีขนาดใหญ่มากขึ้น ลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง ถ้าทำการผ่าตัดไม่สามารถเอาเซลล์ออกหมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 5 – 20

Stage IV มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ห่างไป ซึ่งจะทำผ่าตัดไม่ได้ โอกาสหายน้อยกว่า ร้อยละ 5

1.6 การรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี หรือการให้เคมีบำบัด ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรคมะเร็ง (ณรงค์ศักดิ์ เกียรติขจรธาดา, 2540) โดยการรักษาโรคมะเร็งจะมีจุดมุ่งหมายในการรักษา 2 ประการคือ

- 1) รักษาเพื่อให้โรคหายขาด (Radical or curative treatment)
- 2) รักษาเพื่อประคับประคองอาการชั่วคราว (Palliative treatment)

วิธีการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันทำได้ 4 วิธีคือ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

1) การผ่าตัด (Surgery) ใช้เพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษา การผ่าตัดอาจเป็นวิธีหลัก ร่วมกับการรักษาแบบอื่น ซึ่งจะต้องพิจารณาภายหลังหรืออาจใช้ในกรณีที่มีจุดมุ่งหมายในการลดขนาดของก้อนมะเร็ง

2) รังสีรักษา (Radiation Therapy) เป็นการรักษาซึ่งได้ผลดี ในกรณีที่มะเร็งนั้นอยู่เฉพาะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย พบว่าพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็งมีบทบาทต่อผลการรักษาด้วย มะเร็งบางชนิดจะตอบสนองดีต่อการรักษา เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งโพรงจมูก เป็นต้น ข้อควรระวังของการรักษาด้วยรังสีรักษาคือผลเสียจากรังสีต่ออวัยวะข้างเคียง

3) เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีการรักษาในกรณีที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย หรือใช้เป็น การรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัดและอาจใช้เป็นยานำ (neo-adjuvant chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัดในปัจจุบันนิยมนำยาจากหลาย กลุ่มมาใช้ร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดพิษของยาแต่ละชนิดลง ทำให้ผลการ รักษาดีขึ้น รวมทั้งลดการดื้อยาของโรคมะเร็งด้วย

4) การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy or Biologic therapy) การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันเริ่มมีการนำสารชีวภาพมาใช้ในการรักษามะเร็งมากขึ้น เช่น การใช้สารซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นเม็ดเลือดขาว (granulocyte-colony stimulating factor) ร่วมกับการใช้เคมีบำบัด เพื่อลดผลข้างเคียงของเคมีบำบัด

1.7 ผลกระทบของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่น ๆ ร่วมกับคนส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อไม่ถูกต้อง และมีเจตคติไม่ดีต่อโรคมะเร็ง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ดังนั้นผู้ที่เป็มะเร็ง จะเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาและอาการต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ปัญหาและผลกระทบที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดความกังวลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ

2.1) กังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.2) กังวลเกี่ยวกับอัตรามโนทัศน์ ได้แก่ ภาพลักษณ์ (body image) ความสามารถและ ความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้เคมีรักษา จะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ทั้งผมร่วง น้ำหนักลด ร่างกายอ่อนเพลีย

2.3) กังวลด้านการทำงานและการเงินเพราะต้องรักษาเป็นเวลานาน ในผู้ป่วยที่เป็น หัวหน้าครอบครัว แม้จะได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ เรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยก็ยัง รู้สึกกังวลเนื่องจากยังต้องรับผิดชอบสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

2.4) กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ต้องจากบ้านมารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ รู้สึกตนเองอยู่ห่างไกลญาติพี่น้องเหมือนถูกทอดทิ้ง

2.5) กังวลว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาจะทำให้มีชีวิตรอดหรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวัง บางรายหวังที่จะหาย บางรายหวังใช้ชีวิตยืนยาวขึ้น แต่บางรายหวังเพียงไม่ทุกข์ทรมานจากโรค นอกเหนือไปจากการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากให้ผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผลการรักษามากขึ้น

3) ด้านจิตวิญญาณ (spirituality) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยบุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมาก เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ เพื่อให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากและความยุ่งยากในชีวิตได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543; Ross, 1997) ในขณะที่เจ็บป่วยจิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความหวัง และสามารถปรับตัวได้ต่อการเจ็บป่วย (Meraviglia, 1999) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

3.1) ผู้ป่วยบางรายอาจโกรธ เพราะคิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นการถูกลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดกำลังใจ เสื่อมศรัทธาจากศาสนาหรือสิ่งที่นับถือ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543; บุษพา ซอบบิไซ, 2536)

3.2) จากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดังเดิม

3.3) ผู้ป่วยบางรายขณะอยู่โรงพยาบาลอาจได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อหรือค่านิยม เช่น ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเรื่องทิศทางหรือตำแหน่งการวางเตียง แต่บุคลากรที่มสุขภาพต้องการโยกย้ายเพื่อเหตุผลในการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิด (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543)

3.4) สำหรับผู้ป่วยบางราย เครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจจะเป็นบุคคล เช่น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน แต่บุคคลเหล่านี้อาจจะไม่ได้เข้าพบผู้ป่วยในเวลาที่ต้องการ เนื่องจากกฎระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาล

3.5) เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องการตายอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ประารถนาจะตายท่ามกลางคนที่ตนรัก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ไม่ได้รับอนุญาตให้กลับไปตายอย่างสงบที่บ้าน บุคลากรที่มสุขภาพมักจะพยายามทำการกู้ฟื้นคืนชีพให้ผู้ป่วย

4) ด้านสังคม ผู้ป่วยกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ และรู้สึกเป็นภาระต่อเพื่อนและผู้ร่วมงานที่ต้องทำงานแทน หรือมาเยี่ยมเยียน รวมถึงการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องลดลง เนื่องจากรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ หรือมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น

1.8 ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

มะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ กลัวการกลับเป็นซ้ำหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และกลัวการเสียชีวิต (Ferrell et al., 1998) ซึ่งผลกระทบทางจิตใจนี้จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกระยะแตกต่างกันตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

ระยะวินิจฉัยโรค หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวหลาย ๆ อย่างตามมา เช่น กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวว่ารูปร่างจะผิดปกติหรือพิการ และกลัวตาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียดและนอนไม่หลับ ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาหลาย ๆ อย่าง เช่น ปฏิเสธไม่ยอมรับรู้ความจริง กังวล โกรธ รู้สึกผิดและอารมณ์เศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) จากการศึกษาที่ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต ดังนั้นในช่วงที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองรุนแรงกว่าเป็นโรคอื่น (Cloutier and Ferrel, 1996 cited in Bush, 1998) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ในอนาคตของตนเอง มีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง นึกถึงแต่เรื่องความตาย เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Mahol and Casperson, 1995)

ระยะได้รับการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ไปตามผลข้างเคียงของการรักษา การรักษามะเร็งโดยการผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และได้รับความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิต (Block and Matasserin-Jacobson, 1993) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิตกกังวลภายหลังผ่าตัด (Feather and Wainstock, 1989) เช่นการทำ mastectomy พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 35 มีปัญหาทางเพศโดยเกิดความรู้สึกว่าตนมีความบกพร่องและวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้ง ผู้ป่วยภายหลังการทำ colostomy อย่างถาวรมักมีอาการซึมเศร้า ใช้ชีวิตอยู่อย่างเงิบเหงา แยกตัวเองจากสังคม และมีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากสรีรภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ร่างกายอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Northous, 1989) การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อการรักษา และผล

ข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้-อาเจียน ผอมร่วง ความเจ็บปวดจากแผลในปาก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า และมีระดับของความสิ้นหวังเพิ่มมากขึ้น (Brandt, 1987) การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา และผลข้างเคียงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Hughes, 1993) และระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานจะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

ระยะสงบของโลก เป็นช่วงสิ้นสุดการรักษ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอนาคต กลัวการกลับเป็นซ้ำ รู้สึกสูญเสียการควบคุมเมื่อการรักษามาถึงระยะสุดท้าย ถึงแม้ว่าการรักษาจะสิ้นสุดไปแล้ว ก็ยังต้องติดตามผลไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในความเครียด หรือรอคอยอยู่ว่าโรคมะเร็งที่เป็นอยู่จะหายขาดหรือไม่ จะมีการคืนกลับมาเป็นอีกเมื่อใด และการรักษาที่ได้รับเพียงพอหรือไม่ (อาคม เขียวศิลป์, 2531; Loveys and Klaiach, 1991)

ระยะอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกลำบากกับระยะแรกที่ได้รับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งคือ ตกใจ ไม่เชื่อ วิดกกังวล แต่ความรู้สึกในครั้งนี้จะรุนแรงกว่า (Fawzy et.al, 1997 cited in Bush, 1998) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวและเกิดความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเองมากขึ้น เนื่องจากเกิดเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตขึ้นอีกครั้ง (Schmale, 1976 cited in Mahol and Casperson, 1995) การกลับเป็นซ้ำมักเป็นขั้นที่การลุกลามแพร่กระจาย ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Swenson, 1997) และได้รับการรักษาที่มากกว่าเดิมซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามไปมาก พยาธิสภาพของโรคได้ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง กลัวถูกทอดทิ้ง เจ็บปวด (Bush, 1998) ต้องการความช่วยเหลือ และนึกถึงเรื่องความตาย (Cloutier and Ferral, 1996 cited in Bush, 1998) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีความต้องการทางจิตวิญญาณมากขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวยอมรับกับสภาพความเจ็บปวดในระยะสุดท้ายได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (Reed, 1987)

2. แนวความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าและนำเสนอแนวความคิดและความหมายของคำว่า การปฏิบัติการพยาบาล กันไว้หลายท่าน ซึ่งการให้ความหมายนี้ขึ้นอยู่กับกรยึดถือหรือมีความเชื่อในแนวคิดเหตุผลของผู้ให้จึงพบว่ามีกรให้ความหมายไว้อย่างมากมาย มีทั้งที่เป็นปรัชญา ทฤษฎี หรือ

มโนทัศน์ต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ค่านิยม ความเจริญทางด้านการศึกษาและการพัฒนาทางเทคโนโลยี มีรายละเอียดดังนี้

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) (2540) ได้กำหนดให้การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนโดยกระทำดังนี้ 1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาหารือและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคลรวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การรูลูกถามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ 3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคและ 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล

Gordon (1994) อธิบายความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการกระทำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมายและอธิบายประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการกระทำให้ (Doing for) กระทำด้วยกัน (Doing with) หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

Charnow et al.(1993) ได้จัดกลุ่มของการปฏิบัติการพยาบาลไว้ 3 ประเภทคือ

1. ปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะของการปฏิบัติ ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำ การขับถ่าย ออกซิเจน การนอนหลับและความสะอาดสบาย 2) การปฏิบัติการด้านจิตใจ เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยยกระดับอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น การให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและอำนวยความสะดวก 3) การปฏิบัติการด้านสังคม เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การส่งตัวผู้ป่วยที่ไร้ผู้อุปการะให้สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2. ปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำเป็นครั้งแรกกับผู้ป่วยโดยปราศจากคำแนะนำหรือคำสั่งแพทย์แต่ต้องประสานกิจกรรมนี้กับกิจกรรมอื่นๆของทีมสุขภาพ 2) การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำโดยเกิดจากการเขียนการรักษาหรือการบอกให้ทำจากทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น การให้ยา การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น 3) การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระในปัญหาร่วม (Collaborative) เป็นการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ต้องการความรู้ การตัดสินใจและความรอบคอบ

3. ปฏิบัติการพยาบาลตามพฤติกรรมพยาบาล ได้แก่ การประเมินและการเฝ้าระวัง การให้การบำบัด การส่งเสริมความสุขสบายและส่งเสริมหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนระบบหายใจและการขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสอน การให้คำปรึกษาและการจัดการส่งต่อ

Gettrust and Brabec (1992) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า เป็น กิจกรรมหรือการเลือกการรักษาที่พยาบาลใช้ในการป้องกันโรคเพื่อแก้ไข หรือแก้ปัญหาการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การพยาบาลที่เป็นอิสระ การพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระ และการพยาบาลที่มีการพึ่งพากัน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยจากการใช้ระบบ The Diagnosis Related Groups: DRGs ในการคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคร่วม จึงทำให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง มีการจัดระบบการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป มีความแตกต่างกันมากขึ้น Gettrust และ Brabec จึงได้แบ่งการปฏิบัติการพยาบาล เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) Universal intervention หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภทในทุกระบบของการจัดการดูแล

2) Inpatient intervention หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล การจัดการพยาบาลเสมือนที่บ้าน (Nursing home) สถาบันฟื้นฟูสภาพและทุกระบบการจัดการดูแลแบบผู้ป่วยใน

3) Community health หรือ Home care intervention หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง โดยคนในครอบครัวหรือดูแลตนเองแต่ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลเป็นระยะ

ในแต่ละประเภทกิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การประเมินสภาพ (assessment) การบำบัด (therapeutic) และกิจกรรมการสอน โดยการประเมินสภาพออกแบบไว้เพื่อการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวัน การประเมินผลของการบำบัดและจากกิจกรรมการสอน ซึ่งจะใช้คำว่า การประเมิน (Assessment) การเฝ้าระวัง (Monitoring) และการทดสอบ (Testing) สำหรับการบำบัดและการสอนจะเน้นกิจกรรมเฉพาะที่ช่วยในการแก้ปัญหา

Snyder (1992) แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มที่ 1) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการเคลื่อนไหว (Movement intervention) กลุ่มที่ 2) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านความรู้และความคิด (Cognitive intervention) กลุ่มที่ 3) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านสังคม (Social intervention) และกลุ่มที่ 4) การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการรับรู้

(Sensory intervention) นอกจากนี้ Snyder ยังได้แบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นอิสระและการปฏิบัติการพยาบาลในปัญหาร่วม

Murray and Atkinson (1994) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลว่า หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน และปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วยและแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 4 ประเภท คือ ประเภทที่ 1) การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment management) ประเภทที่ 2) การปฏิบัติของพยาบาลเมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจและมีคำสั่งการรักษา (Physician initiated and order intervention) ประเภทที่ 3) การปฏิบัติของพยาบาลในครั้งแรกที่เป็นการปฏิบัติทางการรักษาของแพทย์ (Nurse-initiated and physician order intervention) และประเภทที่ 4) การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลตามคำสั่งทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (Nurse-initiated and order intervention) ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระได้แก่ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การส่งต่อให้กับพยาบาลทีมสุขภาพหรือสถาบันอื่น การให้การพยาบาลที่เฉพาะเพื่อป้องกันหรือลดปัญหา เช่น การดูแลหยา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เช่น ความสุขสบาย การให้กำลังใจ ประเมินสภาพของผู้ป่วยหรือการสนองตอบของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการรักษา หรือการบำบัดอื่น ๆ การวางแผนการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านความต้องการขั้นพื้นฐาน กิจกรรมของชีวิตประจำวันและการรับรองความปลอดภัย

Macloskey and Bulechek (1999) ได้ให้คำจำกัดความของการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติของพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยเพื่อปรับภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการและแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1) การกระทำทางการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nurse – initiated treatment) ซึ่งเป็นการกระทำที่อิสระมีพื้นฐานที่เป็นเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการในการพยากรณ์วิธีการที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การสัมผัสผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้สุขศึกษา เป็นต้น ประเภทที่ 2) การกระทำทางการแพทย์ (Physician – initiated treatment) หมายถึง การปฏิบัติการของพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่น การให้ยา การเฝ้ารอ หรือภาวะกรดต่าง การให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น และประเภทที่ 3) การให้การช่วยเหลือการปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

การปฏิบัติการพยาบาลมีจุดมุ่งหมายโดยเน้นการดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งพิจารณาและความต้องการทางด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียว (The Holistic Nursing Model) 3 ลักษณะได้แก่ (Blattner, 1981)

1) การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องครอบคลุม 3 ระบบคือ ระบบตน (Intrapersonal) ระบบระหว่างตน (Interpersonal) และระบบชุมชน (Community Lifespaces) ในกระบวนการดำรงชีวิต ระบบตน เป็นการพิจารณาความเป็นเอกลักษณ์ของคนที่มีความเชื่อ ความเชื่อ ความต้องการ ส่วนระบบระหว่างตน เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มคน และระบบชุมชนเป็นการอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยมีกิจกรรมร่วมกันเพื่อสนองความต้องการของกลุ่ม

2) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกัน (Preventive nursing activities) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดความเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้

3) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อตนเอง (The Self-Responsibility Life Process) เป็นการตระหนักในตนเอง (Self-awareness) ซึ่งจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ เป็นส่วนสนับสนุนสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องครอบคลุม 4 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึงกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น บุคคลต้องมีความคิดริเริ่มการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริม โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

2) การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health maintenance) หรือการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) หรือการปกป้องสุขภาพ (Health protection) หมายถึงการกระทำเพื่อช่วยรักษาภาวะสุขภาพ เช่น การปลูกฝี ฉีดยาเพื่อป้องกันโรค การขับรถด้วยความระมัดระวัง การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ หรือคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อใช้รถยนต์ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

3) การซ่อมแซมสุขภาพ (Health restoration) รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) หมายถึงการช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคลหลังจากเกิดปัญหาเจ็บป่วยแล้ว ตัวอย่างการกระทำเพื่อซ่อมแซมสุขภาพ เช่น การทำแผล การให้ยาเพื่อรักษาโรค การช่วยเหลือคนพิการ เพื่อให้ใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่อย่างเต็มที่

4) การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายหรือผู้ป่วยสิ้นหวัง การปฏิบัติการพยาบาลในจุดนี้เป็นการให้ความสุขสบายและความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการเผชิญกับความสูญเสียที่ใหญ่หลวงในชีวิต พยาบาลอาจจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาลที่บ้าน หรือสถานที่ที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น วัด เป็นต้น

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลหมายถึง การกระทำกิจกรรมของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือและการกระทำเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระทำโดยผู้ป่วยเอง รวมทั้งการตรวจสอบการเฝ้าระวังในปัญหาความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล (Collaborative problem) ให้แก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยที่การกระทำเหล่านี้ครอบคลุมความหมายของการพยาบาล ได้แก่ การดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการแก่ผู้ใช้บริการทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมไว้ ดังนี้

สมสมัย สุธีรคันต์ (2534) ได้อธิบายไว้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตด้านสังคม หมายถึงการปฏิบัติการใดๆในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยทางกายให้สามารถเผชิญภาวะความทุกข์ทางจิตใจเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียความสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ให้สามารถปรับตัวสนองต่อสภาวะเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมใหม่ มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้ หรือให้กลับคืนสู่สภาวะคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ หรือเป็นการช่วยเหลือระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้เจ็บป่วย

ชอลดา พันธุเสนา (2536) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลจิตด้านสังคมว่าเป็นการพยาบาลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวที่เหมาะสม

กฤตยา แสงเจริญ (2539) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลจิตด้านสังคมว่าหมายถึง การพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือ ดูแลบุคคลทุกคน ซึ่งต้องการข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้ง 6 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสติปัญญา โดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับตัวทางด้านจิตสังคม นั่นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดี

Gorman, Sultan, and Luna-Raines (1989) ให้ความหมายของการปฏิบัติกรพยาบาลจิตด้านสังคมว่า เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยใช้พื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมวิทยา วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล และให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยจากสังคมสิ่งแวดล้อม.

สรุปได้ว่า การปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติกรใดๆในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย ให้สามารถเผชิญสภาวะคุกคามทางจิตใจที่เนื่องมาจากสภาวะการเจ็บป่วยทางกายหรือเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียความสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมจากสาเหตุต่างๆ ให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวให้คงความสมดุลของจิตใจ อารมณ์ สามารถสนองตอบต่อสภาวะเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมใหม่ และแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดำรงตนในสังคมได้ตามสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วยหรือเป็นการช่วยเหลือระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้เจ็บป่วย โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเข้าใจ ยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคลเป็นพื้นฐาน

2.2 รูปแบบของการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตสังคม

ในการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นการพยาบาล คนทั้งคน ที่ครอบคลุมทั้งกาย-จิต-สังคม โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบเปิดที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ตลอดจนมีความตระหนักในตนเองที่จะพัฒนาให้เกิดความสมดุลในตนเอง (ทิพย์ภา เศษฐ์ชาวลิต,2540)

การปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งควรตระหนักถึงแนวคิดพื้นฐานเป็นหลักในการปฏิบัติกรกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ได้จากการผสมผสาน แนวคิด ทฤษฎี จากหลายวิชาชีพ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แนวคิดเหล่านี้ประกอบด้วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528; ปาหนัน บุญ-หลง, 2529)

- 1) บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง สมควรได้รับการยอมรับ
- 2) บุคคลมีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกาย จิตใจและสังคม (ละออ หุตากร, 2535) ชีวิตมนุษย์มีโครงสร้างและหน้าที่ของมันเอง ภาวะสุขภาพและจิตใจมีอิทธิพลในการรักษาความสมดุลให้มีทั้งสองฝ่าย
- 3) ทุกชีวิตจะต้องมีการกระตุ้นเพื่อการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนต้องการการประคองประคองให้กำลังใจ ซึ่งนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่มีความสำคัญกับชีวิตของตนต่อไป

4) มนุษย์มีความต้องการเหมือนกันทั้งร่างกายและอารมณ์ ต่างมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล เช่นเดียวกับการขาดความพึงพอใจในด้านสังคม ความเชื่อ ความศรัทธา และความต้องการด้านอารมณ์ก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้

5) การสื่อสารเป็นพื้นฐานการแลกเปลี่ยนในสังคม การพูด การกระทำ น้ำเสียง สีหน้าที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้พูดกับผู้ตอบ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของคู่สนทนา

6) ยอมรับความสำคัญของมนุษย์สัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลสนใจ เข้าใจ ปัญหา พร้อมที่จะรับฟัง และพร้อมที่จะช่วยเหลือ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมจะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

7) พฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือ จากการรับรู้ ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความรู้สึกจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ และพฤติกรรมไม่เคยคงที่ มนุษย์จะมีพฤติกรรมแปรเปลี่ยนไปเพราะสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

8) บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ หรือความรุนแรง หรือความเครียด และทรัพยากรที่มีอยู่

9) บุคคลมีความสามารถในการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะมนุษย์แต่ละคนมีความสามารถที่จะเผชิญหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นไม่เหมือนกัน การรู้จักกลไกการป้องกันตนเอง จะสามารถชนะต่อสิ่งคุกคามหรือไม่ยอมขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของร่างกายและบุคลิกภาพของบุคคลนั้น

10) ความเจ็บป่วยสามารถเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการในทางที่ดีได้ ซึ่งจุดประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลคือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางบวก ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น และส่งเสริมระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

11) บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลควรจะได้รับ ไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายที่ทั้งสองฝ่ายได้ตั้งไว้ร่วมกัน โดยที่บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของตนเอง

12) แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วย อาจมาจากวัฒนธรรม สังคม และครอบครัว ความคิด ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั่วไป หรือความเจ็บป่วยบางอย่างสืบเนื่องมา

จากวัฒนธรรมของผู้ป่วย ชุมชน สังคม หรือครอบครัว แนวคิดของการเจ็บป่วยจะมีอิทธิพลต่อ ปฏิกริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และการหาย

13) การเปลี่ยนแปลงที่คุกคามการทำหน้าที่ของร่างกาย ก่อให้เกิดการแสดงออกทั้งทาง ร่างกายและอารมณ์ ความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนความสามารถของบุคคลในการกระทำหน้าที่ หรือทำ ให้เกิดความจำเป็นที่ต้องอาศัยเครื่องช่วยพยุงเพื่อที่จะกระทำหน้าที่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้คุกคาม ความเป็นตัวของตัวเอง เป็นสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และขาดความมั่นใจ เป็นต้น

14) ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงได้ ทัศนคติเป็นการแสดงออกถึงความ รู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อบุคคลอื่น เหตุการณ์ สถานที่ และความคิดที่เป็นนามธรรม เป็นตัวนำหรือ ส่งเสริมให้แต่ละบุคคลแสดงพฤติกรรมเฉพาะออกไป

ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและ สังคม อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกายจากโรคมะเร็ง หรือเป็นกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่ เสียสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถปรับตัวสนองตอบต่อภาวะความเจ็บป่วยจาก โรคมะเร็ง ให้มีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ สามารถดำรงตนในสังคมได้นั้น มีหลักในการปฏิบัติ การพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงคือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทของตน โดยมีความสัมพันธ์ภาพในลักษณะที่ สร้างสรรค์ (Newbeck, 1986)

Leininger (1981) ได้เพิ่มเติมด้านการสนับสนุนการส่งเสริมการเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ การสัมผัสและการแนะนำด้านสุขภาพ นอกจากนี้ Mayeroff (cited in Blattners, 1981) ได้กล่าว ถึงองค์ประกอบในการดูแลด้านจิตสังคม ไว้ 8 ประการคือ การรู้จักผู้ป่วย ความสามารถในการมอง ปัญหาหลายๆจุด ความอดทนอดกลั้น ความจริงใจ ความร่วมรู้สึก ความไว้วางใจ ความหวัง และความกล้า

Brown (1986) ได้ศึกษาและอธิบายเพิ่มเติมลักษณะหรือพฤติกรรมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ 8 ประการดังนี้ การรับรู้คุณภาพ ศักยภาพส่วนบุคคล การทำให้อบอุ่นใจ การให้ข้อมูล การให้เวลากับผู้ป่วย การสังเกตอย่างระมัดระวัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอิสระ การแสดงออกของการมี ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ จากแนวคิดข้างต้นพบว่าองค์ประกอบเหล่านี้แบ่งได้ 2 ประเภทคือ องค์ประกอบที่แสดงออกโดยคำพูดหรือวาจา และแสดงออกทางท่าทาง (สมสมัย สุธีรศานต์, 2534) มีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่แสดงออกโดยทางวาจา

1) การให้ข้อมูลและการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นการบอกเล่าสิ่งต่างๆแก่ผู้ป่วย มีทั้งสิ่งที่ทำเป็นทางการคือ การสอน และที่ไม่เป็นทางการคือ การให้ข้อมูลในเรื่องทั่วไป รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจในการรักษาและปฏิบัติ อันจะแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยจะมีต่อตนเอง และต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน เป็นการสร้างเสริมเอกลักษณ์แห่งตนและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Brown, 1986)

3) การตระหนักถึงคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งทางวาจา และท่าทาง การปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะนี้เป็นการตอบสนองความต้องการเฉพาะของบุคคล

4) การให้คำปรึกษา เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ช่วยตนเองได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ ซึ่งมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาข้อขัดแย้งในตนเอง และนำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (Nichols, 1984)

5) การพูดเพื่อให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หดงอกำลังใจ หรือสิ้นหวังได้ การให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีกำลังใจเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยทั้งกายและใจได้

องค์ประกอบที่แสดงออกโดยท่าทาง

1) การสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นการแสดงออกในลักษณะของการสนับสนุนให้กำลังใจและการสร้างความรู้สึกสบายแก่ผู้ป่วย

2) การให้เวลาแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญแก่บุคคล

3) การใช้การสัมผัสเพื่อการรักษา ที่สื่อสารถึงความรู้สึกสบายและมั่นคง ซึ่งเป็นการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (tactile stimulation) ร่วมกับท่าทางด้านร่างกาย อันเป็นพฤติกรรมสำคัญของการดูแล (Montagu, 1978 อ้างถึงใน สมสมัย สุวีริศานต์, 2534)

4) การฟังอย่างตั้งใจ โดยการแสดงสีหน้าและท่าทีสนใจและติดตามเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าด้วยการใช้การพยักหน้า หรือการรับคำที่ผู้ป่วยพูด

Nichols(1984) ได้อธิบายถึงการเจ็บป่วยทางกายส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยไว้ว่า เป็นผลจากพยาธิสภาพหรือการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย และผลข้างเคียงจากการรักษา หรือกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่นการจำกัดอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ รวมถึงผลจากการบริการสุขภาพของแพทย์และพยาบาล เช่นการใช้เวลาในการรักษามากกว่าปกติ การตรวจวินิจฉัยที่เกินความจำเป็น หรือไม่ตรงกับปัญหาของโรคทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินควร และได้จำแนกองค์ประกอบในการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยฝ่ายกายไว้ 4 อย่างคือ

1) การดูแลด้านอารมณ์ (Emotional Care) ซึ่งมีองค์ประกอบหรือขั้นตอนในการดูแลด้านอารมณ์ ดังนี้

- สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยโดยให้ความไว้วางใจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียเปรียบและศักดิ์ศรีแห่งตนเอง ไม่ควรลงความเห็นหรือตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไร้คุณค่า พยาบาลควรเปิดใจยอมรับถึงตัวตนและความรู้สึกของผู้ป่วย

- การใช้การสัมผัสเพื่อการรักษา เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกและสื่อสารที่แสดงถึงความรู้สึกที่สบายและปลอดภัย

- เปิดโอกาสหรือให้เวลาผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกโดยการรับฟังอย่างตั้งใจ

- มีความจริงใจ เป็นการสื่อสารถึงความเข้าใจ และมีความรู้สึกร่วม รวมถึงการยอมรับในปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วย

- ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ แต่ไม่ใช่การแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย เป็นเพียงการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตใจปรับปรุงสิ่งแวดล้อม อ่อนน้อมความสะดวก ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง

2) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Care) เป็นการบอกเล่าสิ่งต่างๆแก่ผู้ป่วย คือ การให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆไป รวมถึงข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจในการรักษาและปฏิบัติ อันจะแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยจะพึงมีต่อตนเอง และต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

3) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ช่วยตนเองได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ ซึ่งมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาข้อขัดแย้งในตนเองและนำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยขั้นตอนในการเป็นที่ปรึกษาจะต้องมีความเข้าใจถึงปัญหาและสถานการณ์อย่างชัดเจน จากนั้นมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและเป็นผู้ช่วยเหลือประสานงานให้ผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ซึ่งการเป็นที่ปรึกษาจะต้องมี

ทักษะเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล มีทักษะในการรับฟัง การแก้ปัญหา การสื่อสาร และการมีความรู้สึกมีส่วนร่วม

4) การเฝ้าระวังสภาวะจิตใจ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย (Monitoring Psychological state and referring on) เป็นการช่วยเหลือในการควบคุมระดับของสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ถูกรบกวน รวมถึงการเฝ้าคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงและประเมินสภาวะด้านจิตใจ จนกระทั่งการส่งต่อผู้ป่วยให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพและเครือข่าย

การที่จะให้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีคุณภาพนั้น พยาบาลต้องมีความสามารถที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมะเร็ง โดยสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และให้ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ด้วยการอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังผู้ป่วย ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจ ให้การยอมรับ มีการสื่อความหมายด้วยการสัมผัส และให้ข้อมูลกับผู้ป่วย (ซอลดา พันธุเสนา, 2536)

จากแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยฝ่ายการของ Nichols(1984) ร่วมกับประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมจากการทบทวนงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้ จึงนำมาประยุกต์ในการจัดหมวดหมู่ของประเภทการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การให้ข้อมูล เป็นการให้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความจริง ปราศจากความคลุมเครือ และมีความจำเป็นเฉพาะเจาะจง สำหรับผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในการรักษา และการตรวจต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและจากแนวคิดนี้ Leventhal and Johnson (1983) ได้รวบรวมความรู้ที่ได้จากการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในห้องปฏิบัติการ และคลินิก ประกอบกับการศึกษาทฤษฎีทางจิตวิทยา และได้นำมาสร้างเป็นทฤษฎีปรับตนเอง (self-regulatory) ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive theory) โดยมีโมทัศน์หลักคือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (cognitive structure) ที่มีความซับซ้อนเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถนำข้อมูลที่มีอยู่กลับมาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมายได้ ซึ่งการให้ข้อมูล ก็ถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อแบบแผน ความรู้ความเข้าใจด้วยเช่นกัน (Johnson and Lauver, 1989)

การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติ และคำแนะนำในการเผชิญปัญหา ต่างก็มีผลช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด (mental image) สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้อย่างชัดเจน และยังสามารถช่วยควบคุม

คุม และลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ควบคุมตนเองได้ (behavioral control) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Leventhal and Johnson, 1983; Padilla et al., 1981)

การให้ข้อมูลมีหลายชนิด ดังนี้ (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981)

1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติ สภาวะแวดล้อมของเหตุการณ์ที่บุคคลต้องประสบ ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้

2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น ภาพ การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น และการได้ยินเสียง ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนของเหตุการณ์ และความรู้สึกทุกขั้วที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่มาคุกคามเหล่านั้นได้ เนื่องจากบุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง และเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามบุคคลจะเกิดภาพรวมของความคิด สามารถพิจารณาเลือกแนวทางการเผชิญความเครียดเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

3) ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral instruction) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติ ขณะกำลังเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ส่งผลให้ความเครียดลดลง และบุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม

4) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีในการเผชิญความเครียด (Coping skills information) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญต่อสถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาพจิตใจได้ ซึ่งนับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญชนิดหนึ่ง เพราะจะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

จะเห็นได้ว่า ข้อมูลทั้ง 4 ชนิดนั้น ต่างมีความหมายหลากหลาย และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้แตกต่างกัน แต่ในขณะเดียวกันก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมนั้น จำเป็นต้องได้รับข้อมูลทั้ง 4 ชนิด ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมการวางแผนด้วย เพื่อช่วยให้การให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง ครบคลุม และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

2. การสอน คำว่า “การสอน” (teaching) ได้มีผู้รู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Hosford (1973, อ้างถึงใน สุวัฒน์ นิยมคำ, 2531) ได้กล่าวว่า การสอน หมายถึง ความพยายามของผู้สอนที่จะนำผู้เรียนไปสู่จุดหมายปลายทางที่กำหนดไว้ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยตรง

สุวัฒน์ นิยมคำ (2531) ได้กล่าวว่า การสอนเป็นการจัดสภาพแวดล้อมอย่างหนึ่ง เพื่อให้ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างได้ผล โดยในการจัดสภาพแวดล้อมนั้น อาจจะจัดในห้องเรียน โดยผู้สอนกับผู้เรียนอยู่ด้วยกัน หรือผู้สอนกับผู้เรียนอยู่แยกกัน โดยทำการสอนผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เป็นต้น

Redman (1993) ได้กล่าวว่า การสอน หมายถึง การจัดกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้เรียน ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดดเด่นให้เห็นถึงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นหลัก และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อกัน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทิศทางที่ต้องการ

สรุป การสอน หมายถึง การจัดสถานการณ์ หรือกิจกรรม หรือสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และทักษะ และสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้ผู้สอนและผู้เรียนอาจมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยตรง หรือโดยผ่านสื่อต่าง ๆ หรืออาจผสมผสานกันก็ได้

การสอน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระตลอดเวลา ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสอนผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ หรือครอบครัวนั้นไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลเท่านั้น แต่การสอนผู้รับบริการเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมถึงกิจกรรมทั้งหมดที่ใช้ในการเฝ้าอำนาจ และการส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและการดูแลตนเองเพื่อบรรลุถึงความมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต สังคม ในขีดสูงสุดเท่าที่จะทำได้ ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาล ทางเลือกอื่น ๆ และภาวะเสี่ยงเพื่อประกอบการตัดสินใจในการยินยอมรับการรักษา มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มพูนความรู้ซึ่งมีคุณค่าในตนเอง พลังความสามารถในการควบคุมตนเอง ช่วยลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนลดอัตราการเข้าโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อันเป็นผลดีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมโดยส่วนรวมด้วย

ในการสอน พยาบาลควรมีความเข้าใจถึงกระบวนการสอนผู้รับบริการ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินผู้รับบริการ และสภาพแวดล้อมในการสอนผู้รับบริการ การวางแผนการสอน การดำเนินการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องกันไป

ในการสอนให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลควรเป็นผู้เอื้ออำนวย หรือผู้สนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์แก่ผู้รับบริการ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสม สิ่งสำคัญพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

นอกจากนี้ พยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้รับบริการ สร้างบรรยากาศแห่งความเคารพยกย่อง ใจกว้างใจ และร่วมมือกัน เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ และการวางแผนการเรียนการสอนร่วมกัน กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น ผู้รับบริการได้ประเมินผลตนเองหรือได้รับข้อมูลย้อนกลับว่าได้เกิดการเรียนรู้บรรลุวัตถุประสงค์ การสอนที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่ดี และสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ ตลอดจนการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

3. การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การศึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหา และสามารถทำให้ผู้ใช้บริการแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง (จิ้น แบรี, 2540 : 2)

คำปรึกษาเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาล และในฐานะวิชาชีพพยาบาลแล้ว พยาบาลต้องให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับทั้งผู้ป่วยและคนปกติทั่วไปอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้คำปรึกษากับบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นได้สำรวจ และเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการช่วยเหลือหรือดูแลตน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การให้คำปรึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการได้รู้จักตนเอง มีความรับผิดชอบต่องานตนเอง (จีน แบร์, 2540 : 1) และสามารถพัฒนาตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เสริมสร้างความสำเร็จของงานและความสุขในชีวิตและได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้การให้การปรึกษาจะต้องเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ใช้บริการ โดยมีได้ถูกบีบบังคับให้มาหาหรือถูกขู่เข็ญคุกคามให้กระทำการหนึ่งสิ่งใด ต้องมุ่งที่จะช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมอย่างถาวร โดยมีได้มุ่งเพียงแต่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในปัจจุบันเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลมีการพัฒนาความเป็นบุคคลของตนเอง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาในโอกาสต่าง ๆ ต่อไป โดยมีต้องพึ่งพาผู้ให้การปรึกษาทุกครั้ง (สุนทรีย์ ภาณุทัต, 2536 : 429)

เรณูวรรณ หาญวาทย์ (2540 : 191-192) ได้จำแนกรูปแบบการให้คำปรึกษาไว้เป็น 3 รูปแบบ คือ

1) การให้คำปรึกษาแบบชี้แนะ การให้คำปรึกษาชนิดนี้ยึดตัวผู้ให้การปรึกษาเป็นศูนย์กลางและเน้นหนักในเรื่องการวินิจฉัยปัญหา เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาก่อนที่จะให้คำปรึกษาต่อไป

2) การให้คำปรึกษาแบบไม่ชี้แนะ การให้คำปรึกษาชนิดนี้ถือเอาตัวผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา และปล่อยให้ผู้รับบริการปรึกษาตัดสินใจในการแก้ปัญหาเอง โดยไม่แนะแนวทางให้ ซึ่งขั้นตอนและเทคนิคต่าง ๆ จะกล่าวโดยละเอียดในตอนต่อไป

3) การให้การปรึกษาแบบให้โอกาสเลือก เป็นวิธีการที่ผสมผสานกันระหว่างวิธีการให้คำปรึกษาแบบชี้แนะและแบบไม่ชี้แนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบุคลิกภาพของตัวบุคคล

ในส่วนของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้น มีแนวคิดเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาทั่วไป ดังได้กล่าวมาแล้ว โดยมีการประยุกต์ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน นั่นคือ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ใช้บริการ โดยมุ่งให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ และได้เข้าใจปัญหาหรือความต้องการของตนเองเพื่อสามารถปรับและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ตามศักยภาพที่มีอยู่ และตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของร่างกายและจิตใจ

4. การใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการบำบัดที่นำจุดมุ่งหมาย ทั้งในการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ผู้มีความผิดปกติทางสังคม ผู้มีปัญหาพัฒนาการและเรียนรู้ ผู้มีปัญหาความแตกต่างทางวัฒนธรรม รวมทั้งบุคคล

ทั่วไป เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นอิสระและพึ่งตนเองได้ (functional independence) นั้น เป็นวิธีการที่ใช้ในการปฏิบัติโดยใช้หลักการแก้ปัญหาที่ต้องอาศัยความรู้ทักษะเพื่อการสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการที่ช่วยให้การทำงานเป็นระบบ ประกอบด้วย การประเมิน การบำบัดรักษา การให้คำปรึกษา การให้บริการเฉพาะทางต่าง ๆ (Chafee, 1989, อ้างถึงใน เทียมศรีคำจักร, 2540)

Marram (1978) ได้เสนอแนวความคิดการทำกลุ่มบำบัดทั่วไป ว่าควรใช้การผสมผสานแนวคิดและทฤษฎี ประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในการแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี หากมีการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีจะเป็นประโยชน์และเอื้อให้ผู้นำกลุ่มมีความเป็นอิสระ และปรับเปลี่ยนวิธีการให้สอดคล้องกับเป้าหมายของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้ ไม่จำเป็นต้องยึดติดกับทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง เพราะในแต่ละแนวคิดมีใช้สูตรสำเร็จที่จะใช้ได้กับเหมาะสมในทุกสถานการณ์ประกอบกับปัญหาและความต้องการของมนุษย์นั้นซับซ้อนยากแท้หยั่งถึง พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานหลากหลายแนวคิดพื้นฐานที่นิยมใช้ในการทำกลุ่มได้เสนอดังนี้

4.1) แนวคิดด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis framework)

Sigmund Freud ได้ศึกษาวิเคราะห์จิตของมนุษย์และอธิบายไว้ว่า จิตใจของคนนั้นไม่สามารถมองเห็นได้เด่นชัดเหมือนส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ได้อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มกิจกรรม ดังนี้

- 1) จิตไร้สำนึกเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมกลุ่ม กล่าวคือ บุคคลจะนำเอาความคิดของตนเองที่มีอยู่ในจิตไร้สำนึก มาแสดงออกมาในกลุ่มเพื่อป้องกันตนเอง
- 2) สถานการณ์และประสบการณ์ในอดีตที่สัมพันธ์กับปัจจุบัน กล่าวคือ บุคคลจะนำเอาความคิด ประสบการณ์ หรือสถานการณ์ที่มีอยู่ในจิตไร้สำนึก มาแสดงออกในกลุ่มที่มีสภาพการณ์คล้าย ๆ กันเพื่อป้องกันตนเอง
- 3) พื้นฐานสัญชาตญาณของความรัก ความเกลียด ที่เกิดจริงในพฤติกรรมกลุ่ม สัญชาตญาณของความรัก ความเกลียด ที่แฝงอยู่ในการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่นในกลุ่ม
- 4) id ego superego ที่เกิดจริงในพฤติกรรม กล่าวคือ id เป็นแรงขับของสัญชาตญาณพื้นฐาน ที่มุ่งหวังแสวงหาความพอใจส่วนตน โดยไม่คำนึงถึงสิ่งอื่นใดเปรียบเสมือนสันดานดิบของมนุษย์ ส่วน ego เป็นตัวตนแห่งบุคคลที่ได้รับการขัดเกลา เป็นส่วนที่ควบคุม id โดยอาศัยกฎเกณฑ์ทางสังคม พัฒนาให้มีเหตุผลในการคิด ตัดสินใจ ส่วน superego เป็นมโน

ธรรมที่เกี่ยวข้องกับความถูกต้อง ทั้ง id ego superego เป็นโครงสร้างของจิตใจ ที่มี ego เป็นตัวช่วยให้มีความสมดุลของจิตใจ

4.2) แนวคิดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal framework)

เริ่มแรกแนวคิดนี้มาจากแนวคิดด้านจิตวิเคราะห์ ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามความเข้าใจและการทำงานเป็นกลุ่ม เริ่มต้นมาจากทฤษฎีกลุ่มที่สำคัญของ Harry Stack Sullivan and Frieda Fromm-Reichmann ที่กล่าวไว้ว่า

1) อารมณ์และพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ย่อมมีอารมณ์และพฤติกรรมของแต่ละคนเข้ามาเกี่ยวข้อง สมาชิกบางคนอาจจะวิตกกังวล บางคนอาจจะคลายกังวล บางคนอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือให้ได้รับการแก้ไข ปรับเปลี่ยนให้อารมณ์มีการผ่อนคลายและมีพฤติกรรมไปในทางที่ดี จากการที่สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในขณะที่เข้าร่วมกลุ่ม

2) ความวิตกกังวลและความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นสาเหตุที่สำคัญในการทำลายการมีปฏิสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สมาชิกกลุ่มจึงเกิดความรู้สึกต้องการลดความวิตกกังวล เพื่อดำรงไว้ซึ่งความปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือสมาชิกให้มีคุณค่าในตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะทุกข์ทรมานและความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย พร้อมทั้งเสริมสร้างให้สมาชิกกลุ่มมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อเป็นการเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเองของสมาชิกกลุ่ม

3) การบิดเบือนและการให้ข้อมูลย้อนกลับกับสัมพันธภาพในปัจจุบัน การที่บุคคลมีการบิดเบือนสัมพันธภาพในปัจจุบัน เป็นการสะท้อนให้เห็นผลจากการมีสัมพันธภาพครั้งก่อนกับความคาดหวังของบุคคลนั้น บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือสมาชิกได้รับข้อมูลย้อนกลับและได้ประเมินตนเองในสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน หลักการบิดเบือนและการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยตรงจะช่วยให้การวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มบำบัด

4.3) แนวคิดด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication framework)

พื้นฐานแนวคิดนี้พัฒนาโดย Ruesch Bateson, Jackson, Watzlawick, and Satir ได้จากการศึกษาและการทำกลุ่ม พบว่าการติดต่อสื่อสารมีหลายระดับ ฉะนั้นการสื่อสารที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาจมีทั้ง เป็นความหมายที่เกี่ยวกับเนื้อหาความรู้สึก เป็นความคาดหวังของผู้สื่อสาร และรูปแบบสัมพันธภาพที่มีต่อกัน บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องมีการวิเคราะห์ จำแนกข่าวสารนั้นให้ชัดเจนทั้งระดับของข่าวสาร และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ส่งและผู้รับสาร

4.4) แนวคิดเกี่ยวกับพลวัตของกลุ่มและกระบวนการกลุ่ม (Group dynamic and group process framework)

Curt Lewin ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม (group dynamic) ในช่วงปี ค.ศ.1930-1940 ตั้งแต่ ค.ศ.1940 เป็นต้นมา มีบุคคลอื่น ๆ อีกมากมาย ที่พัฒนาทฤษฎีพลวัตของ กลุ่มและกระบวนการกลุ่ม เช่น Bonner, Cartwright และ Zander เป็นต้น แนวคิดที่สำคัญมี ดังนี้

1) กระบวนการกลุ่ม มีกระแสความเคลื่อนไหวตลอดเวลา ไม่มีการหยุดนิ่ง กล่าวคือ กลุ่มจะมีแรงผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหว มีการทำงานเกิดขึ้น จากการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม และจะกลับคืนภาวะสมดุล เมื่อการทำงานนั้นเสร็จสิ้นลง โดยที่กลุ่มจะมุ่งประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องชี้ให้กลุ่มเห็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกกลุ่มร่วมแรงกันผลักดันการแก้ปัญหา นั้น ๆ เพื่อการดำเนินกลุ่มเป็นไปได้อย่างดี และเกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม

2) กลุ่มมีการพัฒนาการเป็นระยะ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม ไปสู่ระยะต่าง ๆ และเป็นไปตามเป้าหมายของการทำกลุ่ม โดยทั่วไปพัฒนาการของกลุ่มจะมี 3 ระยะ คือ ระยะการเริ่มต้นของกลุ่ม ระยะการร่วมกันทำงาน และระยะยุติกลุ่ม

3) กลุ่มมีพัฒนาการในการแก้ปัญหาในแต่ละระยะของพัฒนาการของกลุ่ม ซึ่งทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มต้องร่วมมือกันในการปฏิสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มจะช่วยให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดีได้ โดยการขจัดความขัดแย้งในกลุ่ม ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและการช่วยปรับแก้ความต้องการของสมาชิกกลุ่มให้บรรลุเป้าหมาย

4.5) แนวคิดด้านเอกซิสเทนเชียลและเกสตัลท์ (Existential and Gestalt framework)

Fredrick Pearl ได้พัฒนาแนวคิดนี้มาจากพื้นฐานทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทฤษฎีการสื่อสารและกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเกี่ยวข้องกับธรรมชาติของคน ดังนี้

1) คนมีอิสระในการขอบเขตความเป็นบุคคล กลุ่มนี้เชื่อว่า พื้นฐานความต้องการของคนที่เราเข้าใจว่า เราเป็นใคร ต้องการความสำเร็จสูงสุดในชีวิตอย่างไร บุคคลมีอิสระในการเลือกที่เกี่ยวข้องกับการคิด ความรู้สึกและการกระทำ ซึ่งไม่มีใครสามารถทำแทนผู้อื่นได้

2) การตระหนักรู้ใน “ที่นี่” และ “เดี๋ยวนี้” เป็นอย่างธรรมชาติ บุคคลที่มีความตระหนักรู้และเข้าใจตนเองอย่างมีสติ สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มตามศักยภาพในทางสร้างสรรค์ คือ การยอมรับในความจริง ในการคิด ความรู้สึกและการแสดงออกว่าเป็นอย่างไร

3) การตระหนักรู้ “อะไร” (what) ไม่ใช่ “ทำไม” (why) เป็นสิ่งที่สมบูรณ์ กล่าวคือ การที่บุคคลตระหนักรู้ว่า “อะไร” คือปัญหา จะสามารถช่วยให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหาได้มากกว่าการค้นหาว่า “ทำไม” จึงเกิดปัญหา

4.6) แนวคิดด้านการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification framework) การปรับพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการทำงานกลุ่มและมีประโยชน์ต่อการพยาบาล ในแง่การบำบัดโดยใช้พฤติกรรมบำบัด ทั้งที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

1) พฤติกรรมเป็นการปรับตัวได้หรือปรับตัวไม่ได้ ในการปรับพฤติกรรม ผู้บำบัดจะเลือกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดจากผลของการเสริมแรงทางบวกหรือทางลบ การประยุกต์รูปแบบหรือทางเลือกการปรับพฤติกรรม การให้รางวัลและการทำโทษ

3) บรรยาการทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยการจัดกลุ่มเพื่อการปรับพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับหลัก 2 ประการ คือ

- การเป็นแบบอย่าง
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถวัดได้

บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการช่วยเหลือ ควรกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดแก่สมาชิกกลุ่ม การกำหนดมาตรฐานของพฤติกรรม ระบุการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบที่มีความหมายแก่สมาชิก มีการวางแผนการเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม อีกทั้งการจัดการดำเนินการวัดและการประเมินค่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของสมาชิกกลุ่มบทบาทพยาบาลในฐานะผู้บำบัดและทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (Leader) โดยการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (therapeutic use of self) นั้น นอกจากผู้บำบัดจะมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ต่าง ๆ แล้วจะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติจิตใจมนุษย์และธรรมชาติของผู้รับบริการที่เป็นทุกข์จากความไม่สมดุลของร่างกายจิตใจ สังคม ผู้บำบัดจะต้องมีความตระหนักในตนเองอย่างมีสติ (self awareness) ให้การยอมรับบุคคลและเคารพในความมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างจริงจัง และไม่ป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทเสียเอง การวางตัวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและกลุ่มก็เป็นเรื่องสำคัญ (เทียม ศรีคำจักร, 2540) ผู้นำเสนอกิจกรรม จุดเริ่มต้นของกิจกรรมบำบัด หากมีการนำเสนอที่นำเสนอใจก็เท่ากับการประสบความสำเร็จในการบำบัดไปแล้วครึ่งหนึ่ง บุคลิกภาพของผู้นำก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึง เพราะความร่วมมือจะเกิดเมื่อมีความถูกต้องใจกับบุคลิกภาพที่ประทับใจมากกว่ารูปแบบที่ตนไม่ชอบ

5. การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน ได้แก่

5.1) การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งนั้น การสนับสนุนด้านอารมณ์ควรกระทำร่วมกับ การให้ความรู้ (MacGinley, 1993; Northouse, 1989) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ได้ถูกต้อง และการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยและเพิ่มความอดทนต่อ ปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างรวดเร็ว (Palsson, and Norberg, 1995) และจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา บางครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล หรือความกลัว ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้ ซึ่งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่มีความสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ อย่างถูกต้อง สามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเผชิญล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้การสนับสนุนด้าน อารมณ์ของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งควรกระทำร่วมกับ การให้ข้อมูล หรือ การให้ความรู้ (Northouse, 1989) ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยได้เชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น สนับสนุน (Northouse, 1989; Smeltzer and Beare, 1992) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใย และอาทรต่อเขา พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจและเห็นใจในความทุกข์และความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดีและยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (Plasson and Norberg, 1995) มีการให้กำลังใจและความเชื่อมั่น การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม ซึ่งการสัมผัสนี้เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพอใจ รู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวล อย่างรวดเร็ว และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ Grassman (1993) ที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้โปรแกรมการสนับสนุนผู้ป่วย โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นวิธีที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากในการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5.2) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ การพยาบาลในระบบนี้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง และกระทำการดูแลตนเอง ต้องอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้อง

มีการพบปะและติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีจะให้ประโยชน์กับผู้ป่วยหลายประการ เช่น เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รู้สึกตัวว่าได้รับการยอมรับและมีค่ามากขึ้น ได้รับความอบอุ่นจากมิตรภาพและไว้วางใจว่าตนมีที่พึ่งทางใจ ได้ระบายความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆ ความอ้างว้าง ว้าเหว่ เปล่าเปลี่ยวจะค่อยๆ หดล้นไป

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรักษาประเภทต่างๆ เช่น เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อาการข้างเคียงของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายต่าง มีการซักถามในสิ่งที่สงสัยและไม่เข้าใจ แล้วผู้วิจัยให้การช่วยเหลือด้วยวิธีต่างๆ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงความพยายาม ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น มองเห็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติได้ สามารถบรรเทาหรือลดอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ ลดความไม่สุขสบาย ลดความวิตกกังวลลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตได้ (จุฑาทกานต์ กิ่งเนตร, 2539) นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นผลให้ผู้ป่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง ลดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ทิพพร วงศ์หงส์กุล, 2533; บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, 2533) ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

3.1 ความหมายของจิตสังคม

บุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (พีไลรัตน์ ทองอุไร, 2541; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ลออ หุตางกูร, 2535) จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างปกติสุข จะต้องมีความสมดุลของส่วนประกอบดังกล่าว หากส่วนประกอบด้านใดด้านหนึ่งมีปัญหา ย่อมทำให้เกิดเสียสมดุลทางด้านอื่นๆ ด้วย (พีไลรัตน์ ทองอุไร, 2541) ซึ่งภาวะจิตสังคมเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบภายในตัวบุคคล ในระบบการทำงานส่วนที่เป็นจิตใจและสังคม ส่วนที่เป็นจิตใจจะครอบคลุมถึงภาวะอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ กระบวนการคิด ความต้องการ จำเป็นพื้นฐาน การเผชิญภาวะเครียด การปรับตัว บุคลิกภาพ จินตนาการ และยังครอบคลุมถึง ศรัทธา ความเชื่อ ปรัชญาชีวิต การยึดถือ คุณค่าทางศาสนา และค่านิยม ส่วนที่เป็นสังคมนั้นคือ

การที่บุคคลนั้นมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว เช่น สัมพันธภาพ การสื่อสาร การแสดงบทบาท แบบแผนการดำเนินชีวิต และการเข้าสังคม

จิตสังคม เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ระหว่างสภาวะทางจิตใจและสังคม เป็นมโนคติที่ค่อนข้างซับซ้อนและแยกจากกันไม่ค่อยได้ Longo and Williams (1986) ได้ให้ความหมายของภาวะจิตสังคมไว้ โดยจำแนกความหมายดังนี้

จิต หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมที่ตอบสนองทางจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจของบุคคล ลักษณะและพฤติกรรมดังกล่าวนี้ อาจแสดงออกในรูปของความรู้สึกนึกคิด และสภาวะทางอารมณ์ต่างๆกัน เช่น ความเครียด ความกลัว ความโกรธ ความท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นต้น

โดยปกติการทำงานของกายและจิตมีความสัมพันธ์กัน การแสดงออกทั้งกาย จิต สังคม บางส่วนสามารถควบคุมได้ แต่บางส่วนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป็นส่วนที่มีอิทธิพลมาก สมอของมนุษย์ประกอบด้วยสมองส่วนนอก (cerebral cortex) มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของสมองส่วนต่างๆ ความรู้สึกนึกคิดเกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทประกอบไปด้วยเซลล์ประสาท โดยส่งกระแสประสาท (nerve impulse) เข้าไปในระหว่างส่วนต่างๆของร่างกาย ประสาทที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆมีอยู่ 2 ระบบ ระบบหนึ่งอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ สมอสามารถสั่งได้ เช่น การเคลื่อนไหว อีกระบบหนึ่งอยู่เหนืออำนาจจิตใจเรียกว่า ระบบประสาทอัตโนมัติ ทุกสิ่งจะอยู่ในภาวะปกติได้ ถ้าเซลล์อยู่ในภาวะปกติ นั่นคือร่างกายอยู่ในภาวะที่ดี ทำให้เกิดความปกติของสภาวะทางจิต ส่วนของสมองที่เรียกว่า hypothalamus เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ทางร่างกาย ส่วน limbic system เป็นทางติดต่อกับ hypothalamus และสมองส่วนนอก มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม โดยเฉพาะในด้านความจำ ความกังวล ความโกรธ ระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นระบบที่อยู่เหนือจิตใจไม่สามารถควบคุมได้ หากมีปฏิกิริยาทางจิตใจอย่างรุนแรงจะแสดงความรู้สึกออกมา เช่น กำลั้งโกรธ หรือ ตื่นเต้น ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานทันที โดยหัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง บางรายมีปัญหาทางอารมณ์ทำให้เกิดโรคทางกายได้เช่น โรคทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายเสีย ส่วนอวัยวะที่อยู่ภายใต้ระบบประสาทที่ควบคุมได้นั้นเกิดอาการผิดปกติได้ เนื่องจากปัญหาอารมณ์ เช่นอาการชักกระตุก หรือเป็นอัมพาต โดยอวัยวะส่วนต่างๆนั้นไม่มีพยาธิสภาพเลย (สมสร เชื้อหิรัญ, 2528)

สังคม หมายถึง ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่นับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตอย่างใกล้ชิด ได้แก่ พื้นฐานและภูมิหลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ครอบครัว เพื่อน สังคม และชุมชน ตลอดจนอาชีพ การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในทางสังคมวิทยา เชื่อว่า ปัจเจกชนกับสังคม เป็นสิ่งที่แยกจากกัน

ไม่ออก มนุษย์จึงจำเป็นต้องมีการติดต่อซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นโครงสร้างทางสังคมที่มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อพฤติกรรมสังคม และวัฒนธรรม เป็นสิ่งแวดล้อมทางนามธรรม ส่วนคนแสดงออกได้ทั้งรูปธรรมและนามธรรม การแสดงออกในรูปแบบของนามธรรมนั้น คือ ความเป็น “คน” การอยู่ร่วมกันของคนมีความสัมพันธ์กัน มีความคิด ความรู้สึก เกิดระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างขึ้นได้แก่ ความเสมอภาค เสรีภาพ ความยุติธรรม สังคมนี้อาจต้องเกี่ยวข้องกับระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งวัฒนธรรมหมายถึง สิ่งที่เป็นผลผลิตส่วนรวมที่มนุษย์เรียนรู้ ป้องกันการแบ่งแยกทางสังคม และสภาวะการณ์ที่ไม่พึงพอใจต่างๆ ของมนุษย์ เพื่อที่จะคงไว้และค้ำจุนความเป็นมนุษย์

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายของจิตสังคมว่า เป็นภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ของบุคคลที่แสดงออกให้เห็นได้ทางสีหน้าแววตา คำพูด และน้ำเสียง อากัปกริยา ท่าทาง และพฤติกรรมอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เป็นภาวะที่ดำเนินการอยู่ตลอดเวลาขณะที่เรามีชีวิตอยู่ และภาวะจิตสังคมมีอิทธิพลต่อความคิด ทศนคติ การรับรู้ สติปัญญาการตัดสินใจ รวมถึงการตอบสนองด้านพฤติกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า จิตสังคม หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคล ที่มีต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย และรวมถึงลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตของบุคคลด้วย จิตสังคมเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและมีผลต่อชีวิตมนุษย์ตลอดเวลา อาจแสดงออกในรูปแบบของอารมณ์ ความรู้สึก หรือ พฤติกรรมรวมถึงการมีผลกระทบต่องสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของบุคคล

3.2 ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

ในปัจจุบันการให้บริการพยาบาลนั้นจะเน้นที่คุณภาพของบริการพยาบาล ซึ่งการที่จะทราบว่าการให้บริการทางพยาบาลอย่างมีคุณภาพหรือไม่นั้นต้องอาศัยตัวชี้วัด ซึ่งชี้วัดทำให้เราสามารถทราบได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลประเภทใดหรือปฏิบัติอย่างไรที่ก่อให้เกิดผลดีหรือบรรลุซึ่งผลลัพธ์สูงสุดที่เราคาดหวังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

ดัชนีชี้วัด หรือเครื่องชี้วัด หมายถึง สิ่งที่ใช้สะท้อนถึงคุณสมบัติของวัตถุ สิ่งของ คน หรือเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องการวัดตามเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงปริมาณในการดำเนินค่าเป็นตัวเลข หรือสัญลักษณ์ที่มีความหมายแทนคุณลักษณะของสิ่งชี้วัดหรือข้อเท็จจริงของสิ่งที่ต้องการวัด ส่วนคำว่า “เกณฑ์ชี้วัด” เป็นการบ่งบอกถึงระดับการบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการวัด (Criteria or Threshold)

การจำแนกประเภทของตัวชี้วัดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวัดและเรื่องหรือประเด็นที่ต้องการนำตัวชี้วัดนั้นไปวัด ดังนี้

Donabedian (1982) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลว่าควรจะมีการวัดคุณภาพทั้งด้านโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

1) ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure Indicator)

โครงสร้างในที่นี้หมายถึง ทุกสิ่งที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ได้แก่ นโยบาย พันธกิจ ปรัชญา กฎระเบียบ ข้อกำหนดต่างๆรวมทั้งกำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะนำไปสู่กระบวนการหรือการให้บริการอย่างมีคุณภาพ

2) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicator)

ในงานบริการพยาบาลการกำหนดตัวชี้วัดด้านกระบวนการมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ประเมินว่า กิจกรรมบริการที่กระทำต่อผู้ใช้บริการนั้นมีความเหมาะสมเพียงใด มีประสิทธิภาพหรือไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ การวัดกระบวนการมีจุดเน้นที่การวัดผลการปฏิบัติการพยาบาลอันเป็นการดูแลโดยตรงที่จะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งจะทำให้เราสามารถทราบได้ว่าการพยาบาลอย่างไรก่อให้เกิดผลดี หรือบรรลุซึ่งผลลัพธ์สูงสุดที่เราคาดหวัง จะให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

3) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicator)

ผลลัพธ์ในที่นี้ หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง Lang (1976 : 10) กล่าวว่า หมายถึงผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากการพยาบาลที่วัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ ในการวัดผลลัพธ์เพื่อประเมินคุณภาพนี้จะต้องมีการวัดทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์นี้มีพื้นฐานหรือพัฒนาการมาจากมาตรฐานซึ่งเป็นผลจากกระบวนการดูแล การบริหารการดูแล Lohr (1988) ได้เสนอเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพนั้นอาจจำแนกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (Patient Outcomes) ได้แก่ พฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ การไม่ได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการ

ดูแลอาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ การที่สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกหรือสถานะสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย

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

3) ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer Outcomes) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลการเกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากการบริการต่างๆ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพหรือ ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อด้านจิตสังคมจึงสามารถวัดได้จากผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล ในการตอบสนองต่อปัญหาหรือภาวะด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

แนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เริ่มต้นในราวปี ค.ศ. 1933 โดยระยะแรก Thorndike และ Gheselli (Thorndike, 1933; Gheselli, 1949) อ้างถึงใน ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเชิงความสัมพันธ์โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ในระยะต่อมา Cohen (1969) ได้เสนอวิธีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าขนาดอิทธิพลได้ถูกนำมาใช้เป็นดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ G.V.Glass (Glass, 1976) เป็นผู้วางพื้นฐานในการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้ค่าดัชนีมาตรฐาน ซึ่งเรียกว่า ขนาดอิทธิพล และได้บัญญัติศัพท์คำว่า “meta-analysis” ซึ่งตรงกับศัพท์ภาษาไทยว่า “การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” ขึ้นใช้เป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 1976 โดยให้ความหมายว่าเป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (the analysis of analysis) หรือเป็นระเบียบวิธีการบูรณาการงานวิจัย (research of researches)

4.1 นิยามของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

นิยามหรือความหมายของคำว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีหลากหลาย แตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ ตามความหมายเดิมของ Glass (1976) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง การวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (the analysis of analyses) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติ

สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ข้อมูลสำหรับการสังเคราะห์ได้แก่ลักษณะการวิจัย (research characteristics) และผลการวิจัย (research outcomes) ต่อมา Glass, McGaw และ Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่าการวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆเรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีทางสถิติ ข้อมูลการวิเคราะห์อภิมานประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

Hedges และ Olkin (1985) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นวิธีวิเคราะห์ผลของการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อยุติ กิจกรรมในการวิเคราะห์อภิมานมี 2 ลักษณะ ลักษณะแรก เป็นการรวบรวมสารสนเทศที่ได้จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ลักษณะที่สองเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีทางสถิติ

Wolf (1986) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อแยกงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยที่เป็นผลสุดโต่ง (outlier) ออกจากกลุ่ม และนำงานวิจัยที่ให้ผลการวิจัยคล้ายคลึงกันมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ หรือแนวโน้ม ที่เป็นข้อสรุปตอบปัญหาวิจัย

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

Rosenthal (1990) Hedges และ Olkin (1985) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นแทนข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานแยกได้เป็น 3 แบบ

การวิเคราะห์แบบแรก เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationship) ระหว่างตัวแปร โดยการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การประมาณค่าแบบจุดและแบบช่วง

การวิเคราะห์แบบที่สอง เป็นการศึกษาหาตัวแปรปรับ (determining moderator variables) โดยการทดสอบว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยมีความแตกต่างกันหรือไม่ ถ้ามีความแตกต่างกัน ต้องศึกษาว่าแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรปรับตัวใด ตัวแปรปรับ คือ ตัวแปรเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นเกณฑ์ที่ตรวจสอบได้ว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแตกต่างกัน

การวิเคราะห์แบบที่สาม เป็นการศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม (establishing relationships by aggregate analysis) โดยหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยจากงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรเหล่านั้นที่ได้จากการวิจัยทุกเรื่องเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยตอบปัญหาวิจัยเป็นข้อยุติ

นางลักษณ์ วิรัชชัย (2542) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่งโดยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวางและลุ่มลึก

จากความหมายของการวิเคราะห์อภิมานที่รวบรวมมาข้างต้นสรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายเรื่อง ที่ศึกษาปัญหาเดียวกันโดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยการวิเคราะห์ ผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจะถูกปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน และนำมาเป็นตัวแปรตามในการสังเคราะห์งานวิจัย ส่วนตัวแปรอิสระคือคุณลักษณะงานวิจัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐานและตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ (moderator variables) ซึ่งได้แก่ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

วิธีการวิเคราะห์อภิมานมีรูปแบบแตกต่างกัน 6 วิธี ดังนี้ (นางลักษณ์ วิรัชชัย และ สุวิมล ว่องวานิช, 2541; นางลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2536)

1) วิธีของRosenthal (Rosenthal, 1991; Rosenthal and Rosnow, 1991) เป็นวิธีแรกที่ได้รับการพัฒนา ลักษณะสำคัญตามวิธีของRosenthal ที่แตกต่างจากการวิเคราะห์อภิมานวิธีอื่นคือการนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการสังเคราะห์และกำหนดสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 2 แบบคือ 1) คำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติในการทดสอบสมมติฐาน 2) คำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ โดยใช้สูตรการประมาณค่าตามแนวคิดของCohen (1977) โดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร การสังเคราะห์งานวิจัยมีสูตรการหาข้อสรุปของดัชนีมาตรฐานทั้งที่เป็นขนาดอิทธิพลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แยกตามลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และมีการแยกสังเคราะห์งานวิจัยตามตัวแปรปรับเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

2) วิธีของ Glass (Glass, McGaw, and Smith, 1981) เป็นวิธีที่พยายามสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองรวมกับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ด้วย โดยมีสูตรให้คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าสหสัมพันธ์ได้ การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลวิธีนี้ต่างจากวิธีอื่นคือการใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมในการคำนวณ จุดเด่นของการวิเคราะห์หิมาณวิธีนี้คือการใช้สูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองแตกต่างกันทุกแบบแผนการวิจัยและมีสูตรในการปรับเปลี่ยนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆมาเป็นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ สูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งสองแบบมีทั้งสูตรการประมาณค่าจากค่าสถิติโดยตรงและสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติ สำหรับการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานใช้การวิเคราะห์ถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นตัวแปรตาม มีตัวแปรปรับ เช่นคุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรต้น เพื่อหาข้อสรุปว่าความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวแปรใด

3) วิธีของ Hunter (Hunter, Schmidt and Jackson, 1982; Hunter and Schmidt, 1991) โดยใช้แนวคิดการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen เช่นเดียวกับวิธีของ Rosenthal แต่ให้ความสำคัญกับการปรับแก้ความคลาดเคลื่อน 3 ชนิด คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ความคลาดเคลื่อนในการวัด และความคลาดเคลื่อนเนื่องจากความจำกัดของพิสัย แล้วจึงตรวจสอบความแปรปรวนมีระบบของดัชนีมาตรฐาน ถ้ายังมีความแปรปรวนเหลืออยู่จึงแยกกลุ่มงานวิจัยตามตัวแปรปรับ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยแต่ละกลุ่มต่อไป

4) วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) ใช้แนวคิดการประมาณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมตามแนวของ Cohen เช่นกัน แต่วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อน เช่นเดียวกับวิธีการของ Hunter แต่แตกต่างกันตรงที่วิธีของ Hedges ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง และ Hedges ได้เสนอสูตรการคำนวณเฉลี่ยโดยการถ่วงน้ำหนักและเสนอการแจกแจงของขนาดอิทธิพลเป็นการแจกแจงแบบ ไค-สแควร์ ใช้ค่าสถิติ Q ในการทดสอบความเท่ากันของค่าขนาดอิทธิพลในแต่ละกลุ่มประชากรก่อนการสังเคราะห์งานวิจัย

5) วิธีของ Slavin (1986) เน้นความสำคัญของการคัดเลือกแต่งงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูงวิธีการของ Slavin มีข้อจำกัดในการปฏิบัติจริงเพราะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หิมาณมีจำนวนไม่มากนัก เมื่อคัดเลือกเฉพาะผลงานที่มีคุณภาพดีทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หิมาณมีจำนวนน้อยและอาจสูญเสีย

ข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ ทำให้การสรุปอ้างอิงผลการวิจัยจึงมีข้อจำกัด

6) วิธีของ Mullen (1989) เป็นวิธีการที่ได้รับการพัฒนาล่าสุด ใช้หลักการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (1969) และได้ใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนน Fisher's Z ในการวิเคราะห์ จุดเด่นของวิธีนี้คือมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์หรือปริมาณโดยตรง โปรแกรมสามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน และทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้

4.2 ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์หรือปริมาณ

เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษาตัวแปรต่างกัน หรือแม้แต่ว่าจะศึกษาตัวแปรเหมือนกัน แต่อาจใช้เครื่องมือวัดต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจึงไม่อยู่ในสเกลเดียวกัน จำเป็นต้องทำให้อยู่ในรูปดัชนีมาตรฐาน (standard indices) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545) ดัชนีมาตรฐานเป็นค่าการวัดตัวแปรจากผลการวิจัย หรือบอกค่าขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดัชนีมาตรฐานที่นิยมใช้คือ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient)

ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) คืออัตราส่วนความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลุ่มควบคุม ดังสมการ

$$d = \frac{Y_E - Y_C}{S_y}$$

เมื่อ $Y_E - Y_C$ = คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

S_y = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ค่าขนาดอิทธิพล เป็นดัชนีมาตรฐานที่บอกให้ทราบว่ากลุ่มทดลองได้รับอิทธิพลจากตัวแปรจัดกระทำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม เป็นก็เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าขนาดอิทธิพลเป็นตัวแปรต่อเนื่อง มีค่าได้ทั้งบวกและลบ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(correlation coefficient) เป็นดัชนีมาตรฐานที่บอกให้ทราบว่าตัวแปรทั้งสองมีความแปรปรวนร่วมกันเป็นกี่เท่าของผลคูณระหว่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทั้งสอง (ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539)

4.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

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

1. กำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย การกำหนดปัญหาการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยมีปัญหาหลัก 3 ข้อเช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงปริมาณทั่วไป คือ ปัญหาเกี่ยวกับการสรุปค่าดัชนีมาตรฐาน ปัญหาเกี่ยวกับความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน และผลการวิจัยที่สังเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับสัมพัทธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณคือ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่มีข้อขัดแย้งหรือมีจำนวนมากให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการและเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้ต่อไป

การวิเคราะห์ห่อภิมาณยังสามารถกำหนดสมมติฐานของการวิเคราะห์ได้เช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถทำได้หลายวิธีได้แก่การกำหนดข้อสมมติฐานจากความรู้ทางทฤษฎี หรือจากคำหรือสมมติฐานของงานวิจัยปฐมภูมิหรืองานวิจัยที่มีอยู่แล้ว

สำหรับชื่อเรื่องของการวิเคราะห์ห่อภิมาณก็อาจพิจารณาจากชื่อเรื่องของงานวิจัยปฐมภูมิที่มีอยู่ หรือได้หัวข้อมาจากความสนใจหรือความต้องการใช้เอง

2. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องวิเคราะห์ เพื่อให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับระดับขององค์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษา อันจะนำมาซึ่งกรอบแนวคิดและสมมติฐานสำหรับการวิเคราะห์ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและศึกษาสังเคราะห์รายงานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับรายงานสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน สำหรับวิธีการสังเคราะห์รายงานอาจใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายแบบเดียวกับวิธีที่ใช้ในงานวิจัยทั่วไป หรือจะนำเสนอแต่เพียงรายงานว่ามีรายงานการวิจัยเป็นจำนวนเท่าไรมีลักษณะทั่วไปอย่างไร

3. รวบรวมข้อมูล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้แยกได้เป็น 4 งานคือ การเสาะค้นงานวิจัย การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะสังเคราะห์ การสร้างเครื่องมือวิจัย และการบันทึกข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

3.1) การเสาะค้นงานวิจัย ต้องกำหนดลักษณะงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยศึกษาปัญหา ลักษณะแบบใด มีความทันสมัยมากน้อยเพียงใด เป็นงานวิจัยจากหน่วยงานใด หรือจะใช้ทุกหน่วยงาน เมื่อได้ขอบเขตกว้างๆแล้วจึงลงมือเสาะค้นงานวิจัย Mullen (1989) ให้แนวทางในการสืบค้นไว้ 6 แนวทาง คือ

- 1) การสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์(on-line computer search)
- 2) การสืบค้นจากดัชนี(abstracting services)
- 3) การสืบค้นจากการอ่านคร่าวๆ(browsing)
- 4) การสืบค้นจากวิทยาลัยมองไม่เห็น(the invisible college)โดยพึ่งพาอาศัย ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน นักวิชาการ
- 5) การสืบค้นย้อนหลัง(ancestry approach)
- 6) การสืบค้นต่อเนื่อง(descendancy approach)

3.2) การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะสังเคราะห์ โดยตัดสินใจว่าจะวิเคราะห์งานวิจัยทุกเรื่องหรือเลือกศึกษาเฉพาะบางส่วน Glass, McGaw, and Smith(1981) และ Light and Pillemer(1984) เสนอทางเลือกไว้ 4 ทางเลือก คือ

- 1) การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้
- 2) การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้น(strata) ตามลักษณะงานวิจัย แล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น
- 3) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการเผยแพร่
- 4) การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการประเมินจากนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งวิธีนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Slavin (1987) แต่ Glass, McGaw, and Smith (1981) ไม่เห็นด้วยโดยอ้างว่างานวิจัยทุกเรื่องมีคุณค่าเช่นเดียวกับแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ในงานวิจัย

การกำหนดตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์หोरภิมาน โดยทั่วไปการวิเคราะห์หोरภิมานจะมีการกำหนดตัวแปรที่สนใจศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

- 1) ตัวแปรหลักของการวิเคราะห์หรือตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ตัวแปรผลลัพธ์หรือข้อค้นพบของการวิจัย (findings) แต่ละเรื่องที่น่ามาวิเคราะห์ โดยที่งานวิจัยปฐมภูมิ

แต่ละเรื่องที่น่าสนใจนำมาวิเคราะห์อาจมีหน่วยการวัดที่แตกต่างกันจึงต้องมีการทำให้มีหน่วยการวัดเป็นมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่า ค่าดัชนีมาตรฐาน เช่น ใช้ค่าขนาดอิทธิพลสำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เป็นต้น (Glass, McGaw, and Smith, 1981)

2) ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง (characteristic of studies) ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรอิสระ (independent variable) ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นตัวแปรที่เชื่อกันว่าน่าจะอธิบายความผันแปรหรือความแตกต่างของผลลัพธ์หรือข้อค้นพบ ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่น่าสนใจวิเคราะห์ห่อภิมาณได้เป็น 2 ประเภทคือ

2.1) คุณลักษณะเชิงเนื้อหาสาระ (substantive characteristics) ได้แก่ สาระที่เป็นสาระของปัญหาที่สนใจศึกษา ซึ่งเชื่อกันว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อข้อค้นพบในงานวิจัยปฐมภูมิแต่ละเรื่อง เช่น การวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วย ตัวแปรที่เป็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการสอน คือ วิธีการสอน (สอนเป็นกลุ่ม สอนอย่างมีแบบแผน การสาธิต และ การศึกษาด้วยตนเอง) สื่อการสอน (วีดีโอเทป เทปวิทยุ และการบรรยาย) การวัดผลลัพธ์ของการสอน (ความรู้ทักษะในการปฏิบัติ) เนื้อหาความรู้ที่สอน เวลาที่สอน (ก่อน หรือ หลังการเข้าอนโรงพยาบาล) (Theis and John, 1995 อ้างถึงในวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) เป็นต้น

2.2) คุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัย (methodological characteristics) หมายถึงลักษณะของการวิจัยปฐมภูมิแต่ละเรื่องที่เชื่อกันว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อข้อค้นพบ เช่น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง (สุ่ม ไม่สุ่ม หรือเลือกแบบเฉพาะเจาะจง) การจัดสิ่งทดลองให้กับตัวอย่าง (สุ่ม ไม่สุ่ม) วิธีการให้สิ่งทดลอง ลักษณะและคุณภาพของเครื่องมือวัดผลการทดลอง และลักษณะการเผยแพร่ผลงานวิจัย (ได้รับการตีพิมพ์ หรือไม่ตีพิมพ์) เป็นต้น

3.3) การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณทุกประเภท มีเพียง 2 แบบคือ 1) แบบประเมินงานวิจัยและแบบบันทึกข้อมูล 2) แบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัย สอดคล้องกับชื่อเรื่องหรือปัญหาการวิจัย สมมติฐานวิจัยมีหลักฐานสนับสนุน ใช้วิธีการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เป็นต้น สำหรับแบบบันทึกข้อมูลอาจทำเป็นตารางหรืออาจเป็นแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิดก็ได้ จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5-10 เรื่อง ในขั้นการทดลองนี้นักวิจัยที่ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณทุกคนพบว่า ต้องมีการปรับปรุงแบบเครื่องมือหลายครั้งกว่าจะลงตัวใช้งานได้จริง ในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลหลายคน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลด้วย

3.4) การบันทึกข้อมูล เป็นการบันทึกการลงรหัสและการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป การบันทึกและการลงรหัสสำหรับตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยไม่ผู้จะมีปัญหา แต่การบันทึกผลการวิจัยโดยต้องประมาณค่าเป็นดัชนีมาตรฐานค่อนข้างจะมีปัญหาเพราะมีรายงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยหลากหลายและมีรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้เสนอสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง 2 วิธีคือ 1) วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 2) วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ครอบคลุมงานสำคัญ 3 งานคือ

4.1) การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ได้แก่ การสร้างไฟล์ข้อมูลและการตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดมีค่าขาดหาย (missing) บ้าง ถ้ามีค่าขาดหายมากต้องตรวจสอบว่าการขาดหายเกิดขึ้นโดยการสุ่มหรือมีระบบ รวมทั้งการพิจารณาประมาณค่าการขาดหาย

4.2) การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปรและการตรวจสอบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์หรือไม่อย่างไร

4.3) การวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัยซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่งวัดในรูปของดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันนักวิจัยจะสามารถสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่างคือความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องมาจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้อาจทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีการบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ สถิติวิเคราะห์ที่นิยมใช้ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอย และการวิเคราะห์พหุระดับ

หลักสำคัญในการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยประกอบด้วยการรวมค่า (combination) ดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยในกรณีที่มีความแปรปรวนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบ (comparison) ค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยในกรณีที่มีความแปรปรวน มีนัยสำคัญทางสถิติ จุดมุ่งหมายของการเปรียบเทียบคือการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานด้วยตัวแปรปรับ (moderator variables) เพื่อให้ทราบถึงเงื่อนไขและปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง

5. สรุปและนำเสนอรายงาน เป็นงานขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์ห่อภิมานคือการสรุปผลการวิเคราะห์และนำเสนอรายงาน โดยการสรุปต้องมีการสรุปผลการวิเคราะห์ซึ่งควรเป็นข้อค้นพบที่ลึกซึ้งและกว้างขวางมากกว่าสาระจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และต้องมีการอภิปรายเชื่อมโยงผลการสังเคราะห์กับองค์ความรู้ในอดีตและความรู้จากทฤษฎี สรุปให้เห็นข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งทางวิชาการและการปฏิบัติจริง ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคต ลักษณะรายงานการวิเคราะห์ห่อภิมานแตกต่างจากงานวิจัยทั่วไปตรงที่บรรณานุกรมแยกเป็นสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของรายงาน และส่วนที่เป็นบรรณานุกรมของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาน

4.4 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาน

มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมานไว้หลายท่าน (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545; Hunt, 1997; Hunter and Schmidt, 1990) พอสรุปได้ดังนี้

1) สามารถสรุปผลที่ได้จากข้อมูลหรือสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยโดยตรงในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่สนใจได้อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ เพราะมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นระบบ และใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้ในขณะที่การสังเคราะห์งานวิจัยประเภทพรรณนาใช้วิธีการที่ค่อนข้างเป็นอัตนัยจึงมีความแตกต่างระหว่างงานวิจัยแต่ละคน

2) สามารถเห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไปในแง่มุมต่างๆของปรากฏการณ์ที่ศึกษาและช่วยชี้แนะให้เห็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยต่อไปได้ชัดเจนขึ้น

3) ในกรณีที่มีงานวิจัยบางเรื่องให้ผลการวิจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ การวิเคราะห์ห่อภิมานมีกระบวนการตรวจสอบสาเหตุที่ทำให้งานวิจัยเหล่านั้นมีผลการวิจัยแตกต่างจากเรื่องอื่น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในแง่มุมใหม่ๆต่อไป

4) สามารถหาคำตอบของปัญหาที่สนใจโดยไม่ต้องลงมือทำการวิจัยซึ่งประหยัดค่าใช้จ่ายกำลังคนและทรัพยากรได้อย่างมาก

5) มีความสำคัญในการพัฒนาทฤษฎี เพราะข้อค้นพบที่กว้างขวาง ลุ่มลึกจากการวิเคราะห์ห่อภิมาน ช่วยให้ได้หลักฐานสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ ซึ่งจะเป็นการขยายขอบเขตของความรู้ให้มีการพัฒนาต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรองโต อุณหสุต และคณะ(2539) เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณมาใช้ในการพยาบาล ซึ่งได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในระหว่าง พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2536 โดยวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง จากงานวิจัยทั้งหมด 52 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 7 เรื่อง และได้รับการ ผ่าตัดคลอดบุตร จำนวน 7 เรื่อง ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 56 ค่า ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ขนาดอิทธิพลของการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดส่วนใหญ่มีค่าเป็นบวก และขนาดอิทธิพลครึ่งหนึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.13-0.40 แสดงให้เห็นว่า ขนาดอิทธิพลมีขนาดเล็กถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังพบการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีการเตรียมตัวอย่างมีแบบแผนมีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรการปรับตัวทางกายและทางจิตสังคม ส่วนที่ไม่มีแบบแผนในการปรับตัว พบว่ามีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรการปรับตัวทางกายเช่นกัน แต่ขนาดอิทธิพลเป็นลบต่อตัวแปรการปรับตัวทางจิตสังคม

สมจิต หนูเจริญกุล(Hanucharunkul, 2000) ได้วิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทยโดยทำทุก 10 ปี โดยวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 139 เรื่องจากงานวิจัยทั้งหมด 180 เรื่อง ซึ่งการวิเคราะห์นี้ได้แยกตามประเภทงานวิจัยคือ งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ และเชิงทดลอง ผลการวิเคราะห์ของงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ จำนวน 73 เรื่อง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็มมีขนาดอิทธิพลแตกต่างกันดังนี้ ระดับการศึกษา (0.45-0.99) รายได้ (0.06-1.29) การสนับสนุนทางสังคม (0.16-1.62) ความรู้ในการดูแลตนเอง (0.42-1.27) ภาวะสุขภาพ (0.52-2.44) อายุ (-0.72 ถึง 0.77) จำนวนของบุตรที่ต้องการให้ดูแล (-0.56 ถึง -0.39) ส่วนผลการวิเคราะห์ของงานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จำนวน 66 เรื่อง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีค่าอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดคือ 1.90 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (0.60) โดยมีช่วงของค่าขนาดอิทธิพลแต่ละกลุ่ม ดังนี้ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (0.90-2.47) ผู้ป่วยมะเร็ง(0.05-1.75) ผู้ป่วยเบาหวาน (0.32-3.47) หญิงตั้งครรภ์ (0.14-2.31) เมื่อพิจารณาค่าอิทธิพลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (0.40-1.68) ผู้ป่วยมะเร็ง (0.27-1.15) สำหรับในผู้ป่วยศัลยกรรมขนาดอิทธิพลด้านบรรเทาปวด มีค่า 0.10 ถึง 2.14 การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่า 0.04 ถึง 2.50 ความพึงพอใจ 0.43 ถึง 1.92 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ 1.14วัน

สินีนานู ลิขิตรัตน์เจริญ (2542) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จากงานวิจัยทั้งหมด 57 เรื่อง นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 193 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ได้ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล 1.23 และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยด้านการควบคุมเมตาบอลิซึม มีขนาดปานกลาง (0.60) ในขณะที่ด้านอื่นๆ มีค่าขนาดมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูง ได้แก่ความสามารถในการดูแลตนเอง (1.65) ความรู้ของผู้ป่วย (1.52) และความเชื่อและเจตคติต่อโรคเบาหวาน (1.61) จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ในด้านต่างๆของผู้ป่วย

อรพินท์ ใจสุนทร (2542) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย โดยวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัยจำนวน 60 เรื่อง คำนวณค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล ซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐาน จำนวน 355 ตัว ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำในทางบวก ผลของการฝึกอบรมทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยวิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ดีกว่าการใช้วิธีสอนแบบบรรยาย นอกจากนี้ยังพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัย ได้ร้อยละ 27.21

นवलสกุล แก้วลาย(2545) วิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2522-2544 โดยวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 36 เรื่อง จากงานวิจัยทั้งหมด 38เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง การพยาบาลมีพบในการศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) วิธีที่ใช้กระบวนการคิดและการกระทำ ร้อยละ 58.98 ได้แก่ การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติตน เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย 2)วิธีการที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง ร้อยละ 20.51 ได้แก่ การนวด การจัดทำผู้ป่วย การสัมผัส และการใช้เครื่องเทนส์ 3) การใช้หลายวิธีร่วมกัน ร้อยละ 20.51 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบ ซึ่งอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -5.05 วิธีการพยาบาลที่ให้ค่าคะแนนเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่ออารมณ์ขัน การใช้เครื่องเทนส์ การเบี่ยงเบนความสนใจ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้การเล่นเกมส์ การนวด การให้ข้อมูลและการปฏิบัติตน การจัดทำผู้ป่วย การผ่อนคลาย และการใช้หลายวิธีร่วมกันตามลำดับ

ความแตกต่างของขนาดอิทธิพลยังขึ้นอยู่กับลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยบางประการ คือ กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม คุณลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยโดยรวม ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลร้อยละ 48

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ (2545) วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่าง พ.ศ. 2522-2544 โดยวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 36 เรื่องจากงานวิจัย 37 เรื่องเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การพยาบาลที่พบในการศึกษาแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) การสอนและการให้ข้อมูล ร้อยละ 41.03 2) การใช้เทคนิคทางการบำบัดพยาบาล ร้อยละ 23.03 ประกอบด้วย การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกผ่อนคลาย และการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด 3) การใช้กระบวนการกลุ่ม ร้อยละ 2.56 4) การใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -2.59 วิธีการพยาบาลที่ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้หลายวิธีร่วมกัน การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การสอนหรือการให้ข้อมูล การใช้ดนตรีบำบัด การฝึกผ่อนคลาย และการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการแบบสังเกตพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการวัดผลการศึกษามากที่สุด เมื่อนำตัวแปรคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดมาพิจารณาร่วมกันจะสามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพล ร้อยละ 59

อาภรณ์ คำก้อน(2545) ได้วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ.2522-2543 โดยวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 52 เรื่องจากงานวิจัยทั้งหมด 68 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้งหมดให้ค่าขนาดอิทธิพล 319 ค่าโดยมีค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 0.77 การสอนรายกลุ่มและการสอนรายบุคคลมีค่าอิทธิพลเฉลี่ยระดับสูงเท่ากับ 0.89 และ 0.77 วิธีการสอนโดยการอภิปรายและการสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดโดยมีค่าเท่ากับ 0.89 การใช้สื่อในการสอนหลายชนิดให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงที่สุดซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.79 ระยะเวลาของการสอนที่ให้ผลดีที่สุดคือ การสอนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.64 เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการสอนพบว่า ขนาดอิทธิพลของการสอนต่อความรู้ การปฏิบัติตัวและภาวะจิตใจ อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเท่ากับ 2.73 0.98 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ของการสอนต่อภาวะสุขภาพร่างกายมีขนาดอิทธิพลปานกลาง คือ มีค่าเท่ากับ 0.53 การวิเคราะห์การถอยพหุคูณพบว่า ไม่มีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของการสอน

อัจจรา นุตตะโร (4546) ได้วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับผลิตผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยศึกษางานวิจัยและวิทยานิพนธ์ของประเทศไทยระหว่างปี 2523-2544 จำนวน 51 เรื่อง วิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, Mcgaw, and Smith (1987) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 139 ค่า ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่โดยมีประสิทธิผลด้านจิตใจสูงกว่าด้านสรีระ และไม่พบตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบำบัดการผ่อนคลาย เมื่อจำแนกเทคนิคการผ่อนคลายตามประเภท พบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านสรีระมากที่สุด การฝึกสมาธิมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจมากที่สุด การผ่อนคลายร่วมกับการหายใจมีประสิทธิผลต่อผลต่อความดันโลหิตและอัตราชีพจรมากที่สุด การใช้ดนตรีมีประสิทธิผลต่ออัตราการหายใจมากที่สุดและการฝึกสมาธิและการสร้างจินตภาพมีประสิทธิผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด

Smith and Stullenbarger (1995) ได้วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยจำนวน 482 เรื่องที่ศึกษาระหว่างปี 1981-1990 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (ร้อยละ 90) และงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 42 เรื่อง ใช้วิธี integrative review ของ Cooper's (1989) และวิเคราะห์ห่อภิมานใช้วิธีของ Hedges and Olkin (1985) จากการศึกษาพบว่าอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง ความเจ็บปวด และอาการอ่อนล้า หัวข้อที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นความสัมพันธ์ เกี่ยวกับการรักษาหรือการฟื้นฟู (ร้อยละ 52) งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิด (ร้อยละ 51) รองลงมาไม่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล (ร้อยละ 33) และใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพียงร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) จากงานวิจัยเชิงทดลอง 42 เรื่อง พบว่ามีวิธีปฏิบัติการพยาบาล 29 วิธี ซึ่งผลการปฏิบัติการพยาบาลในงานวิจัยทั้งหมดมีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ที่เป็นตัวแปรตาม มีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -7.39 ถึง 3.36 ซึ่ง การจัดการกับอาการ มีค่าขนาดอิทธิพล สูงสุดจนถึงต่ำสุด แต่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เด่นที่สุดคือการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด (.02 และ .06)

Devine and Westlake (1995) วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคม ต่อผลลัพธ์ 7 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า สภาวะทางอารมณ์ คลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวด และความรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่ศึกษาระหว่างปี 1976-1993 จำนวน 116 เรื่อง มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาในงานวิจัยทั้งหมด 5,326 คน เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 98 เรื่อง และงานวิจัยที่มีเพียงกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว 18 เรื่อง มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้วิธีวิเคราะห์ห่อภิมานตามแนวคิดของ

Glass(1981) และ Hedges and Olkin (1985) ผลการวิเคราะห์พบว่าได้ค่าขนาดอิทธิพล 183 ค่า มีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลทั้งหมดอยู่ระหว่าง -0.54 ถึง 4.70 ซึ่งขนาดอิทธิพลของการให้ความรู้ และการดูแลด้านจิตสังคมต่อความรู้ที่อยู่ในระดับสูงคือ 0.90 ส่วนผลลัพธ์ของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่อ การคลื่นไส้ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้ามีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง คือ 0.69 0.56 และ 0.54 ตามลำดับ และผลลัพธ์ของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่อสภาวะทางอารมณ์ ความเจ็บปวด และการอาเจียน มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำคือ 0.45 0.43 และ 0.34 ตามลำดับ

Devine (2003) ได้วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตศึกษา (Psychoeducational) เพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 25 เรื่อง ที่ศึกษาระหว่างปี 1978-2001 โดยมี 22 งานวิจัยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 3 งานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง ทั้งหมด มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในงานวิจัยที่ศึกษา 1,723 คน มีอายุระหว่าง 33-77 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 68) ผลการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้งหมดให้ค่าขนาดอิทธิพล 29 ค่า การปฏิบัติการพยาบาลที่พบในการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การสะกดจิตดนตรีบำบัด และการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นต้น มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง-ขนาดสูง 2) การให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดต่ำ-ขนาดปานกลาง 3) การปฏิบัติการพยาบาลแบบสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดต่ำ-ขนาดปานกลาง 4) ใช้การปฏิบัติการพยาบาลหลายวิธีร่วมกัน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดต่ำ-ขนาดปานกลาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้ ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ห่อภิมานตามวิธีการของ Glass, McGaw, and Smith(1981) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้สถิติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการสรุปผล โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยสังเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาสังเคราะห์ และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกอย่าง แต่เป็นงานวิจัยที่มีความเหมือนกันในบางด้าน คือเป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรต้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาล และตัวแปรตามเป็นผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

นอกจากนี้งานวิจัยอาจมีความแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง หลังจากนั้น นำผลของการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่าขนาดอิทธิพล (effect size) เป็นค่าที่บอกถึงอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำคือการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีต่อตัวแปรตามคือ ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม แต่ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ อาจไม่ได้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจเป็นผลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยอื่น จึงมีการวิเคราะห์หาความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้วยคุณลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์หรือปริมาณบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งอย่างแท้จริง

สำหรับกรอบแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแปรต้นคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ ได้ประยุกต์แนวคิดของ Nichols (1984) ซึ่งจำแนกองค์ประกอบในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยฝ่ายกายไว้ 4 อย่างคือ การดูแลด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษาและการเฝ้าระวังสถานะจิตใจ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง จึงแบ่งกลุ่มของวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ การให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานเป็นการการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 1 วิธีตามแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลของ Nichols ได้แก่ การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหลายเหล่านี้เป็นการดูแลเอาใจใส่และให้ความสุขสบาย ให้ผู้ป่วยมะเร็งได้เข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและเพื่อเป็นการสนับสนุนให้เห็นถึงความห่วงใยในสวัสดิภาพของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆด้านจิตสังคมจะช่วยในการสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ และรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาล ส่วนการให้ข้อมูลรวมถึงการสอนนั้น เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งได้เรียนรู้เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับความรู้และทักษะใหม่ๆ ซึ่งการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องอาศัยการดูแลรักษาตนเองเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพและวิธีการดูแลตนเองจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ และการเป็นที่ปรึกษารวมถึงการดูแลด้านอารมณ์ เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมองหาทางเลือก รู้จักเลือกพฤติกรรมที่มีผลดีกับภาวะจิตสังคม และพัฒนาความสามารถในการควบคุมและดูแลตนเอง ช่วยลดผลลัพธ์ด้านจิตสังคม หากผู้ป่วยมะเร็งได้รับการ

ปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมด ขณะเจ็บป่วยและได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีสุขภาพดี คือสามารถทำหน้าที่ทั้งด้านสรีระ จิตสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และเนื่องจากจิตสังคมเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงส่งผลให้ลดผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ได้

แก่ ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

ได้แก่

ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล สมมติฐานของงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง การออกแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร

ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

คุณลักษณะงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระ ได้

แก่ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ตำแหน่งระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ให้การปฏิบัติการพยาบาล และประเภทการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน คือ การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2547

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ โดยค้นคว้าจากดัชนีของห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ จากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-60ปี)
2. พิมพ์เผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2527- วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2547
3. เป็นงานการวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพลซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F-test, Z test, U test, P value

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล กรอบแนวคิด ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา สมมติฐานของงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง การออกแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลชนิดต่างๆ เพื่อลดผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่ให้การปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังการให้การปฏิบัติการพยาบาล) ตำแหน่ง ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ให้การปฏิบัติการพยาบาล และผลของการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ในการสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร เกี่ยวกับเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งและรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิमानเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมและเหมาะสมในด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระในแบบสรุปรายงานการวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของสินีนากวลิติตเจริญรัตน์ (2543) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยในประเทศไทย ของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ(2542) โดยปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) โดย

1. นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อความ และความครอบคลุม นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อความ และความครอบคลุมด้านคุณลักษณะงานวิจัยเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายนามตามภาคผนวก) มีดังนี้

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

3. ทดลองใช้กับรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย

4. นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดดังกล่าวด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Inter-rater reliability) โดยให้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างก็บันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต (ทศนิยม 2 ตำแหน่ง, 2542: 33; Polit and Hungler, 1999: 416)

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

ในตรวจสอบความเที่ยงของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์บันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง และได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้หาข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการประเมินซ้ำโดยคนเดิม (Intra-rater reliability) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.96 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396)เช่นกัน

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากของ Brown (Brown, 1990 cited in Brown. 1991: 353) ภิรดี วัชรสิน (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุญ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวความคิดการประเมินปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพงานวิจัย 8 ด้านได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวความคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย 8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4 ซึ่งผลจากการประเมินคุณภาพงานวิจัย นำมาจัดเป็นคุณลักษณะงานวิจัย (Substantial and Methodological characteristic) บางประการที่อาจส่งผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล

การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ในการสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและรายงานการวิจัย ได้แก่แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (Brown, 1990 cited in Brown. 1991: 353) ภิรดี วัชรสิน (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุญ (2544)

2. กำหนดหัวข้อการประเมินคุณภาพงานวิจัย อธิบายเกณฑ์การประเมินตามหัวข้อที่กำหนด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเป็นแบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ (rubic) คะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 4 โดยมีความหมายการให้คะแนนดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) โดยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านมีดังนี้

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

การกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 4 ระดับคือ

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

เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยมีทั้งหมด 30 ข้อ ดังนั้นคะแนนรวมของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยนี้จะอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน ซึ่งการแบ่งระดับคุณภาพงานวิจัย ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) โดยแบ่งระดับงานวิจัยจากการแปลผลคุณภาพงานวิจัยนี้จากคะแนนรวม ไว้ดังนี้

91-120	คะแนน หมายถึง	ดีมาก
61-90	คะแนน หมายถึง	ดี
31-60	คะแนน หมายถึง	ปานกลาง
0 -30	คะแนน หมายถึง	ต้องปรับปรุง

ผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง จากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

กับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย การปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดดังกล่าวด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Inter-rater reliability) โดยให้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ต่างก็บันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต (ทศนีย์ นะแส, 2542: 33; Polit and Hungler, 1999: 416)

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

ในตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์บันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง และได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้หาข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับการประเมิน แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการประเมินซ้ำโดยคนเดิม (Intra-rater reliability) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมิน

คุณภาพงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) เช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ. 2527-2547 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ “ผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer patient) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) จิตสังคม (Psychosocial) ผลลัพธ์ (Outcome) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความเครียด (Stress)” เป็นต้น จากบริการสืบข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศไทยและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ <http://www.car.chula.ac.th>, <http://lib.cmu.ac.th>, <http://www.li.mahidol.ac.th>, <http://www.swu.ca.th>, <http://www.psu.ca.th>, <http://www.kku.ac.th>, <http://www.lib.buu.ac.th>, <http://www.lib.ku.ac.th>, <http://www.libau.ac.th>, <http://www.rsu.ac.th/library>, <http://www.moph.go.th>, <http://www.tiac.or.th>, <http://www.riclib.nrct.go.th>, <http://www.nci.go.th>

ค้นด้วยมือ หางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และจากบัตรคำในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยบูรพาห้องสมุดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ห้องสมุดสภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ

ค้นด้วยมือ หารายชื่อจากวารสารทางการพยาบาลที่มีการเผยแพร่จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และสถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผลการสำรวจพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2547 จำนวนทั้งสิ้น 62 เรื่อง

2. ติดต่อกับบัณฑิตวิทยาลัยแต่ละมหาวิทยาลัย หรือสถาบันตามรายชื่อที่มีงานวิจัยในการนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณตามที่สำรวจไว้แล้ว เพื่อขออนุญาตผู้มีอำนาจในการอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ

3. ศึกษางานวิจัยโดยการอ่าน เพื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีรายงานงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 11 เรื่อง และมีการใช้สถิติแบบ The Wilcoxon Test โดยไม่แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน 9 เรื่อง ซึ่งเป็นงานที่ไม่มีค่าสถิติพื้นฐานเพียงพอในการนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเนื่องจากยังไม่มีสูตรการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าสถิติแบบ The Wilcoxon Test คงเหลืองานวิจัยที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้จำนวน 42 เรื่อง

4. ศึกษาและบันทึกข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ อย่างละเอียดในรูปแบบสรุปและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัยจะอ่านงานวิจัยอย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกอ่านเพื่อให้ทราบสาระของงานวิจัยโดยละเอียดและทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบที่สองอ่านเพื่อเก็บสาระบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย กรณีที่ไม่มั่นใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

5. นำงานวิจัยทั้งหมดที่วิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก คือ ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคม และจำแนกตามชนิดของวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อหาข้อสรุปจากผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยวิเคราะห์ 3 ส่วน ได้แก่คุณลักษณะของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลและคุณลักษณะงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์จากคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 97 และโปรแกรม SPSS for Windows Version 11.0 ดังนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยจากรูปแบบงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากงานวิจัย โดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

3. หาค่าคะแนนเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลรวมจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

4. แปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen (Cohen, 1977; Cohen, 1988 cited in Furukawa, 1999) ได้แก่

ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.2

ค่าอิทธิพลขนาดกลาง มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5

ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8

5. นำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ตามกลุ่มตัวแปรต้น คือ ประเภทของปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การให้ข้อมูล การสอน การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

6. นำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาเปรียบเทียบ ตามกลุ่มตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมด้านต่างๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภท

7. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2547 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อภิมานตามแนวคิดของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981)

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยแยกเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

- 1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1
- 1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 2 ถึง ตารางที่ 4
- 1.3 ด้านเนื้อหาของสาระของงานวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 5 ถึง ตารางที่ 10

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ดังแสดงในตารางที่ 11 ถึง ตารางที่ 18

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาของสาระของงานวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 19 ถึง ตารางที่ 20

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ทางสถิติและอักษรย่อเพื่อใช้แทนค่าสถิติต่างๆดังนี้

สัญลักษณ์	เครื่องหมาย
X หรือ Mean	คะแนนเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
Sample size	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง(จำนวนผู้ป่วย)
N	จำนวนค่าขนาดอิทธิพล
n	จำนวนเล่มของงานวิจัย
d	ค่าขนาดอิทธิพล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยนำเสนอตารางการแจกแจงความถี่ของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานในตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย และปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทงานวิจัย		
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	37	88.09
รายงานการวิจัย	3	7.14
วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต	1	2.38
สารนิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	1	2.38
สถาบันผลิตงานวิจัย		
มหาวิทยาลัยมหิดล	20	47.61
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	6	14.28
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	6	14.28
มหาวิทยาลัยบูรพา	3	7.14
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร	3	7.14
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2	4.76
มหาวิทยาลัยรามคำแหง	1	2.38
กระทรวงสาธารณสุข	1	2.38

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย และปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
สาขาที่ผลิตงานวิจัย		
พยาบาลศาสตร์	28	66.66
จิตวิทยาการปรึกษา / จิตวิทยาการแนะแนว	8	19.04
แพทยศาสตร์	2	4.76
สาธารณสุขศาสตร์	2	4.76
สุขศึกษา	1	2.38
การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์	1	2.38
ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย		
2523 - 2527	3	7.14
2528 - 2532	3	7.14
2533 - 2537	11	26.19
2538 - 2542	13	30.95
2543 - 2547	12	28.57

จากตารางที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 37 เรื่อง (ร้อยละ 88.09) ส่วนสถาบันที่ผลิตงานวิจัยพบว่า เป็นงานวิจัยที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 47.61) สาขาของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 28 เรื่อง (ร้อยละ 66.66) ในด้านการตีพิมพ์เผยแพร่พบว่า งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2542 มากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 30.95) รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ 28.57)

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอตารางการแจกแจงความถี่ของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยในตารางที่ 2 ถึงตารางที่ 4 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบแผนการวิจัย กรอบแนวคิด สมมติฐาน แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล		
1 เดือน – 5 เดือน	26	61.90
6 เดือน – 10 เดือน	9	21.42
10 เดือน – 15 เดือน	5	11.90
26 เดือน – 30 เดือน	1	2.38
ไม่ระบุ	1	2.38
แบบแผนการวิจัย		
กึ่งทดลอง	42	100
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย		
มีการระบุกรอบแนวคิด	27	64.28
ไม่มีการระบุกรอบแนวคิด	15	35.71
สมมติฐานของงานวิจัย		
สมมติฐานทางเดียว	36	85.72
สมมติฐานสองทาง	6	14.28
แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง		
กรุงเทพมหานคร	29	69.04
ต่างจังหวัด	11	26.19
ต่างประเทศ	2	4.76
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง	39	92.75
สุ่มอย่างง่าย	3	7.14

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบแผนการวิจัย กรอบแนวคิด สมมติฐาน แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม		
ไม่มีการสุ่ม	19	45.23
สุ่มเข้ากลุ่ม	17	40.47
ไม่มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง(ในกรณีมีกลุ่มตัวอย่าง1กลุ่ม)	6	14.28
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่ม)		
2 กลุ่ม	35	83.33
1 กลุ่ม	6	14.28
3 กลุ่ม	1	2.38
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (คน)		
1 - 30 คน	23	54.76
31 – 60 คน	14	33.33
61 – 90 คน	4	9.52
91 -120 คน	1	2.38

จากตารางที่ 2 พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 1-5 เดือน จำนวน 26 เรื่อง (ร้อยละ 61.90) เป็นงานวิจัยทั้งทดลองทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัยจำนวน 27 เรื่อง (ร้อยละ 64.28) และตั้งสมมติฐานการวิจัยเป็นแบบทางเดียว จำนวน 36 เรื่อง (ร้อยละ 85.72) มีการเก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ 69.04)

เมื่อพิจารณาตามการเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เกือบทั้งหมดมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 39 เรื่อง (ร้อยละ 92.85) โดยมีวิธีการแบ่งกลุ่มตัวในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมอย่างใดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 19 เรื่อง (ร้อยละ 45.23) และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 17 เรื่อง

(ร้อยละ 40.47) ส่วนด้านการแบ่งจำนวนกลุ่มพบว่ามีการแบ่งตัวอย่างเป็น 2กลุ่มมากที่สุด จำนวน 35 เรื่อง (ร้อยละ 83.33) และงานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 1-30 คน มากที่สุด จำนวน 23 เรื่อง (ร้อยละ 54.76) รองลงมา มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 31- 60 คน จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 33.33)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน *	ร้อยละ
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ		
เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง	40	95.24
เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงเพียงอย่างเดียว	2	4.76
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล		
Independent t-test	18	30
The Wilcoxon Test	11	18.33
Dependent t-test	11	18.33
ANCOVA	10	16.66
ANOVA	5	8.33
The Mann – Whitney U Test	5	8.33

* 1 งานวิจัยมีคุณลักษณะงานวิจัยมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 3 พบว่า เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง จำนวน 40 เครื่องมือ (ร้อยละ 95.24) เมื่อพิจารณาด้านสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สถิติแบบ Independent t-test ร้อยละ 30 รองลงมาใช้สถิติแบบ Dependent t-test และ The Wilcoxon Test ร้อยละ (18.33)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัย (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ดีมาก	22	52.38	96.318	5.213
ดี	19	45.24	81.421	7.275
ปานกลาง	1	2.38	50.00	
รวม	42	100		

จากตารางที่ 4 พบว่า งานวิจัยส่วนมากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 22 เรื่อง (ร้อยละ 52.38) รองลงมาอยู่ในระดับดี จำนวน 19 เรื่อง (ร้อยละ 45.54)

1.3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอตารางการแจกแจงความถี่ของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยในตารางที่ 5 ถึงตารางที่ 10 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยมะเร็ง (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งเต้านม	17	40.47
มะเร็งปากมดลูก	14	33.33
มะเร็งศีรษะและคอ	6	14.28
มะเร็งเม็ดโลหิตขาว	1	2.38
มะเร็งปอด	1	2.38
มะเร็งรังไข่	1	2.38
มะเร็งไม่ระบุชนิด	2	4.76
ระยะของโรค		
ระยะ 1	2	4.76

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยมะเร็ง (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะ 2	17	40.48
ระยะ 3	9	21.43
ระยะ 4	5	11.90
ไม่ระบุ	9	21.43
การรักษาที่ได้รับ		
ผ่าตัด	17	40.47
รังสีรักษา	16	38.09
เคมีบำบัด	3	7.14
ผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	2	4.76
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	2.38
ไม่ระบุ	3	7.14

จากตารางที่ 5 พบว่าอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ40.47) รองลงมาได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ33.33) ด้านระยะของโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรค จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ 40.48) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัด จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ 40.47)รองลงมาได้รับการรักษาแบบรังสีรักษา จำนวน 16 เรื่อง (ร้อยละ38.09)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับประเภทของปฏิบัติการพยาบาล (งานวิจัย 42 เรื่อง)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การใช้กระบวนการกลุ่ม	10	23.81
การให้คำปรึกษา	7	16.67
การให้ข้อมูล	6	14.26
การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	6	11.90
การสอน	5	11.90
การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	5	11.90
งานวิจัย 1 เรื่องมีปฏิบัติการพยาบาล มากกว่า 1 ประเภท	3	7.14

จากตารางที่ 6 พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาใช้ในงานวิจัยมากที่สุดคือ การใช้กระบวนการกลุ่ม มีจำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 23.81) รองลงมา คือการให้คำปรึกษา มีจำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 16.67)

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของการปฏิบัติการพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน *	ร้อยละ
ความวิตกกังวล	13	25.49
ความซึมเศร้า	4	7.84
ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	4	7.84
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	4	7.84
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	4	7.84
ความหวัง	4	7.84
ความเครียด	2	3.92
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	2	3.92
ความทุกข์ทรมาน	2	3.92

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของการปฏิบัติการพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน *	ร้อยละ
ความผาสุกทางใจ	2	3.92
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	2	3.92
ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า	1	1.96
ความกลัวความวิตกกังวล	1	1.96
ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	1	1.96
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	1	1.96
ความผิดปกติของภาวะอารมณ์	1	1.96
ความเข้มแข็งในการมองโลก	1	1.96
ขวัญกำลังใจ	1	1.96
ความพึงพอใจ	1	1.96

* จำนวนงานวิจัย 1 เรื่อง วัดผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 1 ประเภท จากตารางที่ 7 พบว่าผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มากที่สุด คือ ความวิตกกังวล จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 25.49) รองลงมาได้แก่ ความซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง จำนวนชนิดละ 4 เรื่อง (ร้อยละ 7.84)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล (งานวิจัย 42 เรื่อง)

คุณลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล		
ผู้วิจัย	28	66.66
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	12	28.57
ผู้ช่วยวิจัย	2	4.76

จากตารางที่ 8 พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ผู้วิจัยเพียงคนเดียวในการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล แก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 เรื่อง (ร้อยละ 66.66)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

ประเภทของปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	จำนวน*	ร้อยละ
การให้ข้อมูล	ความวิตกกังวล	3	27.27
	การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	2	18.18
	ความทุกข์ทรมาน	2	18.18
	ความผาสุกทางใจ	1	9.09
	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย	1	9.09
	ความเครียด	1	9.09
	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1	9.09
	การสอน	ความวิตกกังวล	2
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์		1	12.5
ความพึงพอใจ		1	12.5
ความซึมเศร้า		1	12.5
ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก		1	12.5
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์		1	12.5
พฤติกรรมเผชิญความเครียด		1	12.5
การใช้กระบวนการกลุ่ม	ความวิตกกังวล	4	36.36
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3	27.27
	พฤติกรรมเผชิญความเครียด	1	9.09
	ความซึมเศร้า	1	9.09
	ความหวัง	1	9.09
	การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	1	9.09

* งานวิจัย 1 เรื่องมีการวัดผลลัพธ์ด้านจิตสังคมมากกว่า 1 ประเภท

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

ประเภทของปฏิบัติการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	จำนวน*	ร้อยละ
การให้คำปรึกษา	ความวิตกกังวล	2	22.22
	ความหวัง	1	11.11
	ความเครียด	1	11.11
	ขวัญกำลังใจ	1	11.11
	การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	1	11.11
	ความเข้มแข็งในการมองโลก	1	11.11
	ความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง	1	11.11
	ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า	1	11.11
การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้าน อารมณ์	ความวิตกกังวล	2	22.22
	ความซึมเศร้า	2	22.22
	ความหวัง	2	22.22
	ความรู้สึกละอายใจเกี่ยวกับ ความ เจ็บป่วย	1	11.11
	ความเครียด	1	11.11
	ความกลัวความวิตกกังวล	1	11.11
การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้	ความรู้สึกละอายใจเกี่ยวกับ ความ เจ็บป่วย	2	28.57
	ความซึมเศร้า	1	14.29
	ความวิตกกังวล	1	14.29
	ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	1	14.29
	ความผิดปกติของภาวะอารมณ์	1	14.29
	ความผาสุกทางใจ	1	14.29

* งานวิจัย 1 เรื่องมีการวัดผลลัพธ์ด้านจิตสังคมมากกว่า 1 ประเภท

จากตารางที่ 9 พบว่ามีการใช้การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ได้แก่ การให้ข้อมูล การสอน การใช้กระบวนการกลุ่ม และการให้คำปรึกษา มีการจัดกระทำต่อความวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ 27.27 25 22.22 และ 36.36 ตามลำดับ) ส่วนการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีการจัดกระทำต่อ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความหวังมากที่สุดเป็นจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 22.22) ด้านการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีจัดกระทำต่อความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 28.57)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาต่อครั้ง ความถี่และระยะเวลาทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะงานวิจัย	การให้ข้อมูล n=7		การสอน n=7		การให้คำปรึกษา n=8		กระบวนการกลุ่ม n=10		การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้าน อารมณ์ n=6		การพยาบาลระบบ สนับสนุนและการ ให้ความรู้ n=7	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ให้การ ปฏิบัติการพยาบาลต่อ ครั้ง (นาที)												
30	3	42.86	2	28.57	2	25	-	-	2	33.33	3	42.86
60	4	57.14	4	57.14	5	62.50	4	40	4	66.67	4	57.14
90	-	-	-	-	-	-	4	40	-	-	-	-
150	-	-	-	-	-	-	1	10	-	-	-	-
180	-	-	1	14.28	-	-	-	-	-	-	-	-
18 ชั่วโมง	-	-	-	-	1	12.50	-	-	-	-	-	-
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-	1	10	-	-	-	-

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาต่อครั้ง ความถี่และระยะเวลาทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะงานวิจัย	การให้ข้อมูล n=7		การสอน n=7		การให้คำปรึกษา n=8		กระบวนการกลุ่ม n=10		การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้าน อารมณ์ n=6		การพยาบาลระบบ สนับสนุนและการ ให้ความรู้ n=7	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ในการปฏิบัติ การพยาบาล												
1 ครั้ง / วัน	5	71.42	5	71.42	6	75.00	2	20.00	3	50	4	57.14
1 ครั้ง / สัปดาห์	1	14.28	-	-	-	-	-	-	2	33.33	1	14.28
2 ครั้ง / สัปดาห์	1	14.28	1	14.28	2	25.00	3	30.00	1	16.67	-	-
3 ครั้ง / สัปดาห์	-	-	1	14.28	-	-	1	10.00	-	-	1	14.28
1 ครั้ง / 2สัปดาห์	-	-	-	-	-	-	4	40.00	-	-	1	14.28

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลาต่อครั้ง ความถี่และระยะเวลาทั้งหมดของการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะงานวิจัย	การให้ข้อมูล n=7		การสอน n=7		การให้คำปรึกษา n=8		กระบวนการกลุ่ม n=10		การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้าน อารมณ์ n=6		การพยาบาลระบบ สนับสนุนและการ ให้ความรู้ n=7	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาทั้งหมดของ โปรแกรม												
3 วัน	-	-	1	14.28	1	12.50	-	-	-	-	-	-
1 สัปดาห์	5	71.42	3	42.85	3	37.50	-	-	2	33.33	1	14.28
2 สัปดาห์	-	-	-	-	1	12.50	1	10	-	-	-	-
4 สัปดาห์	1	14.28	1	14.28	1	12.50	2	20	3	50	1	14.28
6 สัปดาห์	1	14.28	2	28.57	1	12.50	3	30	1	16.67	1	14.28
8 สัปดาห์	-	-	-	-	1	12.50	2	20	-	-	3	42.86
10 สัปดาห์	-	-	-	-	1	12.50	2	20	-	-	1	14.28

จากตารางที่ 10 พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 57.14) ความถี่ในการให้ข้อมูล 1 ครั้ง/1 วัน จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 71.42) และใช้ระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรมการให้ข้อมูล 1 สัปดาห์ มีจำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 71.42)

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลประเภทการสอน พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่สอนในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 57.14) ความถี่ในการสอน 1 ครั้ง/1 วัน จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 71.42) และใช้ระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรมการสอน 1 สัปดาห์ มีจำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 42.85)

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้คำปรึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 62.50) ความถี่ในการให้คำปรึกษา 1 ครั้ง/1 วัน จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 75.00) ใช้ระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งหมด 1 สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 37.50)

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลประเภทการใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่เข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที และ 90 นาที จำนวนอย่างละ 4 เรื่องเท่ากัน (ร้อยละ 40) ความถี่ในการเข้ากลุ่ม 1 ครั้ง/2 สัปดาห์ จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 40) ใช้ระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มทั้งหมด 6 สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 30)

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ ในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 66.67) ความถี่ในการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ 1 ครั้ง/1 วัน จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 50) ใช้ระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 50)

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่ให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 57.14) ความถี่ในการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ 1 ครั้ง/1 วัน จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 57.14) ใช้ระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรมการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ทั้งหมด 8 สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 42.86)

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

ในการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย จำนวน 42 เรื่อง ได้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมด 76 ค่า โดยจำแนกประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอตารางแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ในตารางที่ 11 ถึง ตารางที่ 17 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามการประเภทของปฏิบัติการพยาบาล (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 76 ค่า)

ประเภทของปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
การให้คำปรึกษา	12	247	0.371	13.106	4.523	3.661	ใหญ่
การใช้กระบวนการกลุ่ม	16	391	0.000	10.439	2.607	1.633	ใหญ่
การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์	12	466	0.061	4.675	1.329	1.324	ใหญ่
การสอน	8	374	0.026	2.918	1.055	1.292	ใหญ่
การให้ข้อมูล	13	436	0.088	1.936	0.570	0.986	ใหญ่
การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	15	368	0.158	1.933	0.461	0.683	ใหญ่
รวม	76	2282					

จากตารางที่ 11 พบว่า การให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 3.661 เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมาคือการใช้กระบวนการกลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.633 เป็นค่าขนาดใหญ่ และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 0.683 เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

ตารางที่ 12 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เกิดจากปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภท (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 76 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ชนิดของปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความหวัง	การให้คำปรึกษา	2	12	10.723	13.106	1.685	11.914	ใหญ่
	การใช้กระบวนการกลุ่ม	1	10				10.439	ใหญ่
	การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	3	80	0.0615	0.430	0.209	0.189	เล็ก
ความเข้มแข็งในการมองโลก	การให้คำปรึกษา	1	7				8.911	ใหญ่
ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	1	20				-4.675	ใหญ่
	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	4	142	0.216	0.915	0.370	-0.679	ใหญ่
	การให้ข้อมูล	2	30	0.620	0.710	0.064	-0.664	ใหญ่
ความซึมเศร้า	การสอน	1	120				-2.918	ใหญ่
	การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	2	150	-0.582	-2.632	1.124	-1.341	ใหญ่
	การใช้กระบวนการกลุ่ม	1	40				-1.244	ใหญ่
	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	2	30	-0.175	-0.652	0.338	-0.414	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เกิดจากปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภท (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 76 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ชนิดของปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความวิตกกังวล	การให้คำปรึกษา	2	48	-1.056	-3.336	1.612	-2.197	ใหญ่
	การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	2	140	-1.610	-2.168	0.395	-1.889	ใหญ่
	การใช้กระบวนการกลุ่ม	4	166	-0.240	-4.785	2.193	-1.813	ใหญ่
	การสอน	3	160	-0.026	-2.013	1.050	-0.824	ใหญ่
	การให้ข้อมูล	3	110	-0.088	-1.565	0.753	-0.742	ใหญ่
	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	3	60	-0.670	-0.831	0.733	-0.733	ใหญ่
ความพึงพอใจ	การสอน	1	20				2.11	ใหญ่
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	การให้ข้อมูล	1	30				1.936	ใหญ่
	การสอน	1	28				1.721	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญ	การสอน	1	16				1.831	ใหญ่
ความเครียด	การใช้กระบวนการกลุ่ม	2	40	0.196	1.170	0.688	0.683	ใหญ่

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เกิดจากปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภท (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 76 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ชนิดของปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความเครียด	การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	1	46				-1.332	ใหญ่
	การให้คำปรึกษา	1	14				-1.056	ใหญ่
	การให้ข้อมูล	1	14				-0.152	เล็ก
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	กระบวนการกลุ่ม	1	15				-1.303	ใหญ่
	การให้คำปรึกษา	1	16				-1.156	ใหญ่
	การให้ข้อมูล	2	80	-0.933	-1.145	0.150	-1.040	ใหญ่
ขวัญกำลังใจ	การให้คำปรึกษา	1	60				1.192	ใหญ่
ความผาสุกทางใจ	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1	20				1.156	ใหญ่
	การให้ข้อมูล	1	30				0.916	ใหญ่
ความทุกข์ทรมาน	การให้ข้อมูล	2	80	-0.995	-1.311	0.223	-1.153	ใหญ่
ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	2	62	-0.158	-0.933	1.255	-1.045	ใหญ่
	การสอน	2	62	-0.181	-0.855	0.476	-0.518	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เกิดจากปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภท (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 76 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ชนิดของปฏิบัติการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	การให้คำปรึกษา	1	60				0.942	ใหญ่
	การใช้กระบวนการกลุ่ม	7	120	0	0.936	0.346	0.544	ปานกลาง
ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า	การให้คำปรึกษา	2	30	-0.660	-0.952	0.207	-0.806	ใหญ่
ความกลัวความวิตกกังวล	การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	2	30	-0.375	-1.132	0.535	-0.753	ใหญ่
ความผิดปกติของภาวะอารมณ์	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	3	54	-0.362	-0.508	0.079	-0.418	ปานกลาง
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	การสอน	1	30				-0.371	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่าการให้คำปรึกษาที่จัดกระทำต่อผลลัพธ์ด้านความหวังมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 11.914 ให้ค่าขนาดใหญ่ ส่วนการให้ข้อมูลที่จัดกระทำต่อผลลัพธ์ด้านความเครียด มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ -0.152 เป็นค่าขนาดเล็ก และเมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของผลลัพธ์ด้านจิตสังคมแต่ละประเภทที่เกิดจากปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภท มีรายละเอียดดังนี้

ความหวัง จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 11.914 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 8.911 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ -4.675 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความซึมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการสอน มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ -2.918 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความวิตกกังวล จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ -2.197 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความพึงพอใจ มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการสอน มีขนาดค่าอิทธิพลเท่ากับ 2.11

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้ข้อมูล มีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.936 เป็นค่าขนาดใหญ่

พฤติกรรมเผชิญความเครียด จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการสอน มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 1.831 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความเครียด จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ -1.332 เป็นค่าขนาดใหญ่

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ -1.303 เป็นค่าขนาดใหญ่

ขวัญกำลังใจ มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.192 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความผาสุกทางใจ จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เท่ากับ 1.156 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความทุกข์ทรมาน มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้ข้อมูล มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ -1.153 เป็นค่าขนาดใหญ่

ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดเท่ากับ -1.045 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาสังเคราะห์ พบว่า การให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดเท่ากับ -0.942 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้คำปรึกษา มีค่าอิทธิพลเท่ากับ -0.806 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความกลัวความวิตกกังวล มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.753 เป็นค่าขนาดใหญ่

ความผิดปกติของภาวะอารมณ์ มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทเดียว คือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.418 เป็นค่าขนาดปานกลาง

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพียงประเภทชนิดเดียว คือการสอน มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.371 เป็นค่าขนาดปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล =12 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ค่าขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1	30				1.936	ใหญ่
ความทุกข์ทรมาน	2	80	-0.995	-1.311	0.223	-1.153	ใหญ่
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	2	80	-0.932	-1.145	0.151	-1.039	ใหญ่
ความผาสุกทางใจ	1	30				-0.916	ใหญ่
ความวิตกกังวล	3	110	-0.088	-1.565	0.753	-0.742	ใหญ่
ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2	30	-0.619	-0.709	0.064	-0.664	ใหญ่
ความเครียด	1	14				-0.195	เล็ก
รวม	12	374				0.833	ใหญ่

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการให้ข้อมูลที่ส่งผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีค่าสูงที่สุด คือเท่ากับ 1.936 ส่วนค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการให้ข้อมูลที่ส่งผลต่อความเครียดมีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ -0.195

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการสอนที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 10 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ค่าขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความซึมเศร้า	1	120				-2.918	ใหญ่
ความพึงพอใจ	1	20				2.111	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญ	1	16				1.831	ใหญ่
ความเครียด							
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1	28	1.721	1.936	0.152	1.828	ใหญ่
ความวิตกกังวล	3	160	-0.088	-2.013	0.780	-0.823	ใหญ่
ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	2	62	-0.181	-0.855	0.476	-0.518	ใหญ่
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	1	30				-0.371	ปานกลาง
รวม	10	436				1.060	

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าภายหลังจากได้รับการสอนมีค่าสูงที่สุด คือเท่ากับ -2.918 ส่วนค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยด้านการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ภายหลังจากที่ได้รับการสอนมีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ -0.371

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการให้คำปรึกษาที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 11 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ค่าขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความหวัง	2	12	10.72	13.10	1.686	11.91	ใหญ่
ความเข้มแข็งในการมองโลก	1	7				8.911	ใหญ่
ความวิตกกังวล	2	48	-1.056	-3.336	1.612	-2.196	ใหญ่
ขวัญกำลังใจ	1	60				1.192	ใหญ่
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	1	16				-1.156	ใหญ่
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1	60				0.942	ใหญ่
ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า	2	30	-0.659	-0.952	0.207	-0.806	ใหญ่
ความเครียด	1	14				-0.152	เล็ก
รวม	11	247				3.835	ใหญ่

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความหวังจากการให้การให้คำปรึกษามีค่าสูงที่สุด คือเท่ากับ 11.91 โดยค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความเครียดจากการให้คำปรึกษามีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ -0.152

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการใช้กระบวนการกลุ่ม ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 15 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ค่าขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความหวัง	1	10				10.44	ใหญ่
ความวิตกกังวล	3	166	-0.240	-4.785	2.192	-1.813	ใหญ่
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	1	15				-1.303	ใหญ่
ความซึมเศร้า	1	40				-1.244	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญ	2	40	0.196	1.169	0.689	0.686	ใหญ่
ความเครียด							
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	7	120	0	0.936	0.346	0.505	ปานกลาง
รวม	15	391				1.633	ใหญ่

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความหวังจากการให้การใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าสูงที่สุด คือเท่ากับ 10.44 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ซึ่งค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการให้ใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ 0.505

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 15 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ค่าขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1	20				-4.675	ใหญ่
ความวิตกกังวล	2	140	-1.609	-2.167	0.395	-1.888	ใหญ่
ความซึมเศร้า	3	150	-0.582	-2.632	1.234	-1.341	ใหญ่
ความเครียด	1	46				-1.332	ใหญ่
ความกลัวความวิตกกังวล	2	30	-0.375	-1.132	0.535	-0.753	ใหญ่
ความหวัง	3	80	0.061	0.429	0.209	0.189	เล็ก
รวม	12	466				1.324	ใหญ่

จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าสูงที่สุด คือเท่ากับ -14.675 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความหวังจากการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ 0.189 เป็นค่าขนาดเล็ก จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง (จำนวนค่าขนาดอิทธิพล = 15 ค่า)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม	ค่าขนาดอิทธิพล (d)						ขนาด
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	
ความผาสุกทางใจ	1	20				1.156	ใหญ่
ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	2	62	-0.158	-1.932	1.255	-1.045	ใหญ่
ความวิตกกังวล	3	60	-0.669	-0.831	0.862	-0.733	ใหญ่
ความรู้สึกละอายใจ กับความเจ็บป่วย	4	142	-0.216	-1.032	0.370	-0.679	ใหญ่
ความผิดปกติของภาวะ อารมณ์	3	54	-0.362	-0.508	0.079	-0.418	ปานกลาง
ความซึมเศร้า	2	30	-0.175	-0.652	0.338	-0.414	ปานกลาง
รวม	15	368				0.683	ใหญ่

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความผาสุกทางใจ จากการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าสูงที่สุด คือเท่ากับ 1.156 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนโดยค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของความซึมเศร้าจากการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ -0.414 เป็นค่าขนาดปานกลาง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ในการสังเคราะห์ขั้นตอนนี้ เพื่อเป็นการอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลว่า เกิดจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใด โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise regression) ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรจำแนกประเภทและตัวแปรต่อเนื่อง ซึ่งในขั้นตอนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนนั้น ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรจำแนกประเภทจะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน โดยผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล จนสามารถคัดเลือกไปวิเคราะห์หาคุณสมบัติในการทำนายค่าขนาดอิทธิพลได้ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 19 ถึง ตารางที่ 20



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1. ค่าขนาดอิทธิพล	1																						
2. ประเภทของงานวิจัย	-0.13	1																					
3. สาขาของงานวิจัย	-0.019	.411**	1																				
4. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล	-0.126	-.574**	-0.207	1																			
5. กรอบแนวคิดงานวิจัย	0.222	-0.04	.299**	0.212	1																		
6. ประเภทของสมมติฐาน	0.002	-0.097	-0.065	0.08	-0.045	1																	
7. แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง	-0.115	0.04	0.051	-0.139	-0.003	0	1																
8. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	-.284*	0.163	-0.18	0.14	-0.157	-0.035	-.258*	1															
9. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	-.389**	-0.028	-0.12	0.155	-0.082	0.056	.226*	.521**	1														
10. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	-0.052	0.086	-0.209	-0.157	-.250*	-0.175	0.037	-0.118	-0.197	1													
11. การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	0.05	0.06	-0.114	0.135	0.05	-0.204	-0.159	0.114	-.333**	0.038	1												
12. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	-0.004	-0.094	0.021	-0.176	-0.021	0.087	.276*	-.642**	-0.109	0.06	-0.075	1											
13. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	0.102	0.123	0.111	-.321**	-0.044	-0.097	0.102	-0.049	0.106	0.086	-.265*	-0.099	1										
14. คุณภาพงานวิจัย	-0.049	0	0.197	0.213	.449**	-0.083	-0.119	.406**	.300**	-.430**	0.077	-.321**	-0.031	1									
15. ตำแหน่งของโรคมะเร็ง	-0.007	-0.135	0.052	.256**	0.037	-0.127	-0.258	-0.074	-.387**	-0.18	0.095	0.178	-.465**	-0.053	1								
16. ระยะของโรคมะเร็ง	-0.004	0.107	0.173	-0.116	0.131	-0.18	-0.151	0.066	-0.095	-0.027	-0.142	-0.144	0.127	0.092	0.199	1							
17. การรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับ	-0.04	-0.181	-0.011	.304**	0.007	-0.151	-0.162	-0.138	-.309**	-0.172	0.202	.253*	.523**	-0.046	.880**	0.169	1						
18. ประเภทของปฏิบัติการพยาบาล	-0.07	-0.162	-0.142	.272*	-0.152	0.165	-0.17	0.149	0.021	0.004	0.016	0.096	-.248*	0.134	.324**	0.225	.388**	1					
19. ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาล (ต่อครั้ง)	-0.126	0.056	-0.174	-0.069	-0.188	0.034	-0.003	-.254*	-0.169	.487**	-0.044	.269*	0.008	-0.215	-0.099	-0.072	-0.082	-0.046	1				
20. ความถี่ของปฏิบัติการพยาบาล	0.064	0.03	-0.121	-.335**	-.455**	0.192	0.064	.254*	0.145	-0.081	0.138	-0.162	0.149	-0.086	-.237*	-0.126	-.238*	-.282*	-0.116	1			
21. ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาล	0.111	0.157	0.133	-0.039	.308**	0.148	0.192	0.038	.231*	-0.164	-.287*	-0.111	.387**	0.182	-.247*	-0.077	-.426**	-.445**	-0.169	0.123	1		
22. ผู้ดำเนินโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาล	0.13	.393**	-0.012	-.450**	-.411**	-0.203	0.072	-0.033	-0.162	0.18	-0.122	0.005	0.142	-.292*	0.056	0.138	-0.05	-0.134	0.087	.256*	0.015	1	

จากตารางที่ 19 พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันภายใน อยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หรือ .05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่าตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ($r = .284$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมา สังเคราะห์มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ($r = .389$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาด อิทธิพล

ตัวแปร	R	R ²	R ² Adj	B	Beta	t	p- value
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	.389	.152	.140	-.043	-.389	-3.636	0.001
(constant)				1.960		3.349	

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปร คุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกเข้าสู่สมการและสามารถอธิบาย ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ เท่ากับ .152 ($R^2 = .152$) หมายถึงตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของ กลุ่มตัวอย่างสามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 15.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อถักานของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) ในการศึกษาผลของการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย จากรายงานการวิจัยระหว่าง ปีพ.ศ. 2527-2547 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง ศึกษาผลของการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2547 จากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-60ปี)
2. พิมพ์เผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2527- วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2547
3. เป็นงานการวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่1 แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่องประกอบด้วย

1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล กรอบแนวคิด ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา สมมติฐานของงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง การออกแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร

1.3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง(ระยะเวลาดำเนินการทดลองต่อครั้ง จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง) ตำแหน่งและระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากของ Brown(Brown, 1990 cited in Brown. 1991: 353)ภริณี วัชรสิน(2544)ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และวรรณิ อริยะสินสมบุรณ์ (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity)ของเครื่องมือแบบสรุปรงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยนำแบบสรุปรงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสรุปและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ด้วยวิธีให้ผู้ประเมินร่วมกัน (Inter-rater reliability) โดยให้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90 และ 0.88 ตามลำดับซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง(Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการประเมินซ้ำโดยคนเดียว (Intra-rater reliability) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน

ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396) เช่นกัน แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้ แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนสิงหาคม 2547 เป็นระยะเวลา 6 เดือน เริ่มจากการการสำรวจรายชื่อรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม โดยสืบค้นข้อมูล จากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ต่อจากนั้นจึงได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด สรุปลงในแบบสรุปและแบบประเมินงานวิจัยหลังจากนั้น คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความถี่ ร้อยละ ค่าขนาดอิทธิพล ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 97 และโปรแกรม SPSS for Windows Version 11.0

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัย

ด้านข้อมูลพื้นฐาน จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 42 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็น วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 88.09) ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด (ร้อยละ 47.61) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 66.66) ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2545 มากที่สุด (ร้อยละ 30.95)

ด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล อยู่ระหว่าง 1-5 เดือน (ร้อยละ 61.90) งานวิจัยทั้งหมดที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ส่วนใหญ่มีการระบุกรอบแนวคิดในการวิจัย (ร้อยละ 64.28) มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยเป็นแบบทางเดียว มากที่สุด (ร้อยละ 85.72) เก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.04) งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เกือบทั้งหมดมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 92.85) ส่วนใหญ่มีการแบ่งกลุ่มตัวในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมอย่างใดไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (ร้อยละ 45.23) มีการแบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 83.33) งานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 1-30 คน (ร้อยละ 54.76) เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งความตรงและความเที่ยง (คิดเป็นร้อยละ 86.95) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนใหญ่ใช้สถิติแบบ Independent t-test (ร้อยละ 30) และงานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 52.38)

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 40.47) อยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 40.47) ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.48) ผู้วิจัยจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 6 ประเภท ได้แก่ การให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานคือ การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ การใช้กระบวนการกลุ่ม (ร้อยละ 23.81) ส่วนผลลัพธ์ด้านจิตสังคมรายย่อยของผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาส่วนใหญ่ คือ ความวิตกกังวล (ร้อยละ 25.49) และผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล ในโปรแกรมการทดลอง เป็นผู้วิจัย มากที่สุด (ร้อยละ 66.66)

2. ผลของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ของผู้ป่วยมะเร็ง ได้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมด 76 ค่าและมีค่าขนาดใหญ่เป็นส่วนมาก และการปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมสูงที่สุด (ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 3.661) ส่วนปฏิบัติการพยาบาลประเภทการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมต่ำที่สุด (ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 0.683)

ประสิทธิผลของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งโดยจำแนกตามประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้

- 2.1 การให้ข้อมูลมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มากที่สุด
- 2.2 การสอนมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความเข้มเศร้าสูงที่สุด
- 2.3 การให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความหวังสูงที่สุด
- 2.4 การใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความหวังสูงที่สุด
- 2.5 การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูงที่สุด
- 2.6 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความผาสุกทางใจสูงที่สุด

3. ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 15.2

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research analysis) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, Mcgaw, and Smith(1981) เพื่อการศึกษาผลของการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง

1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต(ร้อยละ 88.09) สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ศึกษาในประเทศไทยหลายเรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของ อัจฉรา นุตตะโร(2546) วิเคราะห์ห่อภิมาณเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยของ นवलสกุล แก้วลาย(2545) วิเคราะห์ห่อภิมาณเรื่อง การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด งานวิจัยของ กรองไต่ อุณหสูต และคณะ(2539) วิเคราะห์ห่อภิมาณเรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ.2527ถึง พ.ศ.2536 โครงการวิเคราะห์เมตา

สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยมหิดล(ร้อยละ 47.61) รองลงมาคือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น(ร้อยละ 14.28) และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่(ร้อยละ 14.28) เนื่องจากทั้ง 3 สถาบันดังกล่าวข้างต้นมีประวัติที่ยาวนานโดยเฉพาะมหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งเปิดสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นแห่งแรกของประเทศไทย และทั้ง 3 สถาบันเป็นมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่มีนักศึกษาเป็นจำนวนมากและมีความพร้อมในด้านแหล่งค้นคว้าข้อมูลข่าวสารทางวิชาการ นอกจากนี้แต่ละสถาบันยังมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ในสังกัด ทำให้มีสถานที่ในการเก็บข้อมูลและมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอสำหรับการศึกษางานวิจัย

สาขาพยาบาลศาสตร์เป็นสาขาที่พบในงานวิจัยในศึกษาค้นคว้ามากที่สุด (ร้อยละ 66.67) เนื่องจากว่าผู้วิจัยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ จึงชี้ให้เห็นว่าการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับสาขาพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทยยังคงอยู่ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา อาจารย์พยาบาล หรือพยาบาลประจำการเท่านั้น

พิจารณาเกี่ยวกับปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ พบว่างานวิจัยที่ศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 ถึงปี พ.ศ. 2547 มีอัตราการตีพิมพ์เผยแพร่สูงขึ้นเป็นลำดับ(ในตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่ามีการให้ความสนใจ

ศึกษาในด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาล โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวมคือเป็นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยไปพร้อมกับการรักษาทางด้านร่างกาย การให้ความช่วยเหลือด้านจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น (Nealon, 1996 :35)

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าส่วนใหญ่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร(ร้อยละ 69.04) รองลงมาเป็น การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัด(ร้อยละ 26.19) และต่างประเทศ(ร้อยละ 4.76) ตามลำดับ เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและซับซ้อน มีการรักษาเป็นระบบมากมายหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดรังสีรักษา เคมีบำบัด หรือใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน การดูแลต้องใช้บุคลากรแบบสหสาขาวิชาชีพที่ชำนาญเฉพาะทาง ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือตติยภูมิ ที่มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือทางการแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดศูนย์กลางของแต่ละภาคในประเทศไทย เมื่อพิจารณาจากสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ความเป็นตัวแทนของประชากรนับได้ว่างานวิจัยครั้งนี้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้กว้างขวาง มีลักษณะของตัวอย่างที่ดี กล่าวคือทุกหน่วยงานควรได้รับการติดตามเก็บข้อมูลและถูกเลือกโดยไม่มีความลำเอียง (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539 : 138) อีกทั้งผลของการวิจัยสามารถนำมาอธิบายหรืออ้างอิงกับประชากรโดยทั่วไปได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545 : 71) และเป็นการเพิ่มความตรงภายนอกของงานวิจัยได้ (Polit and Hungler, 1999 : 232)

งานวิจัยเชิงทดลองที่สมบูรณ์(True experiment) ต้องมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือ มีการจัดกระทำ มีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มเข้ากลุ่ม และการควบคุม ได้แก่ ควบคุมการจัดกระทำ จัดเตรียมข้อปฏิบัติ การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มเข้ากลุ่ม และกลุ่มควบคุม (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545 : 68, Polit and Beck, 2004 : 169) เพื่อที่ผลการวิจัยมีความตรงและเชื่อถือได้มากที่สุดในการทดสอบสมมุติฐานที่เกิดจากผลของตัวแปรอิสระ (Polit and Hungler, 1999 : 184) ซึ่งงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมดเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experiment) เป็นงานวิจัยที่มีวิธีการคล้ายคลึงกับงานวิจัยเชิงทดลองที่สมบูรณ์ มีการจัดกระทำแต่อาจมีการควบคุมหรือสุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539 : 130) งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่องค์ประกอบด้านการสุ่มตัวอย่างและการสุ่มเข้ากลุ่ม มีการได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.75) ในขณะที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 45.25) มากกว่ามีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 40.47) อาจเป็นข้อจำกัดในแง่

ของการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และอาจมีปัญหาต่อคุณภาพงานวิจัยด้านความทรงจำนอก
ได้ (Polit and Hungler, 1999 : 227) การทำงานวิจัยที่พบขาดองค์ประกอบด้านการสุ่มตัวอย่าง
เนื่องจากเป็นงานวิจัยทางคลินิก มีการจัดกระทำกับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลอีกทั้งยังมีข้อจำกัด
ด้านจำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรค ตัวและผู้วิจัยเองไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคตามที่ต้องการศึกษา
ได้ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะอาการที่ต้องการ
ศึกษาทั้งหมดกี่คน ดังนั้นการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจึงเป็นวิธีที่สะดวกกว่า ผู้วิจัย
สามารถเลือกตัวอย่างให้เหมาะสมกับงานวิจัยของตนเองโดยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่างที่ต้องการศึกษา นอกจากนี้งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จึงทำให้มีข้อจำกัดด้าน
เวลาของผู้วิจัยที่ต้องทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษา

เมื่อพิจารณาด้านคุณภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 52.38) และอยู่
ในระดับดี (ร้อยละ 45.24) แสดงให้เห็นว่างานวิจัยเหล่านี้มีคุณภาพโดยรวมทางด้านความทรง
จำนอกและความทรงจำใน เนื่องมาจากงานวิจัยเกือบทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับ
มหาบัณฑิต ซึ่งมักจะต้องทำครบขั้นตอนของกระบวนการวิจัย มีการครอบคลุมคุณภาพด้าน
ระเบียบวิธีวิจัย จึงพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการระบุนกรอบแนวคิดที่ใช้ใน
การวิจัย (ร้อยละ 64.28) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และมีการออกแบบโดยมีกลุ่ม
ควบคุม (ร้อยละ 83.33) เกือบครึ่งหนึ่งของงานวิจัยทั้งหมดมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 40.47) ส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน ถือว่าเป็นขนาดที่
สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ (Power of test) เพิ่มขึ้น (Monro
and Page, 1993) สามารถสรุปได้ว่างานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับ
ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ

1.3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่า
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
มากที่สุด (ร้อยละ 40.47) รองลงมาคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 33.33) และผู้ป่วยมะเร็ง
ศีรษะและคอ (ร้อยละ 14.28) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตเม็ดสีขาว ผู้ป่วยมะเร็งปอด และ
ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ซึ่งมีการนำมาศึกษาเพียงประเภทละ 1 เรื่องเท่านั้น และยังพบว่าม้งานวิจัยอีก
2 เรื่องที่ไม่ระบุการวินิจฉัยตำแหน่งของโรคมะเร็ง โดยที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาศึกษาใน
ครั้งนี้ยังไม่ ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งได้ในทุกระบบ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลของการ
ปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในระบบทางเดินอาหารและผู้ป่วยมะเร็งตับเป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 มาก
ที่สุด (ร้อยละ 40.48) รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 (ร้อยละ 21.43) และผู้ป่วยมะเร็งระยะ

ที่ 1 มีการนำมาศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.76) อาจเนื่องมาจาก มะเร็งในระยะที่ 1 ก้อนยังมีขนาดเล็กยากแก่การตรวจพบ หรืออาจยังไม่แสดงอาการทางพยาธิสภาพ ส่วนมะเร็งในระยะที่ 2 ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นระยะที่มีการลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ แต่อาจเอาเซลล์มะเร็งออกไม่หมด มีโอกาสหายร้อยละ 25-50 (Kumar, Cotran, and Robbins, 1992) และในระยะนี้สามารถตรวจพบก้อนได้เอง และมีอาการแสดงของพยาธิสภาพของโรคแล้ว เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมะเร็งมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จึงพบกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 มากที่สุด

เมื่อพิจารณาถึงการรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 40.47) รองลงมาคือรังสีรักษา (ร้อยละ 38.09) จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดเนื่องจาก กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 ซึ่งสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ (Kumar, Cotran, and Robbins, 1992) และอาจได้รับการรักษาเสริมด้วย จึงพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษาเป็นอันดับรองลงมา

เมื่อจำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย จุดมุ่งหมายของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อลดหรือบรรเทาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เป็นด้านลบ และเพิ่มหรือส่งเสริมผลลัพธ์ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เป็นด้านบวก ผลลัพธ์จิตสังคมด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ เป็นต้น ส่วนผลลัพธ์จิตสังคมด้านบวก ได้แก่ ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางใจ ความพึงพอใจ เป็นต้น

ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกายจากโรคมะเร็ง หรือเป็นกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถปรับตัวสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง ให้มีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ สามารถดำรงตนในสังคมได้นั้น มีหลักในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงคือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทของตน โดยมีความสัมพันธ์ภาพในลักษณะที่สร้างสรรค์ (Newbeck, 1986) ซึ่ง Nichols(1984)ได้จำแนกองค์ประกอบในการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยฝ่ายกายไว้ ดังนี้คือ การดูแลด้านอารมณ์ (Emotional Care) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Care) การให้คำปรึกษา (Counseling) และการเฝ้าระวังสภาวะจิตใจ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย (Monitoring Psychological state and referring on)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทของปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ เป็น 6 ประเภท พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ศึกษาประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มมากที่สุด(ร้อยละ 23.81) รองลงมาคือ การให้คำปรึกษา(ร้อยละ 19.05) การให้ข้อมูล(ร้อยละ 16.67) การสอน(ร้อยละ 16.67) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้(ร้อยละ 16.67) และการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์(ร้อยละ 14.26) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ส่วนมากใช้เทคนิคของการให้ความรู้และการสนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม โดยมากจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว มีการนำญาติของผู้ป่วยมามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลเพียง 2 เรื่องเท่านั้น (ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน, 2534; วาสนา เจริญรัตนโชติ, 2546)

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลประเภทต่างๆที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่ายังมีการปฏิบัติการพยาบาลประเภทอื่นๆที่ยังไม่พบว่ามีมีการนำมาศึกษาถึงประสิทธิผลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และการแพทย์ทางเลือกเกี่ยวกับการฝึกโยคะและฤๅษีดัดตน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผลลัพธ์ด้านจิตสังคมรายย่อยที่นำมาศึกษาในงานวิจัยมากที่สุด 5 ชนิดได้แก่ ความวิตกกังวล(ร้อยละ 25.49) ความซึมเศร้า(ร้อยละ 7.84) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(ร้อยละ 7.84) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์(ร้อยละ 7.84) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(ร้อยละ 7.84) การที่ความวิตกกังวลถูกนำมาใช้ในการศึกษามากที่สุดเนื่องมาจาก ความวิตกกังวลเป็นผลลัพธ์ที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง(ยูพิน เพ็ชรมงคล, 2543) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งจะเริ่มมีความวิตกกังวลตั้งแต่ การรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ(อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) การที่เห็นว่าส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่เป็นด้านลบ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell et al., 1998)

เมื่อพิจารณาด้านผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลและเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว(ร้อยละ 66.67) ผลของการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียวมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและส่งผลต่อตัวแปรที่ต้องการศึกษาคือ อาจทำให้เกิดอคติในผลของการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยมีความเชื่อในผลของสิ่งทดลองที่ให้กับกลุ่มทดลอง (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2543) กล่าวคือผู้วิจัยทราบดีว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มใดที่ได้รับการปฏิบัติพยาบาลและการที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อาจเกิดอคติขึ้นได้ถ้าผู้วิจัยมีความคิดว่าปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับกลุ่มทดลองเป็นสิ่งที่ดีอาจทำให้กลุ่มทดลองมีการ

เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่ต้องการศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งอาจทำให้ความตรงภายนอกของงานวิจัยลดลง(Polit and Hungler, 1999 : 229; Polit and Beck, 2004 : 218)

2. ศึกษาผลของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิเคราะห์อภิธานครั้งนี้สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 79 ค่า จากจำนวนงานวิจัย 42 เรื่องพบว่า ค่าขนาดอิทธิพลส่วนใหญ่มีเครื่องหมายเป็นลบจำนวน 48 ค่า(ร้อยละ 60.76) เนื่องจากผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่ศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายย่อยส่วนใหญ่เป็นความรู้ด้านลบได้แก่ ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเครียด ความซึมเศร้า เป็นต้น

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.000 ถึง 13.106 มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่ากับ 1.551 จะเห็นได้ว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่ามีค่าขนาดใหญ่(Cohen, 1977 : 27-40) สอดคล้องกับการสังเคราะห์วิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้แก่ การศึกษาของ สินีนาฏ ลิขิตรัตน์เจริญ(2542) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยวิธีวิเคราะห์อภิธาน ผลการวิเคราะห์พบว่าได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยกับ 1.23 นวลสกุล แก้วสาย(2545) วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -5.05 สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์(2545) ที่วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -2.59 การศึกษาของอาภรณ์ คำก้อน(2545) ได้วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 และการศึกษาของอัจฉรา นุตตะโร(2546) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โดยวิเคราะห์อภิธาน ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.164 ถึง 1.872

ส่วน การศึกษาในต่างประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith, and Stullenbarger(1995) ได้วิเคราะห์อภิธานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล อยู่ระหว่าง -7.39 ถึง 3.36 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Devine and Westlake(1995) วิเคราะห์อภิธานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่อผลลัพธ์ 7 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า สภาวะอารมณ์ คลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวดและความรู้ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -0.54 ถึง

4.70 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Devine(2003) ได้วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตศึกษา(Psychoeducational) เพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ -0.052 ซึ่งให้ค่าขนาดเล็ก (Cohen, 1977 : 27-40)

เมื่อพิจารณาถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภทที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวม พบว่า การให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมเป็นอันดับหนึ่ง (ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 3.661) รองลงมาคือ การใช้กระบวนการกลุ่ม(ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.633) การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์(ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.324) การสอน (ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.292) การให้ข้อมูล(ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 0.986) และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้(ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 0.683) โดยค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลทุกประเภทมีค่าขนาดใหญ่ แสดงว่าทุกประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมได้

การที่การให้คำปรึกษามีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมมากกว่า การปฏิบัติการพยาบาลประเภทอื่นๆนั้น อาจเนื่องมาจาก กระบวนการให้คำปรึกษา เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้การประคับประคอง (supporting) การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (re-educating) การให้ความมั่นใจ (re-assurance) และการชี้แนะแนวทางเลือกต่างๆ (guidance) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินการรับรู้ของตนใหม่และเลือกพิจารณาเลือกใช้วิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านอารมณ์ รู้สึกปลอดภัยและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Burnard, 1995: 60) ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาได้อาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ ทฤษฎีบุคลิกภาพ และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพื้นฐาน เพราะเป้าหมายของการให้คำปรึกษานั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและบุคลิกภาพบางส่วนของมนุษย์ รวมถึงเจตคติ ความรู้สึก การรับรู้คุณค่า และเป้าหมายของชีวิตของแต่ละคน เพื่อเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงโลกส่วนตัวทัศนคติ ความรู้สึก หรืออารมณ์และความคิดของผู้ป่วย (Empathic understanding) ตลอดจนกระบวนการเกิดโรค พยาธิสรีรภาพ การรักษาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ควรมีความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเท่าเทียมกับตนและสามารถยอมรับผู้ป่วยได้โดยไม่มีเงื่อนไข ขณะเดียวกันควรมีความเป็นธรรมชาติของตนเอง ไม่

เสแสร้งและสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความคิดและความรู้สึกได้อย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536)

เมื่อพิจารณาถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละประเภทที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมรายย่อยของผู้ป่วยมะเร็ง ได้ข้อค้นพบดังนี้

การให้ข้อมูล มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.936 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 คน เนื่องมาจากการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น คาดคะเนในเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีการเตรียมจิตใจเพื่อที่จะเผชิญกับปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้ เพิ่มความสามารถในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยข้อมูลที่จะต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (อรรถัย สนใจยุทธ, 2539: 3) ซึ่งการให้ข้อมูลให้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ขึ้นเนื่องมาจากการให้ข้อมูลเป็นการหลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงปราศจากความคลุมเครือและมีความจำเป็นเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่างๆ ทั้งในการตรวจและรักษาซึ่งจะส่งผลช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Faucott, 1991) ภายหลังที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับข้อมูลแล้วมีผลช่วยให้ผู้ป่วยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดโดยพยายามทำใจยอมรับกับการเป็นโรค การคิดปลง และการปรับตัวเพื่อการมีชีวิตอยู่ซึ่งเกิดขึ้นแบบกลไกอัตโนมัติ อาจต้องใช้เวลานาน และทำได้ไม่สำเร็จทุกคน (Aquierd, 1994) ผลของการให้ข้อมูลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดภาพรวมของความคิดก่อนที่จะได้พบกับสถานการณ์จริง ช่วยให้ผู้ป่วยคาดเดาต่อเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุดส่งผลให้สามารถควบคุมความรู้สึกหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจและเลือกแนวทางเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้ในที่สุด

การสอน มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านความซึมเศร้า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.918 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 436 คน เพราะการสอนเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ มีเป้าหมายเพื่อ แก้ไขในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้อาการข้างเคียงจากพยาธิสภาพและการรักษาบรรเทาหรือทุเลาลง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามธรรมชาติของโรค ความซึมเศร้าลดลง อีกทั้งการสอน เป็นกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมการพยาบาล สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข มีลักษณะการสอนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการหรือสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและสถานการณ์ การที่จะสอนหรือให้ความรู้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม กลวิธีการสอนหรือให้ความรู้และแนวทางการประเมินผลไว้

อย่างชัดเจน (Van Hoozer, et al., 1997) ในการหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติ ตนแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ควรมีการประเมินความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ วุฒิภาวะ ระดับสติปัญญา และพื้นฐานความรู้ หรือประสบการณ์เดิม หากผู้ป่วยขาดความพร้อมด้านใดควรส่งเสริมให้เกิด ความพร้อมด้านนั้นก่อน เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมแล้ว ควรสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง ที่จะสอน อาจมีการนำสื่อมาช่วยในการสอนจะช่วยให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ตลอดจนเอื้ออำนวยความสะดวกแก่พยาบาลและบุคลากรในการสอนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่จะสอนและสามารถนำความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการดำรงชีวิต ประจำวันได้ ทำให้ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในทางลบทั้งหลายลดลงหรือบรรเทาได้ มีผลให้ การสอนมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย ขนาดใหญ่

การให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านความหวัง ให้ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ยเท่ากับ 11.91 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 247 คน เนื่องมาจากการให้ คำปรึกษามีพื้นฐานจากการดูแลบุคคลแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและรักษาไว้ซึ่ง ความคงอยู่ของผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไป ในทางที่ดีขึ้น (Dewald, 1995: 505) ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาจะทำให้ผู้ป่วยคลายความ วิตกกังวลและความซึมเศร้า มีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความหวังในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจะอยู่ใน ภาวะปัจจุบัน รับรู้และยอมรับสภาพความเป็นจริง (Keltner et al., 1991: 355)

การใช้กระบวนการกลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านความหวัง ให้ค่าขนาด อิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 10.44 เป็นค่าขนาดใหญ่จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 391 คน เนื่องจากการใช้ กระบวนการกลุ่มเป็นการรวมกันของผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ำๆกัน โดยมีเป้าหมายในการแก้ไข ปัญหาความทุกข์ทางใจอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยหรือการรักษา ดำเนินกลุ่มโดยผู้นำ สมาชิกในกลุ่มมีลักษณะปัญหาล้ำๆคลึงกันการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิด ความเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งเป็นกลไกให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกและมีพฤติกรรม ส่งผลให้สมาชิกใน กลุ่มมีการปรับตัวที่เหมาะสมขึ้นมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยที่หมดหวังในชีวิตเริ่มมองเห็น หนทางและมีความหวังมากขึ้น(ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และ รัชชชัย คงสกันธ์, 2542 ; Yalom, 1995) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rustoen and Hanestad(1998) ที่ใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความหวังเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันภายในกลุ่มและการมีส่วนร่วมใน กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเกิดความหมายในชีวิต การเข้าร่วมรับฟังผู้อื่นและได้พูดคุยเรื่องราว ของตนเองและผู้อื่น การมีปฏิริยาการแสดงออกต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่มในปัญหาที่คล้ายคลึง กันทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน กระบวนการกลุ่มสามารถทำให้เกิดการประคับประคอง

สนับสนุนซึ่งกันและกันและเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังเกิดขึ้น จะสอดคล้องกับผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความหวังสูงที่สุด และให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยที่มีขนาดใหญ่

การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์มีจิตสังคมด้านความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูงที่สุดโดยให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ4.675 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 466 คน การสนับสนุนด้านอารมณ์ควรกระทำร่วมกับการให้ความรู้ (MacGinley, 1993; Northouse, 1989) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ได้ถูกต้อง และการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยและเพิ่มความอดทนต่อปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างรวดเร็ว (Palsson, and Norberg, 1995) และจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา บางครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล หรือความกลัว ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้ ซึ่งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่มีความสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ อย่างถูกต้อง สามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเผชิญล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้การสนับสนุนด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งควรกระทำร่วมกับการให้ข้อมูล หรือการให้ความรู้ (Northouse, 1989) ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยได้เชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น สนับสนุน (Northouse, 1989; Smeltzer and Beare, 1992) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใยและอาทรต่อเขา พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจและเห็นใจในความทุกข์และความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดีและยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (Plasson and Norberg, 1995) มีการให้กำลังใจและความเชื่อมั่น การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม ซึ่งการสัมผัสนี้เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพอใจ รู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลอย่างรวดเร็ว และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ Grassman (1993) ที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้โปรแกรมการสนับสนุนผู้ป่วย โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นวิธีที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์จิตสังคม ด้านความผาสุกทางใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.156 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน ซึ่งการพยาบาลในระบบนี้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง และกระทำการดูแลตนเอง ต้องอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการพบปะและติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะให้ประโยชน์กับผู้ป่วยหลายประการ เช่น เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกตัวว่าได้รับการยอมรับและมีความมากขึ้น ได้รับความอบอุ่นจากมิตรภาพ และไว้วางใจว่าตนมีที่พึ่งทางใจ ได้ระบายความคับข้องใจและปัญหาต่างๆ ความอ้างว้าง ว้าเหว่ เปล่าเปลี่ยวจะค่อยๆหมดสิ้นไป

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรักษา ประเภทต่างๆ เช่น เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อากาศข้างเคียงของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายต่าง มีการซักถามในสิ่งที่สงสัยและไม่เข้าใจ แล้วผู้วิจัยให้การช่วยเหลือด้วยวิธีต่างๆ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงความพยายาม ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น มองเห็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติได้ สามารถบรรเทาหรือลดอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ ลดความไม่สุขสบาย ลดความวิตกกังวลลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตได้ (จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539) นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้น จะเป็นผลให้ผู้ป่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง ลดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2533; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2533) ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ความสามารถในการเผชิญปัญหามากขึ้น จึงทำให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยที่มีขนาดใหญ่เช่นกัน

สรุปโดยรวมว่าการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละประเภทที่มีการศึกษาในประเทศไทยมีผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งค่อนข้างดีโดยพิจารณาจากค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของทุกประเภทการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าขนาดใหญ่ ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้ในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในระบบสุขภาพใหม่นี้พยาบาลต้องปฏิบัติอย่างมืออาชีพ โดยใช้ความรู้เป็นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล จึงควรตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ในการเลือกให้การปฏิบัติการพยาบาลที่จะเกิดประสิทธิผล ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

- 1) ปฏิบัติภายใต้ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า
- 2) เน้นการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
- 3) จัดการผู้ป่วยเรื้อรัง เน้นการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยและครอบครัว

- 4) ตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเป็นกลุ่ม
- 6) เน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาล
- 7) เพิ่มและพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ต้องอาศัยผลการวิจัยและ

หลักฐานอ้างอิง

ซึ่งการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้สู่การปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งพิจารณาเลือกปฏิบัติได้ 2 ประเด็นคือ

ประเด็นที่ 1 พิจารณาในด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากข้อค้นพบจากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า การให้คำปรึกษาเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดในการที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งในการให้คำปรึกษานั้น จะต้องมีการวางแผนและเตรียมการทั้งด้านบุคลากรในการได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีทักษะในการให้คำปรึกษา ด้านสถานที่สำหรับให้คำปรึกษา ตลอดจนถึงการเตรียมการด้านงบประมาณในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกฝนอบรม ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ต้องมีการเตรียมการที่ซับซ้อนดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นถ้ายังไม่มีความพร้อมในการเตรียมการด้านต่างๆ จึงควรพิจารณาเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาลประเภทอื่นๆโดยเรียงลำดับจากความมีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมจากสูงไปต่ำได้ดังนี้คือ การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสอน การให้ข้อมูล และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ควรต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆที่อยู่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ เช่นความมีประสิทธิภาพในแง่ของความสะดวก ความยากง่ายในทางปฏิบัติ ความคุ้มค่าและคุ้มทุน ความเหมาะสมกับหน่วยงานและความสามารถของบุคลากร เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 พิจารณา จากผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าได้ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมรายย่อยทั้งหมด 19 ชนิด และในแต่ละชนิดจะมีการปฏิบัติการพยาบาลที่จะเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในชนิดนั้น ซึ่งจะยก

ตัวอย่างผลลัพธ์ด้านจิตสังคม 5 ชนิดแรกที่ศึกษามากที่สุดของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้ คือ

ความวิตกกังวล มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด คือ การให้คำปรึกษา

ความซึมเศร้า มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด คือ การสอนความรู้สึกละมุนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ มีการปฏิบัติการพยาบาลที่จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด คือ การใช้กระบวนการกลุ่ม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด คือ การให้คำปรึกษา

ในการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนี้สู่การปฏิบัติโดยจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งโดยจำแนกตามประเภทที่ศึกษาดังกล่าวเพื่อให้การพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกันและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุดในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในแต่ละประเภท ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งภายใต้พื้นฐานของความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่บทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อไป

3. ศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันภายในอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่าตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางลบ ($r = .389$) แสดงว่างานวิจัยที่นำมาศึกษานั้นมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากทำให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำ และเมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกเข้าสู่สมการ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ $.152$ ($R^2 = .152$) หมายถึงตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

สามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วย มะเร็งได้ ร้อยละ 15.2 แสดงให้เห็นว่าค่าขนาดอิทธิพลที่ได้ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้เป็น ผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงร้อยละ 84.8

ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก โดยที่ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มีค่าต่ำ แสดงว่า มีความคลาดเคลื่อนในงานวิจัย อาจมีความคลาดเคลื่อนจากการวัด (Measurement error) ซึ่งความคลาดเคลื่อนจากการวัดเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆดังนี้

จากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากอาจเกิดการ เมื่อยล้า เบื่อหน่าย ต้องการพักผ่อน ทำให้ข้อมูลที่รวบรวมได้เกิดความคลาดเคลื่อนและแตกต่าง จากการรวบรวมข้อมูล ในขณะที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอยู่ในสภาวะที่พร้อมและมีความตั้งใจในการ รวบรวมข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2545)

วุฒิภาวะของกลุ่มตัวอย่าง (Maturation) ซึ่งครอบคลุมถึงวุฒิภาวะทั้งด้านอายุ ประสบการณ์ และความเหน็ดเหนื่อย จากงานวิจัยที่นำมาศึกษา ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการที่จะเข้ารับโปรแกรมการทดลอง อีกทั้งการทดลองในงานวิจัยที่มี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากดังที่กล่าวมาข้างต้นใช้ระยะเวลาทั้งหมดของการโปรแกรมการ ทดลองที่ยาว ได้แก่ 8 เดือน (สายปัญญา คงพันธุ์, 2535) และ 6 เดือน (ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2533; อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2531) การที่โปรแกรมการทดลองที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน อาจ ทำให้วุฒิภาวะของกลุ่มตั้งอย่างที่เปลี่ยนไป ก็อาจทำให้ค่าตัวแปรตามเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้น ผลการวิจัยซึ่งพบว่าค่าตัวแปรตามที่เปลี่ยนไปภายหลังการให้สิ่งทดลอง จึงอาจไม่ใช่เป็นผลจาก สิ่งทดลอง แต่อาจเป็นผลจากวุฒิภาวะของกลุ่มตัวอย่าง และทำให้เกิดการคลาดเคลื่อนจากการ วัดได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2545)

เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองอาจทำให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเกิด อคติหรือมีความลำเอียงในการเลือก อีกทั้งขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากทำให้มีความแตกต่าง กันมากของกลุ่มตัวอย่าง เช่นทั้งชนิดของโรคและระยะของโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเป็น เอกพันธ์ (Homogeneous) ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดได้

จากที่กล่าวมาการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งได้ข้อค้นพบจากงานวิจัยในครั้งนี้ว่า การให้คำปรึกษา เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดในการที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับผลลัพธ์ ด้านจิตสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งในการให้คำปรึกษานั้น จะต้องมีการวางแผนและเตรียม การทั้งด้านบุคลากรในการได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีทักษะในการให้คำปรึกษา ด้านสถานที่

สำหรับให้คำปรึกษา ตลอดจนถึงการเตรียมการด้านงบประมาณในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการศึกษาฝึกฝนอบรม ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ต้องมีการเตรียมการที่ซับซ้อนดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นถ้ายังไม่มีความพร้อมในการเตรียมการด้านต่างๆ จึงควรพิจารณาเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาลประเภทอื่นๆ โดยเรียงลำดับจากค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมจากค่าสูงค่าต่ำได้ดังนี้คือ การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสอน การให้ข้อมูล และการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ควรต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ความมีประสิทธิภาพในแง่ของความสะดวก ความยากง่ายในทางปฏิบัติ ความคุ้มค่าและคุ้มทุน ความเหมาะสมกับหน่วยงานและความสามารถของบุคลากร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในด้านการปฏิบัติ ควรเลือกใช้ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมแต่ละชนิดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น ควรการนำปฏิบัติการพยาบาลประเภทการให้คำปรึกษามาใช้กับผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวล เพราะจากการศึกษาพบว่าให้คำปรึกษามีประสิทธิผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด
2. ในด้านการบริหาร ควรมีการจัดทำคู่มือ หรือแนวทางการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งโดยนำผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้มาเป็นฐานความรู้
3. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดทำฐานข้อมูล (data base) ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าหรือเผยแพร่งานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการศึกษาด้านความผาสุกทางใจ ความเข้มแข็งในการมองโลก ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ พฤติกรรมเผชิญความเครียด เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำงานศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมรายย่อยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อให้ครอบคลุมสามารถให้การสนับสนุนได้
2. ควรนำศึกษาประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลในด้าน การสนับสนุนด้านครอบครัวและการแพทย์ทางเลือกมาศึกษาถึงประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวในประเทศไทย

3. เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกเป็นส่วนใหญ่ ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นน้อย หรือไม่พบว่ามีการศึกษาเลย ดังนั้นจึงควรมีการขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่มีความสำคัญหรือมีอุบัติการณ์การเกิดรองลงไป

4. ควรมีการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยทุกครั้งทั้ง การเผยแพร่ในห้องสมุด และการตีพิมพ์ในวารสารเพื่อ ขยายองค์ความรู้ให้แพร่หลาย

5. การมีข้อจำกัดในการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ ซึ่งการที่ค่าอิทธิพลโดยส่วนมากมีค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่ และมีค่าขนาดอิทธิพลที่มีค่าสูงมากจะทำให้การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ อาจมีการตัดค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดสูงโค้งออก หรือ อาจต้องใช้สถิติทดสอบตัวอื่นแทน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

กรองไธ อุณหสุตร. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมตา. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2539): 12-17.

กระจำวงศ์ ศิริวัฒนา. **เนื้องอก.** ในกระจำวงศ์ ศิริวัฒนา และพรทิพย์ โรจนสุนันท์

(บรรณาธิการ), **พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล**, หน้า119-141. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532.

กฤติยา แสงเงจริญ. **การสัมภาษณ์เพื่อช่วยเหลือทางการพยาบาล.** ขอนแก่น:

ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์, 2539.

จาง เมยเฟน. **รูปแบบการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่**

กำลังได้รับการรักษาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล

อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

จินดา อุไรรัตน์, พรรณนิภา ธรรมวิรัช, และประอรนุช ตุลยาทร. **การพยาบาลนิเวศ.**

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์, 2543.

จินตนา ยูนิพันธุ์ และปาหนัน บุญหลง. **การพยาบาลจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร:

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

จินตนา ยูนิพันธุ์. **การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.** ในรายงานการสัมมนาเรื่องมนมิตทาง

จิตสังคมกับการพยาบาล. หน้า 40-55, กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2529.

จีน แบรี่. **คู่มือการฝึกทักษะการให้คำปรึกษา.** พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพมหานคร: 21 เซ็นจูรี,

2540.

จุฑากานต์ กิ่งเนตร.เนตร. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ**

ผาสุกในชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

ช่อลดดา พันธุเสนา. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามแบบแผนสุขภาพ.**

กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2536.

- ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. การวิเคราะห์อภิมานคุณภาพแบบสอบถามหลายตัวเลือกที่มีรูปแบบของแบบสอบถามและวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. กิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. วารสารสภาการพยาบาล 15, 3(2543): 55-64.
- ทัศนีย์ นะแสง. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: เทมการพิมพ์, 2542.
- ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- เทียม ศรีคำจักร. กิจกรรมบำบัดแนวจิตวิเคราะห์. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อภิมานและการวิเคราะห์เนื้อหา: รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2541.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. การเชื่อมโยงองค์ความรู้จากงานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. วารสารวิจัย วิทยาการวิจัย 15, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2545): 295-329.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. การวิเคราะห์อภิมาน. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป, 2542.
- นวลสกุล แก้วลาย. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- บุบผา ขอบปี่. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.

- ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และระณชัย คงสกนธ์. **กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์, 2542.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 15, 4(2540): 61-71.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. **ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- พีไลรัตน์ ทองอุไร. **การพยาบาลจิตสังคมผู้ป่วยเรื้อรัง**. สงขลา: โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2541.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทัศนีย์ นะแสง. **วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ**. สงขลา: โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2539.
- ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. **ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ภริณี วัชรสิน. **การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก: การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- ยุวดี ภา และคณะ. **วิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามการพิมพ์, 2543.
- เรวัต พันธุ์วิเชียร และวรชัย รัตนธรรธร. **Tumor biology**. ในวรชัย รัตนธรรธร(บรรณาธิการ), **ตำรารักษาโรคมะเร็ง**, หน้า 1-18. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด, 2538.
- ฤทัยวรรณ โต๊ะทอง. **Cancer metastasis**. ใน วรชัย รัตนธรรธร(บรรณาธิการ), **ตำรารักษาโรคมะเร็ง**, หน้า 64-79. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด, 2541.

- ลอบ หุตางกูร. **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต-สังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา, 2535.
- วรรณีย์ อริยะสินสมบุญ. **การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาจิตวิทยาการศึกษา : การวิเคราะห์อภิमान**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในก่อนระยะการได้รับการวินิจฉัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. **การวิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ศิริยุภา พูลสุวรรณ. **การวิเคราะห์อภิमान การสร้างองค์ความรู้จากงานวิจัย ในนภภรณ์ หะวานนท์ (บรรณาธิการ), พัฒนศึกษาศาสตร์ ศาสตร์แห่งการเรียนรู้และการถ่ายทอดการพัฒนา**, หน้า 149-157. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แปลนโมทิฟ, 2539.
- ศิริยุภา พูลสุวรรณ. **การศึกษาประสิทธิภาพของการสอนโดยการวิเคราะห์อภิमान**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536.
- ศิริอร สีนุก. **ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในพิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา, และ ศันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณาธิการ), รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**, หน้า 365-416. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส, 2542.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบาย สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. **จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก(ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2540-2544(ระบบออนไลน์)**. แหล่งที่มา : <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/ill2html> (24 พฤษภาคม 2546)
- สมจิต หนูเจริญกุล. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2543.
- สมจิต หนูเจริญกุล. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในพรศรี คัดชอบ, วิบูล สัจกุล, นภดล วรอุไร และสาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์(บรรณาธิการ), มะเร็งวิทยา**. หน้า 241-267. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

- สมจิต หนูเจริญกุล. ความเครียดกับการดูแลตนเอง ในสมจิต หนูเจริญกุล(บรรณาธิการ),
การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. หน้า 94-120.
 กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง, 2537.
- สมจิต หนูเจริญกุล. **แนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบาย
 หลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- สมภพ เรื่องตระกูล. **อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย.** กรุงเทพมหานคร: โรงแก้วการพิมพ์,
 2544.
- สมศร เชื้อหิรัญ. **สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน.** กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย,
 2528.
- สมสมัย สุธีรศานต์. **ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับความสามารถในการปฏิบัติการ
 พยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดทบวง
 มหาวิทยาลัย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
 บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สายปัญญา คงพันธ์. **ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบ
 กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับ
 รังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สินีนางู ลิขิตรัตน์เจริญ. **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่
 ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- สิริฤกษ์ ทวงวิไล. วิทยานิพนธ์คัมภีร์ของเนื้องอก ในสุทธิพันธ์ สารสมบัติ(บรรณาธิการ), **อิมมูโน
 วิทยา,** พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 239-267. กรุงเทพมหานคร: พีพีเอส ไซเอนซ์ เทคโนโลยีคอล
 จำกัด, 2542.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.** ขอนแก่น:
 ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์, 2537.
- สุนทรี่ ภานูทัต. **การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู: ในมยุรา กาญจนางกูร(บรรณาธิการ), เอกสาร
 ประกอบการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล,** หน้า 110-134.
 กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งเรืองการพิมพ์, 2536.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด.** เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์,
 2536.

- สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3, 2545.
- สุวรรณณี เลิศตระกูล และวรัชย์ รัตนธรร. **Quality of life: Psychological aspect, ในวรัชย์ รัตนธรร (บรรณาธิการ), ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2. หน้า 399-418. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพบลิชชิ่ง, 2541.**
- สุวัฒน์ นิยมคำ. **ทฤษฎีและทางปฏิบัติในการสอนวิทยาศาสตร์แบบสืบเสาะหาความรู้ เล่ม 1**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเนเจอร์บุ๊กส์ เซนเตอร์ จำกัด, 2531.
- อรรถัย สนิใจยุทธ. **ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- อรพินธ์ ใจสุนทร. **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี ในเขตภาคเหนือตอนบน โดยวิธีวิเคราะห์อภิमान**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- อัจฉรา นุตตะโร. **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิควัยอ่อน คลายกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิमान**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- อาคม เขียวศิลป์. **การพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง**. **วารสารโรคมะเร็ง 14, 2 (2531): 91-97.**
- อาภรณ์ คำก้อน. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- อุทุมพร จามรมาน. **การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- อุบลรัตน์ ดีพร้อม. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์. **โรคมะเร็ง**. **วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์ 12, 54(2541): 43-54.**

คูมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้าเพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บปวดและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ภาษาอังกฤษ

Ali, N. S., and Khalil, H. Z. Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. **Cancer Nursing** 14, 5 (1991): 232-239.

American Cancer Society. **Estimated New Cancer Cases and Deaths by Gender, US, 2002.** (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา: [http://www.cancer.org./downloads/STT/Cancer Facts & Figures 2002TM. pdf](http://www.cancer.org./downloads/STT/CancerFacts&Figures2002TM.pdf) (24 พฤษภาคม 2546).

Amstrong, D. M. A better way to calm the patient who fears the worst. **RN** 40,4 (1977): 47-53.

Bedell, C. Breast cancer. In B. M. Nevidjon and K. W. Sowers (eds.), **A nurse's guide to cancer care**, pp. 62-82. Philadelphia: Lippincott, 2000.

Black, J. M., and Matassarini-Jacobs, E. In J. Luckmann, and K. C. Sorensen (eds), **Medical-surgical nursing : A psychophysiologic approach.** 4th ed., pp. 2173-2196. Philadelphia: W. B. Saunders, 1993.

Blattner, S.T. **Holistic Nursing.** London: Prentice-Hall, Inc., 1981.

Brandt, B. T. The relationship between hopeless and selected variable in women receiving chemotherapy for breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 14, 2 (1987): 35-39.

Brown, A. D. The Experience of Care: Patient Perspectives. **Topics in clinical Nursing** 8 (1986): 57-62.

Brown. A.S. Measurement of Quality of Primary Studies for Meta-Analysis. **Nursing Research** 40, 6 (Nov-Dec1991): 352-355.

Burn, N. and Grove, S. K. **The Practice of Nursing Research Conduct, Dritique, & Utilization.** 4th ed., Philadelphia: W.S. Saunders, 2001.

- Bush, N. J. Coping and adaptation. In R. M. Carroll- Johnson, L. M. Gormam, and N. J. Bush (eds), **Psychological nursing care: Along the cancer continue**, pp. 39-51. Pittsburgh: Oncology Nursing press, 1998.
- Carignan, J. R. Cancer biology: Carcinogenesis, on cogenes, and epidermiology. In S. Rosental, J. R. Carignan, and B. D. Smith (eds.), **Medical care of the cancer patient**. 2nd ed., pp.1-11. London: Philadelphia, 1993.
- Carpenter, J. S. and Brockopp. D. Y. Evaluation of self-esteem of women with cancer receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 21, 4 (1994): 751-757.
- Charnow, J. A. et al. **Nursing Process in Clinical Practice**. Philadelphia: Lippincott, 1993.
- Christman, N. T. Uncertainty and adjustment during radiotherapy. **Nursing Research** 39, 1(1990): 17-47.
- Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York : Academic Press, 1977.
- Devine, E. C. Meta-Analysis of the Effect of Psychoeducational Interventions on Pain in Adult With Cancer. **Oncology Nursing Forum** 30, 1 (2003): 75-89.
- Devine, E. C. and Westlake, S. K. The Effect of Psychoeducational Care Provided to Adults With Cancer: Meta-Analysis of 116 studies. **Oncology Nursing Forum** 22, 9 (1995): 1369-1381.
- Ehlke, G. Symptom distress in breast cancer patients receiving chemotherapy in the outpatient setting. **Oncology Nursing Forum** 15, 3 (1988): 343-346.
- Feather, B. L., and Wainstock, J. M. Perception of post mastectomy patients part I: The relationship between social support and network providers. **Cancer Nursing** 12, 5 (1989): 293-300.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., and Otis-Green, N. Quality of life in breast cancer Part II: Psychological and spiritual well-being. **Cancer nursing** 21, 1 (1998): 1-9.
- Furukawa, T. A. From effect size into number to treat. **Lancet** 353, 9165 (1999).
- Gass, K A., Gaustad, G., Oberst, M. I., and Hughes, S. Relocation apparaisal, functional independence, morale, and health of nursing home residents. **Issue in Mental Health Nursing** 13, 3 (Jul- Sep 1992): 236-253.

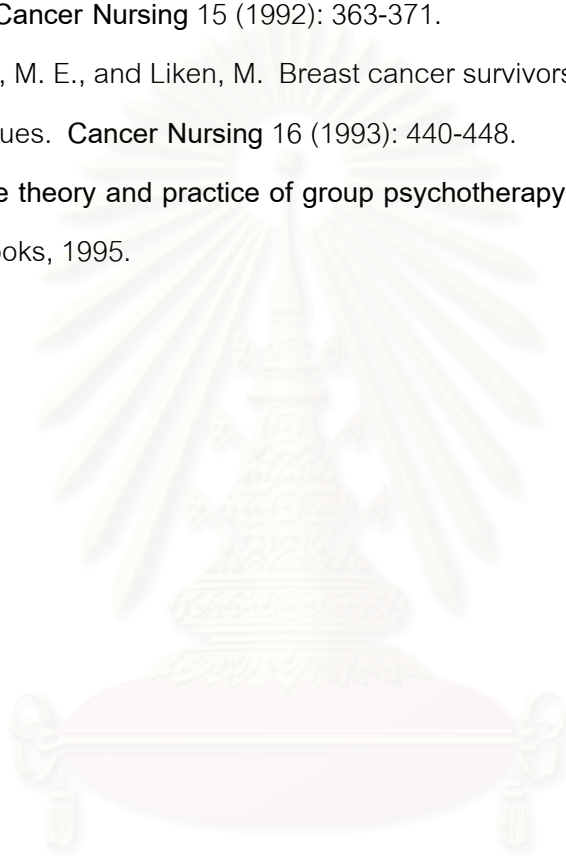
- Gettrust, K. V., and Brabec, P. D. **Nursing Diagnosis in Clinical Practice: Guide for Care Planning**. New York: Delma Publishers, 1992.
- Glass, G. V., Mc Gaw, B., and Smith, M. L. **Meta-analysis in social research**. Beverly Hills :Sage Publications, 1981.
- Goldberg, W. G., and Fitzpatrick, J. J. Movement therapy with the aged. **Nursing Research** 29, 6 (Nov- Dec 1980): 339-346.
- Gordon. M. **Nursing Diagnosis: Process and Application**. 3rd ed., St.Louis: Mosby, 1994.
- Gorman, L. M., Sultan. D., and Luna-Raines, M. **Psychosocial nursing handbook for the nonpsychiatric nurses**. Baltimore: Williams & Wikins, 1989.
- Grassman, D. Development of inpatient oncology education and support programs. **Oncology Nursing Forum** 20, 4 (1993): 669-676.
- Hampton, , M. R., and Frombach, I. Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. **Health Care for Women International** 21 (2000): 67-76.
- Hanucharurnkul Somchit. An integrative review and meta-analysis of Self-Care research in Thailand: 1988-1999. **Thai Journal of Nursing Research** 5, 2 (2001): 119-132
- Hedges, L.V., and Olkin, I. **Statistical Methods for Meta-Analysis**. Orlando, Florida: Academic Press, Inc., 1985.
- Hughes, K. K. Psychological and functional status of breast cancer patients. **Cancer Nursing** 16, 3 (1993): 222-229.
- Hunter, J. E., and Schmidt, F. **Methods of Meta-Analysis**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- Hunter, J. E., Schmidt, F.L., and Jacson, G.B. **Meta-Analysis: Cumulating Reseach Findings Across studies**. Beverly Hills: Sage Publications, 1982.
- Jennings, B. M., and Loan, L. A. Misconceptions among nurses about evidence-base practice. **A Journal of Nursing Scholarship** 33, 2 (2001): 121-128.
- Johnson, J. E. and Lauver. F. D. Alternative explanations of coping with stressful experience associated with physical illness. **Advance Nursing Science** 11, 2 (1989): 39-52.
- Johson, J. R. Caring for the women who has a mastectomy. **American journal of Nursing** 94, 5 (1994): 25-31.

- Kulik, J. A., and Kulik. C. C. **Meta-analysis in education**. International Journal of Educational Research.13 (1989): 223-240.
- Kumar, V., Cotran, R., and Robbins, S.L. **Basic pathology**. 5th ed., Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer, 1984.
- Leininger. **Caring: An Essential Human Need. Proceedings of Three National Caring Conferences**. New Jersey: Charles B. Slack, Inc., 1986.
- Leventhal, H., and Johnson, J. E. Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. In **Behavioral Science and Nursing**. Theory. St. Louis: C.V. Mosby, 1983.
- Light, R. T., and pillemer, D. B. **Summing up: The Science of Reviewing Research**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University press, 1984.
- Longo and Williams. **Clinical Practice in Psychosocial Nursing: Assessment and intervention**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1986.
- Loveys, B. J., and Klaich, K. Breast cancer: Demands of illness. **Oncology Nursing Forum** 18, 1 (1991): 75-79.
- Luckmann, J., and Sorensen, K. C. **Medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach**. 2th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1986.
- MacGonley, K. J. Nursing care of the patient with altered body image. **British Journal of Nursing** 2, 22 (1993): 1098-1102.
- Mahol, S. M., and Casperson, D. S. Psychosocial concerns associated with recurrent cancer. **Cancer Practice** 3 (1995): 372-380.
- Marram, G. D. The Group approach in nursing practice. 2nd ed., St. Louis: C.V. Mosby, 1978.
- McCloskey, C. J. and Bulechek, G. M. **Nursing Intervention Classification (NIC)**. 3rd ed., St.Louis: Mosby, 1999.
- Meraviglia, M. G. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. **Journal of Holistic Nursing** 17 (1999): 18-33.
- Mullen, B. **Advance BASIC Meta-Analysis**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher, 1989.

- Nealon, Thomas F.. **Management of the Patient with Cancer**. 2nd ed. Toronto: W.B. Saunders, 1996.
- Newbeck, I. Going to the whole way. **Nursing times** (Feb 1986): 14-29.
- Nichols, A. **Psychological care in Physical Illness**. Kent: Mayhew Typesetting, 1986.
- Northouse, L. L. The impact of breast cancer on patients and husbands. **Cancer Nursing** 12, 5 (1989): 276-284.
- O'Brien, M. E. **Spirituality in nursing: Standing on holy ground**. Boston: Jones and Bartlett, 1999.
- O'Flynn, A. I. Meta-analysis. **Nursing Research** 31, 5 (1982): 314-316.
- Obert, M. T., and Scott, D. W. Post discharge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. **Research in Nursing & Health** 11, 4 (1988): 223-233.
- Orem, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.
- Padilla, G. V. et al. Distress reduction and the effect of preparatory teaching films and patient control. **Research in Nursing and Health** 4, 3 (1981): 375-387.
- Palsson, M-B. E., and Norberg, A.. Breast cancer patients' experience of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. **Journal of Advance Nursing** 21, 2 (1995): 277-285.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. **Nursing research: Principle and methods**. 7th ed., Philadelphia: Lippincott, 2004.
- Polit, D. F., and Hungler, J. B. **Nursing research: Principle and methods**. 6th ed., Philadelphia: J. B. Lippincott, 1999.
- Porth, C. M. **Pathophysiology: Concepts of altered health states**. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1990.
- Redman, B. K. **The process of patient education**. 7th ed., St. Louis: Mosby-Year Book, 1993.
- Reed, P. G. Spiritual and well-being in terminal ill hospitalied adult. **Research in Nursing and Health** 10, 5 (1987): 335-344.
- Rosenthal, R. An Evaluation of procedures and results. In K. W. Wachter and M. L. Straf. (eds.), **The Future of Meta-Analysis**, pp. 123-133. New York: Russel Sage Foundation, 1990.

- Rosenthal, R. **Meta-Analysis Procedures for Social Research**. Newbury Park: Sage Publications, 1991.
- Rosenthal, R., and Rosnow, R. O. **Essentials of Behavioral Research : Methods and Data Analysis**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, Inc., 1991.
- Ross, L. A. Elderly patients' perception of their spiritual needs and care: A pilot study. **Journal of Advanced Nursing** 26 (1997): 710-715.
- Rustoen, T., and Hanestad, B. R.. Nursing intervention to increase hope in cancer Patients. **Journal of Clinical Nursing** 7 (1998): 19-27.
- Slavin, R. E. Best-evidence synthesis: an alternative to meta-analysis and traditional review. **Educational Research** 15 (1986): 5-11.
- Slavin, R. E. Best-evidence synthesis: why less is more. **Educational Research** 16 (1987): 15-16.
- Smeltzer, S. C., and Bare, B. G.. **Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing** . 7th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1992.
- Smith, M. C., and Stullenbarger, E. An integrative review and meta-analysis of oncology nursing research: 1981-1990. **Cancer Nursing** 18, 3 (1995):167-179.
- Snyder, M. **Independent Nursing Intervention**. 2nd ed., New York: Delma Publishers, 1992.
- Somchit Hanucharunkul. **Social support, Slef-care and Quality of life in Cancer Patients Receiving Radiationtherapy in Thailand**. Doctoral Dissertation of Nursing. Wayne State University, 1988.
- Steinberg, M. D., Juliano, M. A., and Wise, L. Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. **The American Journal of Psychiatry** 142, 1 (1985): 34-39.
- Stephenson, G.L. The concept of hope revisited for nursing. **Journal of Advanced Nursing** 14, 1 (1991): 28-34.
- Swenson, C. J. Pain management. In E. O. Shirley (ed.), **Oncology nursing**. 3rd ed., pp. 746-791. St.Louis: Mosby, 1997.
- Van Hoozer, H.L., et al.. **The teaching process: Theory and practice in nursing**. Norwalk: Appleton-Century, 1997.

- Williams, J., Wood, C., and Cunningham-Warburton, P. A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. *Oncology Nursing Forum* 26, 9 (1999): 1463-1468.
- Wolf, F. M. *Meta-Analysis: Quantitative Methods for Research Synthesis*. Beverly Hills: Sage Publications, 1986.
- Wong, C. A., and Bramwell, L. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing* 15 (1992): 363-371.
- Wyatt, G., Kurtz, M. E., and Liken, M. Breast cancer survivors: An exploration of quality of life issues. *Cancer Nursing* 16 (1993): 440-448.
- Yalom, J. D.. *The theory and practice of group psychotherapy*. 4th ed. New York: Basic Books, 1995.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

- เกา รุ่ย. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความผาสุกทางใจของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จิราภรณ์ ทองสุโขติ. ผลของการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จุฑากานต์ กิ่งเนตร. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- จรีพันธ์ เปรมปรีดี. ผลของการใช้การอุปมาอุปไมยในการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- ชุน หง. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ. ประสิทธิภาพของการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม: รายงานการวิจัย. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

- ดรุณี ชุณหะวัต. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. รายงานการวิจัย, 2536.
- ถนอมศรี คูอาริยะ. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. ผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- ทิพากร วงศ์หังกุล. ผลของการใช้ระบบพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- นภวรรณ พลพินิจ. ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2547.
- นันทา เกียรติกังวาล. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- นัยนา รัตนมาศทิพย์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวรอเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- นิภา อัสวเพิ่มพูนผล. ผลของการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. ผลของการใช้ระบบพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- ผ่องศรี ศรีมรกต. ผลของการให้คำปรึกษาแบบระดับประคองต่อการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- พจณี รอดจินดา. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2541.
- พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์. ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- พรนิภา หาญละคร. ผลของกลุ่มบำบัดต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์. ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวกับการให้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลก่อนและหลังการรับรังสีรักษาและวิถีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิดของโนวอทนีในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- วาสนา เจริญรัตนชาติ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2546.
- วิไล ตั้งปณิธานดี. ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางที่มีต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

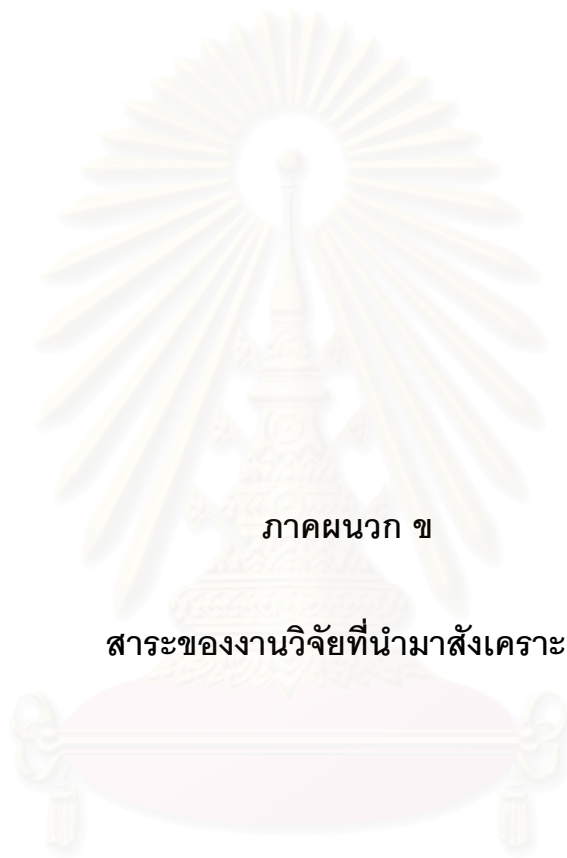
- วัชรวิ กิติมศักดิ์. ผลของการใช้รูปแบบการสอนแนะต่อองค์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่และความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถาวรชนิดดัดแปลง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.
- ศรีนวน โอสถเสถียร. ผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียดและความร่วมมือก่อนเข้ารับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สดีโส เกตุไฉย. ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิถีคิดเชิงบวก ต่อความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- สายปัญญา คงพันธุ์. ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สายใจ พัวพันธ์. ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- สุชาดา วิภังชวาที. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตนต่อระดับความรู้และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
- สุนทร วัฒนเบญจโสภา. ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- สุทธีณี พัดวิสัย. ผลของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

- สุนิสา วัฒนกิตติศักดิ์. **เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลตนเอง 2 วิธีต่อคุณภาพชีวิตและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สุนันทา ตั้งปณิธานดี. **ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- สุพรรณณี สุ่มเล็ก. **ผลของการพยาบาลต่อการลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สุภาณี คลังฤทธิ์. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- อรทัย สนใจยุทธ. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- อุบล จ้วงพานิช. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- อุบล จ้วงพานิช. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.** งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2538.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. **ผลของการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้าเพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บปวดและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

คุณัย เกษกัน. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกายและการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สาระของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 สาระของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

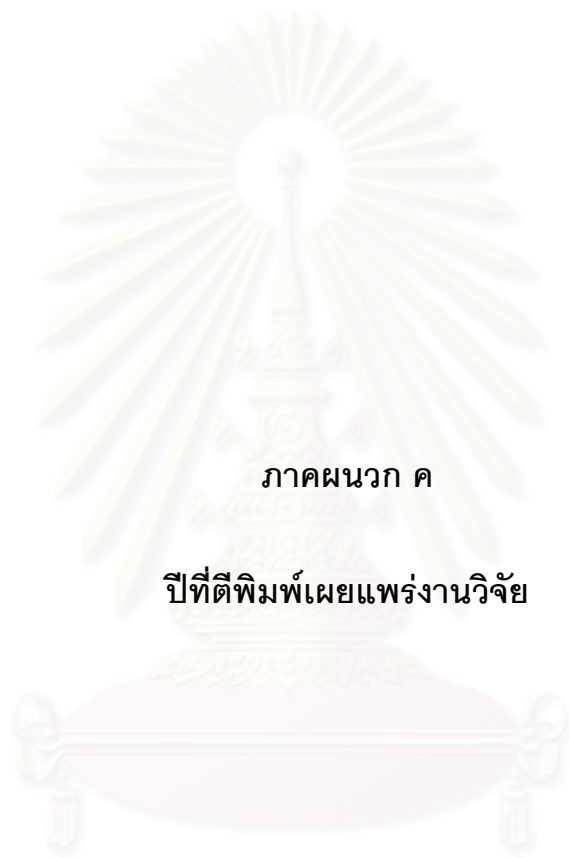
ผู้วิจัย	ผู้ป่วย(ตัวอย่าง)	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ศึกษา	จำนวน
เกา รุ่ย. 2542	มะเร็งเต้านม. ระยะ2	การสนับสนุนด้านข้อมูล	ความผาสุกทางใจ	30
ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. 2535	มะเร็ง	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ความผิดปกติของภาวะอารมณ์	54
จากรวรรณ รัตมีเหลืองอ่อน.2535	มะเร็งศีรษะและคอ ระยะ 4	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง	40
จิราภรณ์ ทองสุโชติ. 2535	มะเร็งปากมดลูก. ระยะ2	การสอน	ความวิตกกังวล	40
จุฑาทกานต์ กิ่งเนตร. 2539	มะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิด เฉียบพลัน	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ความผาสุกในชีวิต	20
จรีพันธ์ เปรมปรีดี. 2540	มะเร็งเต้านม.ระยะ2	การอุปมาอุปไมยในการให้คำปรึกษา	ความรู้สึเกี่ยวกับการสูญเสีย ภาพลักษณ์	16
ซุน หง. 2543	มะเร็งเต้านม.ระยะ1	การสนับสนุนด้านข้อมูล	ความรู้สึที่ไม่แน่นอนเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย	30
ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ.2542	มะเร็งเต้านม	การสนับสนุนข้อมูล(การให้ความรู้ร่วมกับ การให้คู่มือปฏิบัติตัว)	ความวิตกกังวล	30
ดรุณี ชูหะวัต และคณะ. 2536	มะเร็งศีรษะและคอ. ระยะ4	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง	60

ผู้วิจัย	ผู้ป่วย(ตัวอย่าง)	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ศึกษา	จำนวน
ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538	มะเร็งเต้านม	การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล	20
ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. 2546	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ3	การให้คำปรึกษา(แบบเผชิญความจริง)	ความหวังในคุณภาพชีวิต	12
ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. 2533	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	74
นภวรรณ พลพินิจ. 2547	มะเร็งเต้านม	การให้คำปรึกษา(รายบุคคลแบบเกสตัลท์)	ความเข้มแข็งในการมองโลก	7
นันทา เกียรติกังวาฬ. 2540	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด(มุ่งเน้นการแก้ปัญหา) พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด(มุ่งเน้นการตอบสนองทางด้านอารมณ์)	40
นัยนา รัตนมาศทิพย์. 2531	มะเร็งไม่ระบุชนิด	การให้คำปรึกษา(เชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม)	ความวิตกกังวล	8
นิภา อัสวเพิ่มพูนผล.2527	มะเร็งเต้านม	การสอน	การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ	30
บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. 2533	มะเร็งศีรษะและคอ. ระยะ4	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	68

ผู้วิจัย	ผู้ป่วย(ตัวอย่าง)	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ศึกษา	จำนวน
ผ่องศรี ศรีมรกต. 2536	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	การให้คำปรึกษา(แบบประคับประคอง)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขวัญกำลังใจ	60
พจณี รอดจินดา. 2541	มะเร็งเต้านม	การให้คำปรึกษา(เชิงจิตวิทยาแบบ ประคับประคอง)	ความวิตกกังวล ภาวะความซึมเศร้า	30
พรพรรณ ศรีรัตนฤกษ์. 2539	มะเร็งไม่ระบุชนิด	กลุ่มจิตบำบัด(แบบโลกอส)	ความวิตกกังวล(เกี่ยวกับความตาย)	16
พรนิภา หาญละคร. 2545	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	กลุ่มบำบัด	ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า	40
พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์. 2543	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	การสนับสนุนข้อมูล(การสนับสนุนข้อมูล แบบไม่รู้ตัว)และวิธีคิดเชิงบวก	ความหวัง	40
ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. 2534	มะเร็งเต้านม.ระยะ2	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ภาวะซึมเศร้า	30
วาสนา เจริญรัตนโชติ. 2546	มะเร็งศีรษะและคอ. ระยะ4	การใช้กระบวนการกลุ่ม(การอภิปรายกลุ่ม โดยญาติมีส่วนร่วม)	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ)	30
วิไล ตั้งปณิธานดี. 2535	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	การให้คำปรึกษา(แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง) การสนับสนุนข้อมูล(การให้ข้อเสนอแนะเป็น กลุ่ม)	ความเครียด ความเครียด	14
วัชรวิ กิตติมศักดิ์. 2543	มะเร็งเต้านม	การสอน(การสอนแนะ)	ความพึงพอใจ	20

ผู้วิจัย	ผู้ป่วย(ตัวอย่าง)	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ศึกษา	จำนวน
ศรีนวล โอสถเสถียร. 2527	มะเร็งปากมดลูก	การให้ข้อมูลร่วมกับการปรับประคอง ด้านจิตใจ	ภาวะเครียด	46
สดใส เกตโนย. 2543	มะเร็งเต้านม.ระยะ2	การสนับสนุนข้อมูล(การสนับสนุนข้อมูล แบบไม่รู้ตัว)และวิธีคิดเชิงบวก	ความหวัง	40
สายปัญญา คงพันธุ์. 2535	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ความวิตกกังวล	80
สายใจ พัวพันธ์. 2530	มะเร็งเต้านม	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ภาพลักษณ์	15
สุชาดา วิรัชชวาที. 2539	มะเร็งรังไข่.ระยะ3	การสอน(เป็นรายบุคคล)	พฤติกรรมเผชิญความเครียด	16
สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. 2543	มะเร็งปากมดลูก. ระยะ3	กลุ่มจิตบำบัด(แบบปรับประคอง)	ความหวัง	10
สุทธินี พักวิสัย. 2545	มะเร็งเต้านม.ระยะ2	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	20
สุนิสา วัฒนกิตติศักดิ์. 2535	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ2	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการใช้สื่อการสอน การสอน(โดยใช้สื่อ)	ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	62
สุนันทา ตั้งปณิธานดี. 2544	มะเร็งเต้านม.ระยะ2	การให้คำปรึกษา(รายบุคคล)	ความวิตกกังวล	40

ผู้วิจัย	ผู้ป่วย(ตัวอย่าง)	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ศึกษา	จำนวน
สุพรรณณี สุ่มเล็ก. 2527	มะเร็งเต้านม.ระยะ3 มะเร็งปากมดลูก.ระยะ3	การให้มูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์	ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า	30
สุภาณี คลังฤทธิ. 2544	มะเร็งเต้านม.ระยะ3	การให้ข้อมูล(เตรียมความพร้อม)	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	30
อรทัย สนใจยุทธ. 2539	มะเร็งปอด	การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ)	60
อุบล จ้วงพานิช. 2536	มะเร็งเต้านม.ระยะ3	การให้ข้อมูล(เตรียมความพร้อม)	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมาน	40
อุบล จ้วงพานิชและคณะ.2538	มะเร็งเต้านม.ระยะ3	การให้ข้อมูล(เตรียมความพร้อม)	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมาน	40
อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2531	มะเร็งปากมดลูก.ระยะ3	การสอน(การสอนสุขศึกษา) การสอน(การสอนสุขศึกษา)ร่วมกับการนำ ธรรมะมาประยุกต์	ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า	120
อุทัย เกษกัน. 2541	มะเร็งศีรษะและคอ	การสอน	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	28



ภาคผนวก ค

ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 แสดงความถี่ ร้อยละ คุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่
งานวิจัยจำนวน (42 เรื่อง)

ปี พ.ศ.	จำนวน(เรื่อง)	ร้อยละ
2527	3	7.14
2530	1	2.38
2531	2	4.76
2533	2	4.76
2534	1	2.38
2535	6	14.29
2536	3	7.14
2538	2	4.76
2539	4	9.52
2540	2	4.76
2541	2	4.76
2542	2	4.76
2543	5	11.90
2544	2	4.76
2545	2	4.76
2546	2	7.46
2547	1	2.38
รวม	42	100

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

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

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

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

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

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

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

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

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

4. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

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

โดยที่ \bar{X}_{E1} = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1

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

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลังและ เสนอเฉพสะค่าคะแนนที่เพิ่ม (gain score)

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

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

โดยที่ \bar{G}_E = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง

\bar{G}_C = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

r_{EC} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

S_E = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

S_G = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

6. กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และเสนอค่าสถิติ t และ F

6.1 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเท่ากัน

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

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

6.2 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่เท่ากัน

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

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

S_E = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

6.3 เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

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

โดยที่ r_{EC} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6.4 เสนอค่า F เมื่อมี 2 กลุ่ม

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

6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

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

โดยที่ $S_Y = MS_W = MS_B / F$

$MS_B =$ ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

$$r = r_{pb} \frac{\sqrt{\frac{n_1 n_2}{un}}}{\sqrt{\frac{2U}{n_1 n_2}}}$$

โดยที่ $r_{pb} =$ ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ้อยไบซีเรียล

$u =$ Ordinate of unit normal distribution

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

โดยที่ $U =$ ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

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

โดยที่ $\bar{Y}_E =$ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{Y}_C =$ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$S_Y =$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$SS_B =$ ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

$SS_{AB} =$ ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์

$SS_W =$ ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม

$df_B =$ ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม

$df_{AB} =$ ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์

$df_W =$ ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม (covariance adjusted score)

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

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

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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ค่าขนาดอิทธิพลจำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 แสดงค่าขนาดอิทธิพลจำแนกตามชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล (N= 76)

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย
การให้ข้อมูล				0.83252
การสนับสนุนด้านข้อมูล	เกา รุ่ย. 2542 ซุน หง. 2543	ความผาสุกทางใจ ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (1 วันก่อนผ่าตัด) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (1 วันก่อนกลับบ้าน)	0.91620 -0.70917 -0.61919	
การสนับสนุนด้านข้อมูล(การให้ความรู้ร่วมกับการให้คู่มือปฏิบัติตัว)	ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ.2542	ความวิตกกังวล	-0.08849	
การสนับสนุนข้อมูล(การให้ข้อเสนอแนะเป็นกลุ่ม)	วิไล ตั้งปนิธานดี. 2535	ความเครียด	-0.19465	
การให้ข้อมูล(เตรียมความพร้อม)	สุภาณี คลังฤทธิ์. 2544	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1.93582	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
	อุบล จ้างพานิช. 2536	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) (24 ชม.หลัง ผ่าตัด)	-0.57352	
		การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์(7 วันหลัง ผ่าตัด)	-0.93253	
		ความทุกข์ทรมาน(24 ชม.หลังผ่าตัด)	-0.99529	
	อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2538	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) (24 ชม.หลัง ผ่าตัด)	-1.56493	
		การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์(7 วันหลัง ผ่าตัด)	-1.14547	
		ความทุกข์ทรมาน(24 ชม.หลังผ่าตัด)	-1.31036	
การสอน				1.06018
	จิราภรณ์ ทองสุโชติ. 2535	ความวิตกกังวล(หลังการสอนทันที)	-0.43122	
		ความวิตกกังวล(เข้าวันสวดใส่แร่)	-0.02587	
	อุทัย เกษกัน. 2541	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1.72086	
	นิภา อัครเพิ่มพูนผล. 2527	การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	0.37128	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
การสอน(การสอนแนะ)	วัชรวิ กิตติมศักดิ์. 2543	ความพึงพอใจ	2.11111	
การสอน(เป็นรายบุคคล)	สุชาดา วิภัชชวาที. 2539	พฤติกรรมเผชิญความเครียด	-1.83140	
การสอน(โดยใช้สื่อ)	สุนิสา วัฒนกิตติศักดิ์. 2535	ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก(สัปดาห์ที่ 1ของรังสี รักษา)	0.18145	
		ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (สัปดาห์ที่ 6 ของรังสี รักษา)	0.85493	
การสอน(การสอนสุขศึกษา)	อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2531	ความวิตกกังวล	-2.01346	
การให้คำปรึกษา				3.8352
การให้คำปรึกษา(การอุปมาอุปไมย)	จรีพันธ์ เปรมปรีดี. 2540	ความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์	-1.15622	
การให้คำปรึกษา(แบบเผชิญความ จริง)	ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. 2546	ความหวังในคุณภาพชีวิต(หลังทดลอง)	10.723	
		ความหวังในคุณภาพชีวิต(3 สัปดาห์ หลัง ทดลอง)	13.106	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
การให้คำปรึกษา(รายบุคคลแบบเกส ตัลท์)	นาวรรณ พลพินิจ. 2547	ความเข้มแข็งในการมองโลก	8.91114	
การให้คำปรึกษา(เชิงจิตวิทยาแบบ กลุ่ม)	นัยนา รัตนมาศทิพย์. 2531	ความวิตกกังวล	-3.33577	
การให้คำปรึกษา(แบบ ระดับประคอง)	ผ่องศรี ศรีมรกต. 2536	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.94230	
		ขวัญกำลังใจ	1.19230	
	พจณี รอดจินดา. 2541	ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า(หลัง ทดลอง)	-0.95238	
		ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า(2 สัปดาห์หลังทดลอง)	-0.65945	
การให้คำปรึกษา(แบบยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลาง)	วิไล ตั้งปนิธานดี. 2535	ความเครียด	-0.15223	
การให้คำปรึกษา(รายบุคคล)	สุนันทา ตั้งปนิธานดี. 2544	ความวิตกกังวล	-1.05641	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
กระบวนการกลุ่ม				1.63323
กลุ่มบำบัด	พรนิภา หาญละคร. 2545	ความวิตกกังวล	-0.80221	
		ความซึมเศร้า	-1.24396	
การใช้กระบวนการกลุ่ม(การอภิปรายกลุ่มโดยญาติมีส่วนร่วม)	วาสนา เจริญรัตน์โชติ. 2546	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ)	-0.23988	
กลุ่มจิตบำบัด(แบบโลกอส)	พรพรรณ ศรีรัญญูรัตน์. 2539	ความวิตกกังวล(เกี่ยวกับความตาย)	-2.14856	
กลุ่มจิตบำบัด(แบบประคับประคอง)	สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. 2543	ความหวัง	10.43890	
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน.2535	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.314 69	
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง(ต่อ)	ดรุณี ชูหะวัต และคณะ. 2536	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(วันที่15-16ของการรับรังสี)	0.77586	
		ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(6 สัปดาห์ของการรับรังสี)	0.27079	
	นันทา เกียรติกังวาฬ. 2540	พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด(มุ่งเน้นการตอบสนองด้านอารมณ์)	1.16923	
		พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด(มุ่งเน้นการแก้ปัญหา)	0.19587	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
	สายปัญญา คงพันธุ์. 2535 สายใจ พัวพันธ์. 2530 สุทธิณี พักวิสัย. 2545	ความวิตกกังวล ภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(สัปดาห์ที่ 1ของ เคมีบำบัด) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(สัปดาห์ที่ 3ของ เคมีบำบัด) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(สัปดาห์ที่ 5ของ เคมีบำบัด) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(สัปดาห์ที่ 7ของ เคมีบำบัด)	-4.78476 1.30303 0 0.73359 0.93632 0.77399	
<u>การให้ข้อมูลร่วมกับการ สนับสนุนด้านอารมณ์</u>	สุพรรณณี สุ่มเล็ก. 2527	ความกลัวความวิตกกังวล(วันที่ 7) ความกลัวความวิตกกังวล(วันที่ 14) ความซึมเศร้า(วันที่ 7) ความซึมเศร้า(วันที่ 14)	-0.37450 -1.13151 -0.58246 -0.81880	1.32404

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
การให้ข้อมูลร่วมกับการ ระดับประคองด้านจิตใจ การสนับสนุนข้อมูล(การสนับสนุน ข้อมูลแบบไม่รู้ตัว)และวิธีคิดเชิงบวก	ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538	ความวิตกกังวล	-1.60905	
	ศรีนวล โอสถเสถียร. 2527	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	-4.67500	
	พรสวรรค์ ธาธาธรรมรัตน์. 2543	ภาวะเครียด	1.332201	
	สดใส เกตโนย. 2543	ความหวัง	-0.07507	
การสอน(การสอนสุขศึกษา)ร่วมกับการ นำธรรมะมาประยุกต์	อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2531	ความวิตกกังวล	-2.16730	
		ความซึมเศร้า	-2.63179	
การพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้	ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ. 2535	ความผิดปกติของภาวะอารมณ์(วันที่ 1 หลัง ให้เคมีบำบัด)	-0.36224	0.68279
		ความผิดปกติของภาวะอารมณ์(วันที่ 2 หลัง ให้เคมีบำบัด)	-0.50804	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
		ความผิดปกติของภาวะอารมณ์(วันที่ 3 หลังให้เคมีบำบัด)	-0.38371	
	จุฑากานต์ กิ่งเนตร. 2539	ความผาสุกในชีวิต	1.15557	
	ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. 2533	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (วันที่ 15 ของการฉายรังสี)	-0.91497	
		ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี 2 วัน)	-1.03181	
	บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. 2533	ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ครั้งที่ 16 ของการรับรังสี)	-0.21631	
		ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา)	-0.55202	
	ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. 2534	ภาวะซึมเศร้า(1 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	0.17543	
		ภาวะซึมเศร้า(10-12 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	-0.65217	
	อรทัย สนใจยุทธ. 2539	ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) (วันที่ 4 หลังได้รับยาเคมีครั้งแรก)	-0.66900	

ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์	ค่าขนาดอิทธิพล	ค่าขนาดอิทธิพล เฉลี่ย
	สุนิสา วัฒนกิตติศักดิ์. 2535	<p>ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) (สัปดาห์ที่ 4 หลังได้รับยาเคมีในครั้งที่2)</p> <p>ความวิตกกังวล(ขณะเผชิญ) (สัปดาห์ที่ 8 หลังได้รับยาเคมีในครั้งที่ 3)</p> <p>ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก(สัปดาห์ที่ 1ของรังสี รักษา)</p> <p>ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (สัปดาห์ที่ 6 ของรังสี รักษา)</p>	<p>-0.69925</p> <p>-0.83105</p> <p>-0.15761</p> <p>-1.93267</p>	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

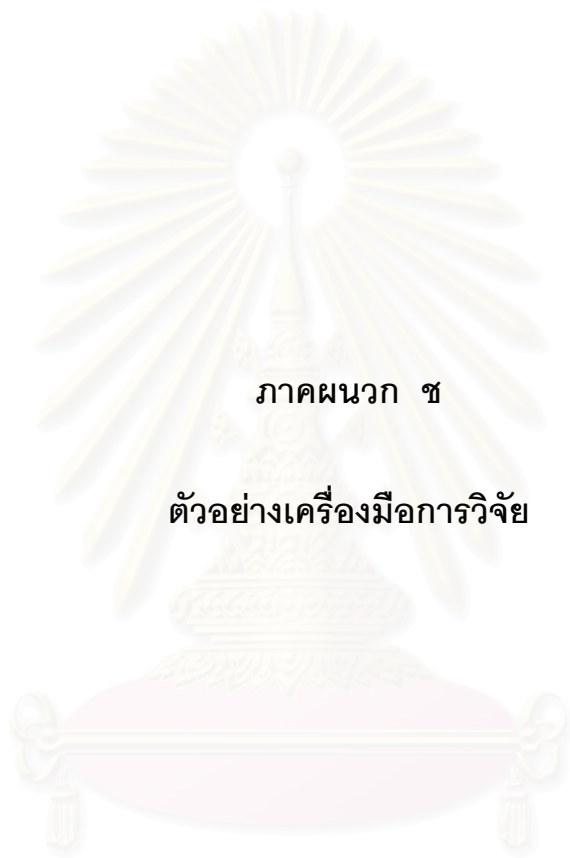
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาชา | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ | คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. อาจารย์ ดร. อารีย์วรรณ ช่อมตानी | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภจารย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ช

ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. ลักษณะของปฏิบัติการพยาบาล



- (1) การให้ข้อมูล
- (2) การสอน
- (3) การให้คำปรึกษา
- (4) การใช้กระบวนการกลุ่ม
- (5) การให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์
- (6) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
- (7) อื่นๆระบุ.....

2.

.....

8. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีเก็บหลังทดลองครั้งเดียว

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณค่า d ในกรณีไม่มี สถิติพื้นฐาน (ค่า t,F)	ค่าขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	S.D	X	S.D		
ตัวที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						
....						
ตัวที่ 5 กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						

กรณีเก็บหลังทดลองมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้ คำนวณค่า d ในกรณีไม่มี สถิติพื้นฐาน (ค่า t,F)	ค่าขนาด อิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	S.D	X	S.D		
ตัวที่ 1 ครั้งที่ 1 ระยะเวลา กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						
ครั้งที่ 2 ระยะเวลา กลุ่มทดลองที่ 2						
ตัวที่ 4 ครั้งที่ 1 ระยะเวลา กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 2						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมใน
ผู้ป่วยมะเร็ง

ชื่อผู้วิจัย.....รหัสงานวิจัย.....

ชื่อเรื่องงานวิจัย.....

.....

ลักษณะที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
	0	1	2	3	4
1. ชื่อเรื่องการวิจัยมีความชัดเจน					
2. ปัญหา/วัตถุประสงค์ของการวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่อง					
3.					
30. คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวม					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

1. ชื่อเรื่องการวิจัยมีความชัดเจน

4 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรตาม ตัวแปรต้น วิธีการที่ศึกษา และกลุ่มประชากร

3 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรตาม ตัวแปรต้น วิธีการที่ศึกษา

2 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรตาม ตัวแปรต้น

1 หมายถึง ชื่อเรื่องประกอบด้วยตัวแปรตามเพียงอย่างเดียว

0 หมายถึง ชื่อเรื่องไม่มีความชัดเจน

2.

.....

.....

30. คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวม

4 หมายถึง คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก

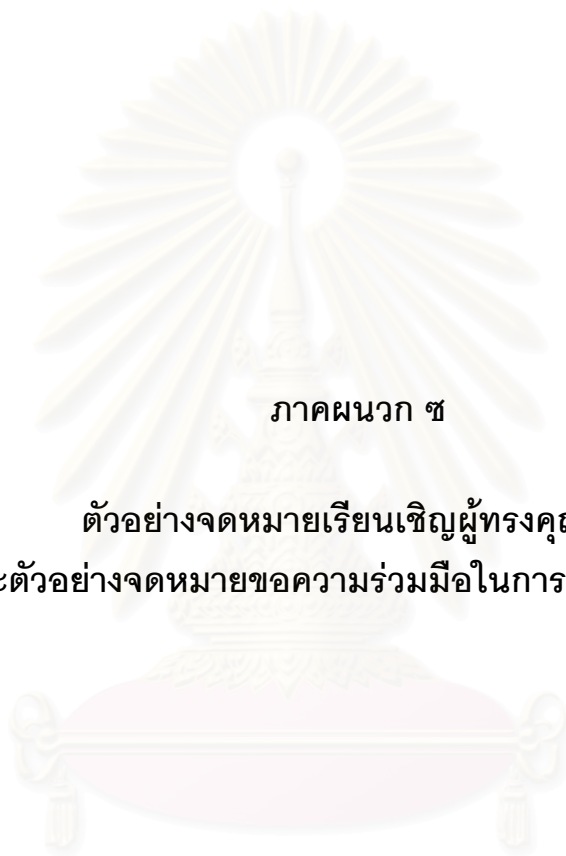
3 หมายถึง คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวมอยู่ในระดับดี

2 หมายถึง คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้

1 หมายถึง คุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

0 หมายถึง ไม่สามารถระบุคุณภาพรายงานการวิจัยโดยสรุปในภาพรวมได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ซ

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และตัวอย่างจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย พ.ต.ต.หญิง จีรรัตน์ นวมะขิตติ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน 1) ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล 2) รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาษา
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ที่อนิสิต พ.ต.ต.หญิง จีรรัตน์ นวมะขิตติ โทร. 01-4589676

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย พ.ต.ต.หญิง จวีรัตน์ นวมะชาติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

พ.ต.ต.หญิง จวีรัตน์ นวมะชาติ โทร. 01-4589676

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

เนื่องด้วย พ.ต.ต.หญิง จรีรัตน์ นวมะชิตี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอลเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

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

ชื่อนิสิต พ.ต.ต.หญิง จรีรัตน์ นวมะชิตี โทร. 01-4589676

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารย์

เนื่องด้วย พ.ต.ต.หญิง จรีรัตน์ นวมะขิตติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุกสิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

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

ชื่อนิสิต พ.ต.ต.หญิง จรีรัตน์ นวมะขิตติ โทร. 01-4589676

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	พ.ต.ต.หญิง จีรัตน์ นวมะชาติ
วัน เดือน ปีเกิด	24 สิงหาคม 2512
ตำแหน่ง	พยาบาลสัญญาบัตร 2
สถานที่ทำงาน	งานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ 492/1 ถ. พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปี พ.ศ.2534 ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลออกสโตมี และผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2542
ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ	
พ.ศ.2534 – ปัจจุบัน	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย