ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ : การวิเคราะห์อภิมาน

นางสาว สมพร รูปช้าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING INFORMATION ON HEALTH OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH CANCER: A META-ANALYSIS

Miss Somporn Roopchang

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน
โดย	นางสาวสมพร รูปช้าง
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมพร รูปช้าง : ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน. (THE EFFECTIVENESS OF NURSING INFORMATION ON HEALTH OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH CANCER: A META-ANALYSIS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 203 หน้า.

การวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระ 2) วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ และ 3) วิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โดยศึกษาจากวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2527-2550 จำนวน 48 เรื่อง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หาความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา และวิธีประเมินซ้ำโดยคนเดิม โดยผู้วิจัย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และ .88 ตามลำดับ นำไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้ผลดังนี้

1. งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 91.70) เป็นงานวิจัยในสาขา/คณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 79.20) ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล (ร้อยละ 62.50) คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 89.60) ใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงแห่งเดียว (ร้อยละ 93.80) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21-40 คน (ร้อยละ 52.10) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (ร้อยละ89.58) มีการระบุกรอบแนวคิดการวิจัย (ร้อยละ 95.80) คะแนนคุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68.75) และ เครื่องมือที่ใช้ได้รับการตรวจสอบทั้งค่าความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 69.79) และใช้สถิติทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติ Independent t-test (ร้อยละ32.53)

2. งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีบรรยายรายบุคคล (ร้อยละ 60.40) ใช้สื่อการสอนชนิดเดียว (62.50) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญและสิ่งที่ควรปฏิบัติทั้ง 48 เรื่อง เมื่อพิจารณาด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมมากที่สุด ร้อยละ24.73

3. การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้สื่อการสอนชนิดเดียว การให้ข้อมูล 90 นาที/ครั้ง และการให้ข้อมูล 5 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด (d=1.8131, 1.5907, 2.9277 และ 2.4942 ตามลำดับ)

4. การให้ข้อมูลทางการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง (d=1.4911) การบรรยายมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายสูงที่สุด (d=5.3030) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจสูงที่สุด (d=5.4839) การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติสูงที่สุด (d=9.01309) และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมสูงที่สุด (d=2.5439)

5. คุณภาพของงานวิจัยมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถพยากรณ์ความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 11.4

สาขาวิชา...การพยาบาลผู้ใหญ่....ลายมือชื่อนิสิต.....สมพร รูปช้าง.....

ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

49 776157 36: MAJOR ADULT NURSING
KEY WORD META ANALYSIS / CANCER / NURSING INFORMATION / HEALTH OUTCOMES

SOMPORN ROOPCHANG: THE EFFECTIVENESS OF NURSING INFORMATION ON HEALTH OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH CANCER: A META-ANALYSIS. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 203 pp.

The purpose of this meta-analysis were to study 1) Basically data, methodological and substantive characteristics of nursing information research in adult patients with cancer; 2) the effects size of nursing information on health outcomes in adult patients with cancer; 3) influence of basically data, methodological and substantive characteristics on effect size of nursing information on health outcomes in adult patients with cancer. The 48 quasi-experimental studies in Thailand during 1984-2007 were recruited. Studies were analyzed for basically data, methodological and substantive characteristics by instruments that were tested for reliability and validity. Effect size was calculated for each study using the method of Glass, McGaw, and Smith (1981). Multiple regressions were used to explain the influences of research characteristics on health outcomes from nursing information in adult patients with cancer.

Results were as follows:

1.The majority of the studies were master's thesis (91.70%); from faculty of nursing (79.20%); from Mahidol University (62.50 %). Most of studies used purposive sampling (89.60%); one setting (93.80%). Most of the studies used a sample size of 21-40 (52.10 %) with a control group design (89.58%), reported conceptual framework (95.80%); owned good quality (68.75%). Most of the instruments were tested for reliability and validity (69.79%); and tested hypothesis by Independent t-test (32.53 %);

2. The methods of nursing information used by the majority of the study were individual prescribed nursing information (60.40%) and one kind of nursing information media was used (62.50%); In term of the content of nursing information, they were compose of procedural information and behavioral instruction (100%). The most outcome variables were studied in this research were behavioral health outcome (24.73%).

3. This meta-analysis yielded 138 effect sizes. The combined method of nursing information yielded the largest mean effect size (d=1.8131, and 1.8484). Mean effect size of individual prescribed nursing information and group nursing information were median (d=1.5498, and 1.2984).

4. In term of the health outcomes, the mean effect size of nursing information on health outcomes was median (d=1.4911), and the largest mean effect size of individual prescribed nursing information was found on physiological health outcome (d=5.3030), and the largest mean effect size of group nursing information was found on psychological health outcome (d=5.4839), and the largest mean effect size of individual prescribe nursing information with demonstration and skill training was found on attitude health outcome (d=9.0130), and the largest mean effect size of group nursing information with demonstration and skill training was found on holistic health outcome (d=2.5439).

5. Quality of Research was the variable that significantly predicted effect size at the level of .05. The predictive power was 11.40 % of the total variance.

Field of Study: Adult Nursing Student's Signature: Somporn Roopchang

Academic Year: 2007 Principal Advisor's Signature: Ch. J

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและคำปรึกษา รวมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา ห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนด้วยความรัก ความอบอุ่นตลอดระยะเวลาการศึกษา กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณามอบ “ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์” สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่มิได้เอ่ยนามไว้ในที่นี้ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามการวิจัย..... 7

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 8

ขอบเขตการวิจัย..... 8

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 9

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 10

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็ง..... 11

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ…..... 18

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล…..... 22

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาล..... 35

การวิเคราะห์อภิมาน..... 36

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อภิมาน..... 49

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 56

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 56

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 61

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 62

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
ผลการวิจัย..... 116
การอภิปรายผลการวิจัย..... 119
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 134
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 135
รายการอ้างอิง..... 137
ภาคผนวก
ภาคผนวก ก รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์..... 156
ภาคผนวก ข สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์..... 163
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 180
ภาคผนวก ง ตารางหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย..... 186
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 189
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ..... 191
ภาคผนวก ช สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... 197
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 203

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประเภทงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย และปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล กรอบแนวคิดการวิจัย สมมติฐานการวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตัวอย่างที่ศึกษา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน.....	67
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	70
5	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย	72
6	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูล วิธีการให้ข้อมูล การแบ่งกลุ่มสื่อการสอนที่ใช้ เนื้อหาข้อมูลที่ให้.....	73
7	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับประเภทผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล.....	75
8	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ตัวอย่างได้รับผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการทดสอบสมมติฐาน.....	77
9	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	79
10	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลา ความถี่ และระยะเวลาทดลองทั้งหมด จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล.....	83

ตารางที่ **หน้า**

11	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะห่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง.....	85
12	แสดงการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่ม การใช้สื่อการสอน กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ ……..……..……	88
13	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยวิธีการบรรยาย.....……..	92
14	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม……	95
15	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ……	96
16	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ……..…….……	98
17	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของระยะเวลาให้ข้อมูล จำนวนครั้ง ความถี่ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และระยะเวลาทดลองทั้งหมด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่.....	99
18	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของของจำนวนครั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะห่างของการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่	101
19	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่	102
20	แสดงค่าขนาดอิทธิพลของจำนวนผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งคุณภาพของงานวิจัยต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่….	103

ตารางที่ **หน้า**

21 ตารางแสดงความแตกต่างของประสิทธิผล (ค่าขนาดอิทธิพล) ของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน……..... 104

22 ตารางแสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน……..... 106

23 ตารางแสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย..... 107

24 ผลการวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรเดียว เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลวิจัย 108

25 ตารางแสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย..... 109

26 แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์..... 164

27 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี…… 174

28 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี…… 176

29 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี…… 179

30 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี…… 180

31 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี…… 181

32 แสดงผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่…… 189

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของหลายประเทศทั่วโลก (American cancer society, 2004) ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา โดยสถิติอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2545-2548 คือ 73.3, 78.9, 81.3 และ 81.4 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

โรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไป “มะเร็ง” ถือเป็นโรคร้ายแรง เพราะไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคหรือการแพร่กระจายของโรคได้ และคาดหวังผลการรักษาที่แน่นอนไม่ได้ รวมทั้งยังมีโอกาสเกิดโรคซ้ำ (Hampton and Frombach, 2000) ผู้ป่วยมักประสบกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายจากโรคและการรักษา รวมทั้งจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาจต้องสูญเสียอวัยวะ (Hopwood and Maguire, 1988) ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell et al., 1998) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูง และต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Bedell, 2000) และผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ ขาดรายได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นนี้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อย หรือจะเกิดขึ้นอย่างไร ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเลี้ยงดู และการเรียนรู้ที่มีผลต่อ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละราย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่จะเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพมากมายทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ และด้านอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และอื่น ๆ รวมทั้งยังต้องการการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ (Lindop and Cannon, 2001; Vivar and McGueen , 2005) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกระยะตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องใช้ศักยภาพวิชาชีพในการให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนผู้ป่วย (National Breast Cancer Centre, 2004; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, 2547) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมาย วางแผน และให้ข้อมูลทางการพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ วิธีในการเผชิญความเครียด และข้อมูลทั่วไป (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981;

Leventhal and Johnson, 1983) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งเสริมให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ (National Breast Cancer Centre, 2003; Vachon, 2006) สามารถดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา มีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ กลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด (อุบล จ๋วงพานิช และคณะ, 2542: ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตามแนวคิดของ Nichols (1984) ได้ดังนี้ 1) การดูแลด้านอารมณ์ เป็นการสร้างความรู้สึกปลอดภัย ให้ผู้ป่วยไว้วางใจ โดยใช้การสัมผัส รวมถึงให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยความสะดวก ให้เป็นผู้ตัดสินหรือมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพของตนเอง 2) การให้ข้อมูล เป็นการบอกเล่าสิ่งต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้นำไปประกอบในการตัดสินใจ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่พึงมีต่อตนเอง 3) การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และนำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง 4) การเฝ้าระวังสภาวะจิตใจ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือในการเฝ้าระวังหรือควบคุมระดับของสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ถูกรบกวน จนกระทั่งการส่งต่อผู้ป่วยให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพและเครือข่าย

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน และเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2542) เนื่องจากในมิติของการพยาบาลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่สามารถกระทำได้อย่างอิสระและตลอดเวลา เพราะพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา รับรู้ถึงอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมถึงการวินิจฉัย การรักษา และการดำเนินของโรค พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังนั้นการให้ข้อมูลทางสุขภาพจึงเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ซึ่งต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในทุกระยะตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต การให้ข้อมูลทางการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและสนองตอบต่อภาวะความเจ็บป่วย ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง มีความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านอื่น ๆ และสามารถดำรงตนในสังคมได้ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์ในลักษณะสร้างสรรค์ เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ใช้พื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมวิทยา

วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต และให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการแสดงออก และปัจจัยจากสังคม สิ่งแวดล้อม (Gorman et al., 1989)

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ ต้องมีการวางแผน เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นที่ต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพที่เป็นผลลัพธ์เป้าหมาย (Gordon, 1994) และสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ครอบคลุมตลอดการดูแลรักษา และตลอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (2543) ได้จำแนกการให้ข้อมูลไว้ว่าเป็นประเภทหนึ่งของการกระทำทางการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การบอกบางสิ่งบางอย่างแก่บุคคล ส่วนการสอน เป็นประเภทหนึ่งของการให้ข้อมูล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบแก่บุคคลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และการให้สุขศึกษา เป็นประเภทหนึ่งของการสอน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การให้ความรู้บางสิ่งบางอย่างแก่บุคคล รวมทั้งองค์การอนามัยโลก (1974) ได้ระบุไว้ว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพ สุขศึกษา การสอนสุขภาพ มีความหมายเดียวกันคือ เป็นกระบวนการทางการศึกษาที่มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงสถานะทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา โดยมาลัย แทนธานี (2527) ได้ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกซึมเศร้า ภาพลักษณ์และความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง หลังจากนั้นก็ได้มีการศึกษาต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน มีจำนวน 54 เรื่อง เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของงานวิจัยเหล่านั้น พบว่า งานวิจัยแต่ละเรื่องใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลหลากหลาย ทั้งกรอบทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) (ชฎาพร คงเพ็ชร์, 2529; ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, 2535; ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2533; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2533; ผ่องพรรณ กาวีวงศ์, 2533; แสงอรุณ สุขเกษม, 2533; จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2535; สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ, 2536; จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539; พินทุสร โชตนาการ, 2539; อุบล จ๋วงพานิช และคณะ, 2542;พนิตนาฏ ชำนาญเสือ, 2544; แม้นมนา จิระจรัส, 2539; อภันตรี กองทอง, 2544; อภิรดี ชูพันธ์, 2544; สุภาวดี โสภณวัฒนกุล, 2545; ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และคณะ, 2547; รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549) ประยุกต์ใช้ The PRO–SELF Pain control Program ของ Dodd et al. (2003) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) (นารี ชื่นคล้าย, 2548) แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) (วัชรวรรณ จันทรอินทร์, 2544; เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) (สุภาพร

องค์สุริยานนท์, 2536; บุญช่วย พึ่งจีน, 2541; เยาวรัตน์ มัฌชิม, 2542; ฌาตยา ทรัพย์สินธรรม, 2544) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) (มรรยาท ณ นคร, 2532) ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) (นิภา อัศวเพิ่มพูนผล, 2527) ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) (ใจรัตน์ ศุภกุล, 2530; อุบล จ๋วงพานิช, 2536; สุภาณี คลังฤทธิ์, 2544; รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549) แนวคิดการให้ข้อมูลของ Butcher (ศิริพร พันธ์พริ้ม, 2544) แนวคิดการให้ความรู้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Hudak, Gallo, and Benz, 1990) (ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) (มรรยาท ณ นคร, 2532; สายปัญญา คงพันธ์, 2535) แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978) (พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬ, 2540; สุทธินี พัควิลัย, 2545) แนวคิดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Aguilera and Messick (1982) (เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536) ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (1874-1949) ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner (1904-1990) ใช้ Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud (พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์, 2543; สดใส เกตุไนย, 2543) แนวคิดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ Watson (1990) (อุลัย เกษกัน, 2542) และข้อกำหนดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) นอกจากนี้งานวิจัยแต่ละเรื่องยังมีรูปแบบวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่หลากหลาย สามารถจำแนกวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้ 4 วิธี ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และในส่วนของระยะเวลาในการให้ข้อมูล ยังพบว่า งานวิจัยแต่ละเรื่องใช้เวลาในการให้ข้อมูลทั้ง 30, 45, 60, 90, 120 และมากกว่า 120 นาทีต่อครั้ง เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับเนื้อหาข้อมูลที่ให้ สามารถจำแนกลักษณะของข้อมูลที่ให้ ได้ 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก 3) ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีในการเผชิญความเครียด และ5) ข้อมูลทั่วไป (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981; Leventhal and Johnson, 1983) ส่วนสื่อการสอนที่ใช้ สามารถจำแนกได้เป็นใช้สื่อการสอนชนิดเดียว และใช้สื่อการสอนหลายชนิด และเมื่อพิจารณาด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้หลายด้าน ได้แก่ ลดอาการไม่สุขสบาย (ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, 2535) ลดความเหนื่อยล้า (อภันตรี กองทอง, 2544; ศิริพร พันธ์พริ้ม, 2549) เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ (วัชรี กิตติมศักดิ์, 2543) ลดปัญหานอนไม่หลับ (รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549) ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง (วาสนา เจริญรัตนโชติ, 2546) เพิ่มการปรับตัว (สุภาณี คลังฤทธิ์, 2544) ทั้งด้านร่างกาย (อุลัย เกษกัน,2541) ทางเพศ (ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน, 2534) และด้านอัตมโนทัศน์ (อุลัย เกษกัน, 2541) ลดความวิตกกังวล (จิราภรรณ ทองสุโชติ, 2535;

อุบล จ๋วงพานิช, 2536; ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ, 2542) ลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2533; ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) เพิ่มความหวังของผู้ป่วย (พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์, 2543) เพิ่มความพึงพอใจ (วัชรี กิตติมศักดิ์, 2543) เพิ่มความผาสุกในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (แสงอรุณ สุขเกษม, 2533;จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539; อุบล จ๋วงพานิช และคณะ, 2542; ทิพากร วงศ์หงส์กุลและคณะ, 2547) ซึ่งสามารถจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลได้ 6 ด้าน ดังนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ อาการไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ความเหนื่อยล้า ปัญหาในการนอนหลับ เยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบิน ระดับอัลบูมิน และระดับกลอบบูลิน ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี กลับสู่ปกติโดยเร็ว ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายได้ (Devine and Cook, 1983; Devine and Cook, 1986; Black and Jacobs, 1993) เช่นการศึกษาของ วัชรี กิตติมศักดิ์ (2543) ซึ่งศึกษาผลของการสอนแนะต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความต่างขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสอนแนะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียด การปรับตัวทั้งการปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวทางเพศ และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง เช่นการศึกษาของ หัทยา เจริญรัตน์ (2531) ที่ศึกษาติดตามผลระยะยาวของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะที่ 1 ที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง ภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ ความเครียด และความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ดี ฟื้นฟูสภาพจิตใจได้ ส่งผลให้มีภาวะจิตใจที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ อุบล จ๋วงพานิช (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ดีขึ้น โดยระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 1 วันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ ได้แก่ ระดับความรู้ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เช่น การศึกษาของ ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ (2542) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย

ผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ ได้แก่ เจตคติคติต่อโรคและการรักษา ทัศนคติในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีเจตคติคติต่อโรคและการรักษา มีทัศนคติในการดูแลตนเองที่ดี เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวสูงขึ้น เช่นการศึกษาของ ฌาตยา ทรัพย์สินธรรม (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิต สถานะสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วย ยอมรับในการที่เกิดขึ้น มีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ส่งผลให้มีสถานะสุขภาพหรือภาวะสุขภาพกาย-จิตที่ดีขึ้น เกิดความผาสุกทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นการศึกษาของอุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2542) ที่ศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และยังไม่มีการสรุปความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ แต่ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบไว้บ้างแล้ว เช่น อาภรณ์ คำก้อน (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งหมดในประเทศไทย ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ด้วย แต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้อาจนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ไม่ได้โดยตรงในทันที และอาจไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากเป็นคนละกลุ่มตัวอย่าง

การนำผลการวิจัยไปใช้ช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกใช้ปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม (Padilla et al., 1981) ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การนำผลการวิจัยไปใช้ถือได้ว่าเป็นการนำความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีความน่าเชื่อถือ นำไปประยุกต์ใช้ได้ (Polit and Hungler, 1999) แต่ปัจจุบันยังมีการนำผลการวิจัยทางการพยาบาลไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลน้อย เนื่องจากพยาบาลไม่มั่นใจในผลงานวิจัย หน่วยงานไม่ยินยอมให้นำผลการวิจัยไปใช้ (สุมิตรา เวฬุนารักษ์,

2539; Burns and Grove, 1995) ข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยไม่เป็นเหตุเป็นผล และบางครั้งผลการวิจัยขัดแย้งกับเอกสารหรือวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวจึงต้องมีการสำรวจ รวบรวมและทบทวนผลงานวิจัยทางการพยาบาลในอดีตให้เป็นหมวดหมู่ แล้วสังเคราะห์และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อสรุปความรู้ใหม่ ทราบสภาวะองค์ความรู้ทางการพยาบาลในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เพื่อให้กำหนดทิศทางการศึกษาวิจัยต่อไปได้อย่างเหมาะสม

การสังเคราะห์งานวิจัยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยแยกแยะลักษณะของงานวิจัยที่มีในอดีตทั้งหมดได้ (Debbie, Hopker, and Stephen, 2001) สอดคล้องกับ Hunter, and Schmidt (1990: 13) ที่กล่าวว่า พื้นฐานของวิทยาศาสตร์จำเป็นต้องผ่านการรวบรวม สะสมความรู้ที่ได้จากงานวิจัยจำนวนมาก และเมื่อผู้วิจัยรวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาผลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนมาก งานวิจัยนับว่าเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ แต่การนำผลงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ทางด้านปฏิบัติการพยาบาลยังมีอุปสรรคและข้อจำกัดอยู่มาก นอกจากอุปสรรคเกี่ยวกับการไม่มีเวลาของพยาบาล การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารและจากผู้ร่วมงาน การไม่สามารถทำความเข้าใจจากการอ่านรายงานวิจัยด้วยตนเองแล้ว (ฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ, 2543: 50) ยังพบว่ามีข้อจำกัดในงานวิจัยแต่ละเรื่อง ได้แก่ ข้อจำกัดจากกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง จำนวนตัวอย่างมีน้อยเกินไป กลุ่มตัวอย่างมีการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดจากแบบแผนการวิจัย หมายถึง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย (กรองได อุณหสูติ, 2539; Yucha, et al., 2001: 9) และยังมีงานวิจัยที่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการสรุปความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจ รวบรวมและทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในอดีตให้เป็นหมวดหมู่ สังเคราะห์และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยวิธีวิเคราะห์อภิมาน เพื่อสรุปว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรูปแบบ วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลใดสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึงทิศทางและแนวโน้มของงานวิจัยในเรื่องดังกล่าว อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย และลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย เป็นอย่างไร

2. ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างไร

3. ลักษณะใดของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย และลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ

2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

3. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์เชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรือเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์เชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรือเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่ปรากฏหลักฐานทั้งหมด โดยค้นคว้าจากดัชนีของห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องเป็นผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี)

2. เป็นงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550

3. เป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการวิจัยครบถ้วนทุกขั้นตอน และมีข้อมูลทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพลซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมานตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ ลักษณะงานวิจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ลักษณะด้านข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัย และลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย และตัวแปรตาม คือ ขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและทัศนคติ และแบบองค์รวม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล หมายถึง การให้ความรู้ บอก สอน และแนะนำข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม หรือทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ด้วยวิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือการใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ความรู้สึกที่จะเกิดขึ้น คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติและวิธีในการเผชิญความเครียด รวมทั้งข้อมูลทั่ว ๆ ไป ตามแนวคิดของ Amstrong (1977) Padilla et al. (1981) และ Leventhal and Johnson (1983) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาล หมายถึง ปริมาณผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลได้ 6 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและทัศนคติ และแบบองค์รวม โดยประเมินได้จากค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่คำนวณตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ หมายถึง รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์เชิงทดลอง กึ่งทดลองหรือเชิงปฏิบัติการ ที่มีตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลทางการพยาบาล และตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เท่าที่มีหลักฐานปรากฏ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 จนถึงปี พ.ศ.2550 มีความสมบูรณ์ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และมีข้อมูลทางสถิติเพียงพอ โดยจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพลซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมานตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) หมายถึง ค่าที่แสดงประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่วัดได้ในงานวิจัยแต่ละเรื่อง เป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์อภิมานงานวิจัย ที่ได้จากการคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่าง

ของค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) และแปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

ลักษณะงานวิจัย (Characteristics of research) หมายถึง ข้อมูลของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย คณะ/สาขาที่ผลิตงานวิจัย ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล ด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล การระบุกรอบแนวคิด ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา และสมมติฐานงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของตัวอย่าง อายุของตัวอย่าง การออกแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ด้านเนื้อหาสาระ ได้แก่ วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล เนื้อหาสาระที่ให้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ช่วงเวลาและจำนวนครั้งของการให้ข้อมูล ระยะเวลาทดลองทั้งหมด จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง) ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ข้อสรุปใหม่ ๆ และได้ข้อค้นพบที่เป็นองค์ความรู้และเป็นข้อมูลหลักฐานที่นำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้ รวมทั้งยังเพิ่มความมั่นใจของผู้ปฏิบัติในการนำการให้ข้อมูลทางการพยาบาลไปใช้เพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่

2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้ฐานข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถนำไปอ้างอิงหรือใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาลผู้ป่วยอื่น ๆ ได้ เป็นแนวทางในการศึกษาการวิเคราะห์อภิมานทางการพยาบาล ช่วยให้เห็นช่องว่างและประเด็นในการทำวิจัยที่ยังขาดความชัดเจนหรือส่วนที่ขาดหายไปในแง่มุมต่างๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป รวมทั้งยังช่วยสนับสนุนการวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีวิชาการและศาสตร์ทางการพยาบาลในอนาคต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน" นี้ เป็นการวิจัยอภิมาน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) เพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและทัศนคติ รวมทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งวิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญ นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
3. การให้ข้อมูลทางการพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาล
5. การวิเคราะห์อภิมาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อภิมาน
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคมะเร็ง (Cancer)

โรคมะเร็ง เป็นเนื้องอกที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ลุกลาม แพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง และอวัยวะที่ห่างไกลออกไป (Carignan, 1993; ฤทัยวรรณ โต๊ะทอง, 2541) ส่งผลต่อระบบกายวิภาคโดยไปเบียดเบียนที่อยู่อวัยวะเดิม และมีผลต่อระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายดำเนินการผิดปกติจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541)

1.1 กลไกการเกิดโรคมะเร็ง

การควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ เป็นระบบที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีประสิทธิภาพสูง ต้องใช้ยีนจำนวนมากช่วยทำงาน ยีนกลุ่มนี้เรียกว่า oncogene และ anti-oncogene หรือยีนก่อมะเร็ง และยีนต้านมะเร็ง (tumors suppressor gene) (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541) แต่เมื่อสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) สิ่งที่ทำให้เกิดมะเร็ง หรือทำให้ยีนทำงานผิดปกติ คือยีนก่อมะเร็งชักนำให้เซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง จากเพียงหนึ่งเซลล์จะเจริญเติบโตเป็นก้อนเนื้อเยื่อมะเร็งในที่สุด

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่ามะเร็งมิได้เกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541) และการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะหนึ่งอวัยวะใดก็อาจแตกต่างกัน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุมีดังนี้

1) ปัจจัยภายในร่างกาย (endogeneous factors) ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อชาติ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และความผิดปกติต่าง ๆ เช่น ไฝ หรือปานดำ ก็มีโอกาสจะกลายเป็นมะเร็งได้ (กระจ่างวงศ์ ศิริวัฒนา, 2532)

2) ปัจจัยภายนอกร่างกาย (exogenous factors) ได้แก่ สารเคมี ไวรัส สารพิษ พยาธิ และอื่น ๆ เช่น ภาวะจิตใจ รูปแบบการดำรงชีวิต (เรวัต พันธุ์วิเชียร และวรชัย รัตนธราธร, 2538)

1.3 ชนิดของมะเร็ง

ชนิดของมะเร็งจะแบ่งตามคุณลักษณะ และชนิดของเซลล์ต้นกำเนิด ดังนี้

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

2) Carcinoma มะเร็งชนิดนี้เกิดกับเยื่อบุทั้งภายในและภายนอกของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เยื่อบุมดลูก ผิวหนัง ต่อมต่างๆ ไต ตับ มะเร็งชนิดนี้แพร่กระจายไปทางหลอดน้ำเหลืองได้รวดเร็วกว่าทางกระแสเลือด มะเร็งชนิดนี้ ได้แก่ มะเร็งของต่อมเหงื่อ เรียกว่า Sweat gland carcinoma มะเร็งของตับ เรียกว่า Hepatocellu carcima เป็นต้น

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

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง

การปรากฏอาการของโรคมะเร็งในระยะที่เพิ่งเริ่มเป็นจริง ๆ อาจจะไม่มีอาการอะไรเลย ส่วนใหญ่จะพบเมื่อโรคเป็นมากขึ้น ในระยะลุกลามแล้ว อาการแสดงที่เห็นได้ชัด คือ

1) ซีด เนื่องจากเสียโลหิตจากบริเวณแผลมะเร็งหรือมีการทำลายของหลอดเลือดเกิดจากการติดเชื้อ มีการทำลายของไขกระดูก ทำให้มีชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันลดต่ำลง

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

3) เกิดน้ำในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ท้องมาน น้ำในช่องท้อง

4) อาการเจ็บปวด

5) กลุ่มอาการของการเป็นมะเร็งระยะเวลานาน ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักตัวลดลง เบื่ออาหาร ซึมเศร้าอย่างรุนแรง เจ็บปวด ภาวะกรดเป็นพิษในร่างกาย และโลหิตเป็นพิษ เป็นต้น

1.5 ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะเป็นการประเมินการดำเนินของโรคว่าเป็นมะเร็งรุนแรงเพียงใด และลุกลามไปถึงที่ใด มีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา การวิเคราะห์และการวินิจฉัยโรค พิจารณาจากขนาดเนื้องอก การแพร่กระจายดังนี้ (Kumar, Cotran, and Robbins, 1992)

Stage I มะเร็งขนาดเล็กยังจำกัดอยู่ในเฉพาะบริเวณที่เริ่มเป็น สามารถผ่าตัดได้ดี ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง มีโอกาสหาย ร้อยละ 70 – 90

Stage II มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือ ผ่านอวัยวะที่เป็นโพรง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ผ่าตัดได้ แต่อาจเอาเซลล์มะเร็งออกไม่หมด มีโอกาสหายร้อยละ 25 - 50

Stage III มะเร็งมีขนาดใหญ่มากขึ้น ลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองถ้าทำการผ่าตัดไม่สามารถเอาเซลล์ออกหมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 5 – 20

Stage IV มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะที่ห่างออกไป โอกาสหายน้อยกว่า ร้อยละ 5

1.6 การรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งจะมีจุดมุ่งหมายในการรักษา 2 ประการคือ

1) รักษาเพื่อให้โรคหายขาด (Radical or curative treatment)

2) รักษาเพื่อประคับประคองอาการชั่วคราว (Palliative treatment)

วิธีการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันทำได้ 4 วิธีดังนี้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

1) การผ่าตัด (Surgery) ใช้เพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษา การผ่าตัดอาจเป็นวิธีหลักร่วมกับการรักษาแบบอื่น

2) รังสีรักษา (Radiation Therapy) เป็นการรักษาที่ได้ผลดีในมะเร็งที่ยังไม่แพร่กระจาย ซึ่งพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็งมีบทบาทต่อผลการรักษา มะเร็งบางชนิดจะตอบสนองดีต่อการรักษา เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งโพรงจมูก แต่ควรระวังผลเสียจากรังสีต่ออวัยวะข้างเคียง

3) เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีที่รักษามะเร็งในระยะแพร่กระจาย หรือใช้เป็นการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัดและอาจใช้เป็นยานำ (neo-adjuvant chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือฉายแสง การให้เคมีบำบัดในปัจจุบันนิยมนำยาจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดพิษของยาแต่ละชนิดลง รวมทั้งลดการดื้อยาของโรคมะเร็งด้วย

4) การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy or Biologic therapy) ซึ่งปัจจุบันมีการนำมาใช้มากขึ้น เช่น การใช้สารซึ่งกระตุ้นเม็ดเลือดขาว

(granulocyte-colony stimulating factor) ร่วมกับเคมีบำบัด เพื่อลดผลข้างเคียงของเคมีบำบัด แต่การรักษาโรคมะเร็งอาจต้องใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรคมะเร็ง (ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, 2541; สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

1.7 ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายของเซลล์ได้ ทำให้มีการรุกล้ำและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาและอาการต่างๆ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายเป็นจำนวนมาก และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านอื่น ๆ ตามมา ตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคและตลอดชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Physiologic Health Outcomes) ภาวะของโรคมะเร็งและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกาย เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย (อัศนี วันชัย, 2539) หรือกลุ่มอาการไม่สุขสบายต่างๆ (ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์, 2539; ประทุม สร้อยวงศ์, 2546) ได้แก่ ความปวด เนื่องจากมะเร็งมีการแพร่กระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย กดทับอวัยวะอื่นหรือเส้นประสาท รวมทั้งก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมาก ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 78 และการรักษาทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเส้นประสาท ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 19 (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2537; Lesage and Portenoy, 2002) อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคลื่นไส้อาเจียนพบได้บ่อย โดยพบได้ถึงร้อยละ 90-100 ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (รัชนี นามจัทรา, 2535) องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลง เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมออกทำให้มีบาดแผลขนาดใหญ่ลึกถึงแอ่งบริเวณรักแร้ แผลเกิดเนื้อตาย เกิดการขังของเลือด-น้ำเหลือง เกิดเป็นเยื่อพังผืดมารัดบริเวณรักแร้ ทำให้องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลง (Atiken and James, 1997; สิริลักษณ์ จันเทร์มะ, 2541) และจะมีอาการปวดแผลมาก ถ้าผู้ป่วยไม่กล้าขยับแขน-หัวไหล่ข้างนั้น แต่ดึงแขนมาแนบลำตัวไว้อยู่บ่อยๆ ติดต่อกันหลายวัน อาจทำให้ข้อไหล่ยึดติดได้ และเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะโรคและการรักษา ส่งผลให้มีปัญหาในการนอนหลับ (Bower et al, 2000; Koopman et al, 2002; McElroy et al., 2006) โดยมีลักษณะปัญหาเป็นชนิดนอนไม่หลับเรื้อรัง (Long term) (พัทรีญา แก้วแพง, 2547) รวมทั้งเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญที่เกิดขึ้นได้เสมอและเกือบตลอดเวลา การรักษาโรคมะเร็งยังมีการทำลายเซลล์ ทำให้เกิดสารที่เป็นของเสียจากการเผาผลาญขึ้น เช่น กรดแลคเตท และไฮโดรเจนไอออน ซึ่งมีผลต่อการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อหดรัดตัวลดลง เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น พบได้ถึงร้อยละ 75-100 ใน

ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (Bower et al, 2000; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2532; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิรดี ลดาวรรษ์ และคณะ (2548) ที่ศึกษาพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย คือ อาการปวด ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรก นอกจากนี้ยังพบว่า อาการนอนไม่หลับ ที่แม้ว่าไม่พบความถี่และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรก แต่กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับให้เป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันสูงสุดใน 5 อันดับแรก

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavioral Health Outcomes) ได้แก่ การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียด การปรับตัว การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวทางเพศ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ต้องเผชิญกับโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดังกล่าวขึ้น (สุรีย์พร มาลา, 2534; วรรณวิมล แก้วประถม, 2543; ประทุม สร้อยวงศ์, 2546; เบญจรัตน์ ชีวพูนผล, 2547; Baxter et al., 2006)

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) แบบแผนการดำเนินของโรคมะเร็งและการรักษาจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาและอาการต่าง ๆ มากมาย และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน รวมทั้งโรคมะเร็งบางชนิดควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจาย และมีโอกาสเกิดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า (Compas and Luecken, 2002; Brindle et al., 2006; Arman and Backman, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิรดี ลดาวรรษ์ และคณะ(2548) ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ อาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ เป็นอาการที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรก

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ (Knowledge Health Outcomes) ได้แก่ ระดับความรู้ จากการที่โรคมะเร็งเป็นโรคที่ซับซ้อน มีการรักษาที่ยาวนานและหลากหลาย แตกต่างไปในแต่ละบุคคล อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองไม่เพียงพอได้

5. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ (Attitude Health Outcomes) ได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ทัศนคติในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษา และการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดเจตคติ ทัศนคติที่ไม่ดีขึ้นได้ (Northouse, 1989) และส่งผลให้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวต่ำ

6. ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Outcomes) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ความผาสุกทางใจ คุณภาพชีวิต และสถานะสุขภาพ/สภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพหลายด้านร่วมกัน ภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์เป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม เกี่ยวข้องกับทัศนคติและความไม่ชัดเจนของความหมายของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของอารมณ์ความรู้สึก การรู้คิดหรือประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ (Affective) ด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral) การสูญเสียภาพลักษณ์หรือการสูญเสียอวัยวะร่วมกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด ด้านความคิดการรับรู้ ความเป็นตัวตน และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ของตนเอง (Hopwood and Maguire, 1988) ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรักษาที่ยาวนาน และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่จะมีความผาสุกทางใจลดลง ซึ่งจะทวีขึ้นตามการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเลวร้าย มีความสับสน กลัว เบื่อหน่ายในชีวิต หมดกำลังใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ความหวังในชีวิตลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ มีผลให้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (Christman, 1990; นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2545)

อาจกล่าวได้ว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและทัศนคติ รวมทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมนั้น มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงทีจะส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้ในระยะยาว

1.8 ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

โรคมะเร็งไม่ได้ส่งผลกระทบให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพในคู่สมรส ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยอีกด้วย (Lovejoy, 1986; Northouse, 1992) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรส ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Physiologic Health Outcomes) ภาวะของโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายหรือกลุ่มอาการไม่สุขสบายต่างๆ และปัญหาในการนอนหลับ ส่งผลให้คู่สมรส ญาติ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากยิ่งขึ้น เกิดปัญหาในการนอนหลับ เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้เช่นกัน (Zahlis and Shands, 1993)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavioral Health Outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเองในการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมเผชิญความเครียด การปรับตัว การที่คู่สมรส ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ต้องเผชิญกับสภาพอาการ ภาวะจิตใจเนื่องจากภาวะโรคและการรักษาของผู้ป่วย และความกลัวต่าง ๆ ส่งผลให้การรับรู้และการตัดสินใจลดลงทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยลดลง (Morris and Royle, 1987) มีผลต่อการปรับตัว มีปัญหาในการเผชิญกับปัญหา (Wochna, 1997) เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมขึ้น (Zahlis and Shands, 1993)

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) เนื่องจากคู่สมรส ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ต้องเผชิญกับสภาพอาการ ภาวะจิตใจเนื่องจากภาวะโรคและการรักษาของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้าได้เช่นเดียวกันกับผู้ป่วย (Morris and Royle, 1987; Northouse, 1989; Zahlis and Shands, 1993; Wochna, 1997) โดยกลัวว่าผู้ป่วยจะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Morris and Royle, 1987)

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ (Knowledge Health Outcomes) ได้แก่ ระดับความรู้ เนื่องจากการที่โรคมะเร็ง การรักษามีความซับซ้อน หลากหลายและแตกต่างกันไป ส่งผลให้คู่สมรส ญาติ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาและการดูแลไม่เพียงพอ เกิดความไม่แน่ใจในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วย (Northouse, 1989)

5. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ (Attitude Health Outcomes) ได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการดูแลผู้ป่วย จากการที่คู่สมรส ญาติ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษา และการดูแลไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีเจตคติ ทัศนคติที่ไม่ดี (Northouse, 1989) เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการดูแลผู้ป่วยต่ำ

6. ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (Knowledge Health Outcomes) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิต สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจ ซึ่งเป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพหลายด้านร่วมกัน โดยคู่สมรส ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่จะมีความผาสุกทางใจลดลงจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน (Northouse, 1992) และส่งผลให้ไม่มีสมาธิในการทำงาน การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ลดลง (Morris and Ingham, 1988) เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกชนิดของโรคมะเร็งตามตำแหน่งอวัยวะที่เป็น ได้แก่ 1) ศีรษะและคอ เช่น ช่องปาก โพรงจมูก 2) เต้านม 3) ปอด 4) ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 5) อวัยวะสืบพันธ์สตรี เช่น รังไข่ มดลูก ปากมดลูก 6) ตับ 7) เม็ดโลหิตขาว 8) ต่อมน้ำเหลือง จำแนกระยะของโรคมะเร็งดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4 และไม่ระบุระยะของโรคมะเร็ง ส่วนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับขณะเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกดังนี้คือ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน และไม่ระบุ ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ ศึกษาเฉพาะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เท่านั้น

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)

2.1 ความหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ หมายถึงสิ่งที่เกิดตามมาจากเหตุหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในทางการพยาบาล หมายถึง เป้าหมายสำคัญหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ โดยส่วนใหญ่จะมองในแง่ภาวะสุขภาพนั่นเอง ภาวะสุขภาพเป็นนามธรรม เป็นภาวะที่เกิดกับบุคคลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา (ศิริพร ขัมภลิขิต, 2539: 11) เป็นหนึ่งในมโนทัศน์หลักของศาสตร์ทางการพยาบาล อันได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล และยังเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพพยาบาล และวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นด้วย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543: 85) ผลลัพธ์ทางสุขภาพมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Lang (1976: 10) ให้ความหมายว่าเป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือปฏิบัติการพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการวัดโดยตรงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยด้วย

Donabedian (1982 อ้างถึงใน กฤษดา แสวงดี, 2547) ให้ความหมายว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพก่อนและหลังให้การดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นการมองภาวะสุขภาพในลักษณะของตัวบ่งชี้ หรือผลที่ได้จากการพยาบาล

ดังนั้นผลลัพธ์ทางสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพพยาบาล และยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลประเภทหนึ่ง ซึ่ง Donabedian (1982 อ้างถึงใน กฤษดา แสวงดี, 2547) ได้จำแนกประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure Indicator) หมายถึง ปัจจัยนำเข้าในกระบวนการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ได้แก่ นโยบาย พันธกิจ ปรัชญา กฎระเบียบ และความเพียงพอของอัตรากำลัง ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ เครื่องมือเครื่องใช้ ความปลอดภัยของสถานที่ สิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก ตัวชี้วัดนี้จะใช้ประเมินว่าหน่วยงานมีศักยภาพเพียงใด

2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicator) หมายถึง ตัวชี้วัดที่วัดการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินว่าการบริการนั้นมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานหรือไม่

3. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicator) หมายถึง การวัดผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ การวัดผลลัพธ์เพื่อประเมินคุณภาพจะต้องมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติ ตัวชี้วัดผลลัพธ์นี้พัฒนามาจากมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการดูแล การบริหารการดูแล ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้นำไปสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดค่าใช้จ่าย แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่กว้าง การให้ความหมายและการวัดจึงแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541: 38) เช่นในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันหรือผู้ป่วยวิกฤต ผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมุ่งเน้นที่จะลดอัตราการเกิดโรค หรืออัตราการตายจากโรคนั้นๆ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมุ่งเน้นที่การคงไว้ของการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ รวมทั้งลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

2.2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ปัจจุบันมีรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มากมาย ซึ่งสามารถจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (Physiologic Health Outcomes) ได้แก่ อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ปัญหาในการนอนหลับ องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบิน ระดับอัลบูมิน และระดับกลอบบูลิน ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพทางร่างกายที่ดีขึ้น ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้ (Black and Jacobs, 1993) เช่น การศึกษาของวัชรี กิตติมศักดิ์ (2543) ซึ่งศึกษาผลของการสอนแนะต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง พบว่า ค่าเฉลี่ยความต่างขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสอนแนะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ทางการพยาบาลทำให้ร่างกายผู้ป่วยฟื้นสภาพกลับสู่ปกติได้โดยเร็ว ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายได้ (Devine and Cook, 1983; Devine and Cook, 1986)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (Behavioral Health Outcomes) ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง การปรับตัว การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวทางเพศ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พฤติกรรมเผชิญความเครียด การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วย การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยได้ถูกต้อง หรือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม และปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของหัทยา เจริญรัตน์ (2531) ที่ศึกษาติดตามผลระยะยาวถึงผลของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะที่ 1 ที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) ได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง ภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ ความกลัว ความเครียด ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และความผาสุกทางใจ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ดีขึ้น ฟื้นสภาพด้านจิตใจได้ ส่งผลให้มีภาวะจิตใจที่ดี เกิดความผาสุกทางใจ ดังเช่นการศึกษาของอุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2538) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่ากลุ่มทดลองมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ โดยระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 1 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ (Knowledge Health Outcomes) ได้แก่ ระดับความรู้ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โรค การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ สิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลทั่วไป ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เช่น การศึกษาของ ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ (2542) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

5. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ (Attitude Health Outcomes) ได้แก่ เจตคติคติต่อโรคและการรักษา ทัศนคติในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีเจตคติคติต่อโรคและการรักษา มีทัศนคติในการดูแลตนเองที่ดี เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวสูงขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ ณาตยา ทรัพย์สินธรรม (2544) ที่ศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

6. ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Outcomes) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิต สถานะสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจ ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วย ยอมรับในการที่เกิดขึ้น มีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ส่งผลให้มีสถานะสุขภาพหรือภาวะสุขภาพกาย-จิตที่ดีขึ้น เกิดความผาสุกทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังเช่นการศึกษาของอุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2542) ที่ศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเป็น 6 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ อาการไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้า ปัญหาในการนอนหลับ องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบิน ระดับอัลบูมิน และระดับกลอบบูลิน 2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง การปรับตัว การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวทางเพศ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พฤติกรรมเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง ภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ ความเครียด และความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ 4) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ ได้แก่ ระดับความรู้ 5) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ทัศนคติในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว 6) ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิต สถานะสุขภาพ /ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจ

3. การให้ข้อมูลทางการพยาบาล

3.1 ความหมายของการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ ตามแนวคิดของ Nichols (1986) การให้ข้อมูลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างหนึ่ง และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (2543) ได้จำแนกไว้ว่า การให้ข้อมูลเป็นประเภทหนึ่งของการกระทำทางการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การบอกบางสิ่งบางอย่างแก่บุคคล ส่วนการสอน เป็นประเภทหนึ่งของการให้ข้อมูล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบแก่บุคคลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และการให้สุขศึกษา เป็นประเภทหนึ่งของการสอน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ การให้ความรู้บางสิ่งบางอย่างแก่บุคคล รวมทั้งองค์การอนามัยโลก (1974) ได้ระบุไว้ว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพ สุขศึกษา การสอนสุขภาพ มีความหมายเดียวกัน ดังนั้นการให้ข้อมูลจึงเป็นปฏิบัติการพยาบาลอย่างหนึ่ง และมีความหมายถึงการให้ความรู้ การสอน การให้สุขศึกษา และยังมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Devine and Cook (1986) ได้ให้ความหมายไว้ว่าหมายถึง การให้ความรู้ หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการโดยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัวอันจะเกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

Redman (1993) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการจัดกิจกรรมแก่ผู้เรียน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ โดนเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นหลัก และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อกัน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทิศทางที่ต้องการ

Derryberry (อ้างใน ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545: 5) ให้ความหมายว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทัศนคติที่มีต่อการป้องกันและการรักษา การปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงนิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ของบุคคล

สุวัฒก์ นิยมค้า (2531) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างได้ผล โดยผู้สอนกับผู้เรียนอยู่ด้วยกัน หรือผู้สอนกับผู้เรียนอยู่แยกกัน โดยทำการสอนผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เป็นต้น

คณะกรรมการสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2540) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยน พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปในแนวทางที่ถูกต้อง โดยใช้หลักการและวิธีการทางพฤติกรรมศาสตร์และการศึกษา โดยต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคล

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาล หมายถึง การให้ความรู้ การบอก การสอน การแนะนำ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ วิธีการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ความรู้สึกที่จะเกิดขึ้น สิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลทั่วไป แก่ผู้ป่วยทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ด้วย

วิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

3.2 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ได้ดังนี้

1) ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995) การให้ความรู้เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย วิธีหนึ่งในทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995) ซึ่งจะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และช่วยให้รู้จักควบคุมตนเอง การตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งหลักสำคัญในการให้ความรู้ประกอบด้วย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจ และเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม รวมทั้งความพร้อมของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มการเรียนรู้ ตลอดจนต้องมีการประเมินผลโดยการซักถาม และต้องปรับวิธีการให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน และสิ่งที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียนรู้ คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ (ชฎาพร คงเพ็ชร์, 2529; ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, 2535; ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2533; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2533; ผ่องพรรณ กาวีวงศ์, 2533; แสงอรุณ สุขเกษม, 2533; จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2535; สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ, 2536; จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539; พินทุสร โชตนาการ, 2539; อุบล จ๋วงพานิช และคณะ, 2542; พนิตนาฏ ชำนาญเสือ, 2544; แม้นมนา จิระจรัส, 2539; อภันตรี กองทอง, 2544; อภิรดี ชูพันธ์, 2544; สุภาวดี โสภณวัฒนกุล, 2545; ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ, 2547; รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549)

2) ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) ซึ่งระบุว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาลเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลที่จะใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัว มักจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการขจัด ลด หรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ หรือเพิ่มสิ่งเร้าที่ส่งเสริมการปรับตัว เพื่อช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญสิ่งเร้าต่างๆได้เป็นอย่างดี ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวที่ดีต่อไป โดยทั่วไปสิ่งเร้าตรงจะนำมาพิจารณาเพื่อปรับเปลี่ยนก่อน เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา ต่อไปจึงเป็นสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง พยาบาลจะปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแผนตามลำดับ โดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิ และความเป็นบุคคล

ของผู้ป่วยตลอดเวลา และจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลไว้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปประเมินผลการพยาบาลต่อไป (นิภา อัศวเพิ่มพูนผล, 2527)

3) แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) การให้ความรู้เป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการในแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในเรื่องอาการ สาเหตุ ผลกระทบของอาการ การรักษาที่ได้รับ การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการ และการจัดการกับอาการตามสาเหตุที่แท้จริง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย (วัชรวรรณ จันทรอินทร์, 2544; เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547)

4) The PRO–SELF Pain control Program ของ Dodd et al. (2003) ซึ่ง Dodd et al. (2003) พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem คือ Self care, Therapeutic self care demand, Self care agency และ Nursing มีรายละเอียดของการให้ข้อมูล ดังนี้ 1) การให้ข้อมูล (Provision of Information) โดยเนื้อหาข้อมูลที่ให้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ โดยการให้ข้อมูลจะมีการแบ่งให้เป็นตอน ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและมีเนื้อหาที่ตรงกับความสนใจของผู้ป่วยและสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มมีการเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) การฝึกทักษะปฏิบัติ (Skill Building) ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ โดยจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิต จากนั้นจะให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่ดีในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (นารี ชื่นคล้าย, 2548)

5) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) รวมทั้งทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และการเลียนแบบตัวอย่าง (Social Learning and modeling theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งกล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับจะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน หรือการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำ ที่เปรียบราวกับเครื่องกีดขวางที่ต้อง

ข้ามให้พ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้งจะมีอารมณ์ และความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวกหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการแสดงพฤติกรรมจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลที่นำมาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะเข้าสู่พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาเสนอในลักษณะการปรับแต่งประวัติพฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม สอนวิธีให้ผู้รับบริการสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและก่อให้เกิดความสามารถในระดับที่สูงขึ้น และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก (มรรยาท ณ นคร, 2532; สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2536; บุญช่วย พึ่งจีน, 2541; เยาวรัตน์ มัณชิม, 2542; ฌาตยา ทรัพย์สินธรรม, 2544)

6) ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive theory) โดยมีมโนทัศน์หลัก คือ แบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่มีความซับซ้อน สร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมายได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ ความเข้าใจของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลที่อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติ และคำแนะนำในการเผชิญปัญหา ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด (Mental image) ส่งผลให้มีการรับรู้ แปลความหมาย และคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับประสบการณ์จริง ตามกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่อย่างชัดเจน เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทั้งปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) เช่น ความวิตกกังวล และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral control) เช่น การตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (Padilla et al., 1981; Leventhal and Johnson, 1983) (ใจรัตน์ ศุภกุล, 2530; อุบล จ๋วงพานิช, 2536; สุภาณี คลังฤทธิ์, 2544; รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549)

7) แนวคิดการให้ข้อมูล ของ Butcher ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลาการเกิดที่สัมพันธ์กับการได้รับการรักษา 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component)

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ความหมายและการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการรักษา (ศิริพร พันธ์พริ้ม, 2544)

8) แนวคิดการให้ความรู้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Hudak, Gallo, and Benz, 1990) การให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญและเหมาะสมที่สุดในการให้ความรู้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Freddette, 1990 อ้างใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) ประกอบด้วยการวางแผน 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอก 2) ประเมินประสบการณ์ หรือความรู้เดิมของผู้ป่วย 3) ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ 4) ประเมินแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วย 5) การตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกัน 6) การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ 7) การให้ข้อมูลย้อนกลับ การวางแผนในขั้นตอนดังกล่าว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการให้ความรู้ สอนให้ผู้ป่วยมีความรู้หรือทักษะที่จำเป็นในการแก้ปัญหา ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติตนให้ประสบความสำเร็จ (ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538)

9) แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) ที่ได้กล่าวว่า เป็นการประชุม หรือการอภิปรายร่วมกันระหว่างบุคคล 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสาร โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) มีข้อดีคือ 1) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาผู้ป่วยได้ดีกว่าเรียนรู้จากการฟังหรือการอ่าน 2) ผู้ป่วยเต็มใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น 3) สามารถแลกเปลี่ยนความเชื่อ เจนคติและพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้น ๆ แต่เพียงผู้เดียว และเกิดกำลังใจในการเรียนรู้ ส่วนข้อจำกัด คือ 1) ใช้เวลามาก ถ้ามีจำนวนสมาชิกในกลุ่มมากขึ้นจะใช้เวลามากขึ้น 2) ต้องอาศัยทักษะ เพราะการอภิปรายกลุ่มไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ผู้เข้าร่วมจะต้องมีทักษะ มิฉะนั้นการอภิปรายจะไม่ตรงตามเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้เสียเวลามาก 3) การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดได้ทันทีทันใดต้องใช้เวลาในการเตรียมกลุ่ม 4) ความแตกต่างกันของผู้ป่วย เช่น สถานภาพ อายุ ค่านิยม และบุคลิกภาพ อาจทำให้เกิดปัญหาในการอภิปรายกลุ่มได้ (มรรยาท ณ นคร, 2532; สายปัญญา คงพันธ์, 2535)

10) แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978) การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองมี 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory phase) 2) ระยะดำเนินการ (working phase) ซึ่งเป็นระยะที่มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แนวทางการแก้ปัญหา และเปิดเผยตนเองมากขึ้น และ 3) ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม เป็น

ระยะที่สรุปปัญหา ประสบการณ์ ข้อมูลที่ได้รับ แนวทางแก้ไขที่ได้ และประเมินผลการทำกลุ่ม (พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬ, 2540; สุทธินี พัควิลัย, 2545)

11) แนวคิดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Aguilera and Messick (1982) ประกอบด้วย1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน 3) มีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม (เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536)

13) ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (1874-1949) ได้กล่าวถึงกฎของการเรียนรู้ไว้ 3 ข้อได้แก่ (เทพ พังงา, 2536 อ้างใน สุชาดา วิภัชชวาที, 2539) 1) กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อผู้เรียนมีความพร้อม ซึ่งความพร้อมตามความหมายนี้อาจรวมถึงความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ วุฒิภาวะ ระดับสติปัญญา พื้นฐานความรู้หรือประสบการณ์เดิม และมีแรงจูงใจที่จะเรียน เป็นต้น 2) กฎแห่งความพอใจ (Law of Effect) เป็นกฎที่สำคัญและได้รับความสนใจมากที่สุดโดยเน้นว่า พันธะ (bond) ระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองมีแนวโน้มจะอ่อนกำลังลง ถ้าไม่ได้รับความพอใจ นั่นหมายความว่า กิจกรรมการเรียนรู้จะมีผลดีถ้าผู้เรียนได้รับความพอใจ และจะเรียนได้ผลน้อยถ้าไม่ได้รับความพอใจ Thorndike ได้เน้นถึงการใช้เทคนิคการสร้างความพอใจให้กับผู้เรียน ด้วยวิธีการสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล 3) กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) เป็นความจริงที่เก่าแก่ข้อหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับในหมู่นักจิตวิทยา โดยมีเหตุผลว่าการฝึกหัด หรือได้ทำบ่อย ๆ ย่อมนำมาซึ่งความถูกต้องสมบูรณ์ ซึ่งผู้กระทำจะต้องมีความสนใจ แรงจูงใจ มีความเข้าใจ รู้เป้าหมายและคุณค่าของสิ่งที่ตนทำซ้ำ ๆ นั้น (สุชาดา วิภัชชวาที, 2539)

14) ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner (1904-1990) หรือทฤษฎีการเรียนรู้ที่เรียกว่าการวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant conditioning) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมส่วนมากของมนุษย์เป็นประเภท Operant ซึ่งสิ่งมีชีวิตทั้งคนและสัตว์เป็นผู้เริ่มกระทำต่อ (Operant) สิ่งแวดล้อมของตนเอง (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2536 อ้างใน สุชาดา วิภัชชวาที, 2539) ดังนั้น การวางเงื่อนไขการกระทำจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำอย่างจงใจระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อมของตน (เทพ พังงา, 2536 อ้างใน สุชาดา วิภัชชวาที, 2539) Skinner พบว่า ถ้าต้องการให้การเรียนรู้คงอยู่คลอดไป จำเป็นต้องให้การเสริมแรง (reinforcement) โดยแบ่งการเสริมแรงออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมทางบวก และการเสริมแรงทางลบ (สุชาดา วิภัชชวาที, 2539)

15) Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud กล่าวถึงการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยประกอบด้วยการรับรู้ข้อมูล 2 ระดับ ได้แก่ ระดับ consciousness และระดับ non-consciousness (พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์, 2543; สดใส เกตุไนย, 2543)

16) แนวคิดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ Watson (1990)การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกระบวนการทางสุขภาพที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการทำ

หน้าที่ได้ในระดับสูงสุด ภายใต้การเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคและการรักษา เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างมีขั้นตอน และต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการตรวจสอบและค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การให้ข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และการติดตามผลการรักษา การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยจะผ่านกลไกการคิดรู้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ข้อมูลจากโปรแกรมและจดจำข้อมูลไว้ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (อุลัย เกษกัน, 2542)

17) ข้อกำหนดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา ซึ่งกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการให้ความรู้ผู้ป่วย ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 2) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง 3) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วย และ 4) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Loustau, 1991 อ้างใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) (ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538)

3.2 หลักพื้นฐานในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1) ข้อมูลที่ให้เป็นเรื่องเดียวกัน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

2) ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจง มีความกระชับ มีการควบคุมภาษาและความเร็ว ใช้ภาษา ท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะ

3) ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ เป็นจริง เป็นความรู้ ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัว เพราะผู้ป่วยจะฟังและตัดสินใจ เกิดความเชื่อถือ ความมั่นใจในการพยาบาล

4) การยกตัวอย่างประกอบทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมขึ้น

5) การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่ารับรู้ข้อมูลได้มากน้อยเพียงไร เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกของผู้ป่วยประกอบ

3.3 กระบวนการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1) ประเมินเพื่อสำรวจความต้องการ ความพร้อม และแรงจูงใจ

2) วางแผนโดยกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

3) ดำเนินการด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ เนื้อหา

4) ประเมินผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

3.4 วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

3.4.1 การบรรยาย

เป็นการพูด หรือการเล่าโดยให้เนื้อหาหรือประสบการณ์ทางอ้อมแก่ผู้ป่วย ให้ได้แนวคิดในด้านต่าง ๆ เป็นการเรียนรู้ที่ได้จากการฟังเป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจ และเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และนำไปประยุกต์ใช้ (ผกา สัตยธรรม, 2524) มีข้อดี (กมลรัตน์

หล้าสุวงษ์, 2527) คือ 1) เป็นการส่งเสริมทักษะการฟังและการคิด 2) สร้างความเข้าใจได้ดีกว่าการอ่านเอง 3) เป็นการสอนที่ได้เนื้อหามากโดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อย 4) เป็นการสอนผู้ป่วยได้คราวละมาก ๆ หากมีเทคโนโลยีช่วย 5) ทุ่นค่าใช้จ่าย ลงทุนน้อย ใช้เพียงเสียงเท่านั้น แต่มีข้อจำกัด (ชาญชัย อินทรประวัติ, 2523) คือ 1) เป็นการเรียนรู้โดยไม่มีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายได้ 2) ใช้ได้กับผู้ป่วยบางระดับ คือ ระดับอุดมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่ในระดับประถมศึกษาอาจใช้ไม่ได้ 3) ไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล 5) ยึดพยาบาลเป็นศูนย์กลาง 6) เน้นเนื้อหาวิชาการมากเกินไป 7) ไม่ส่งเสริมความสามารถในการคิดริเริ่มให้แก่ผู้ป่วย

3.4.2 การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

เป็นการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Redman, 1993) การประชุม หรือการอภิปรายร่วมกันระหว่างบุคคล 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสาร โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) มีข้อดีคือ 1) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาผู้ป่วยได้ดีกว่าเรียนรู้จากการฟังหรือการอ่าน 2) ผู้ป่วยเต็มใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น 3) สามารถแลกเปลี่ยนความเชื่อ เจนคติและพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้น ๆ แต่เพียงผู้เดียว และเกิดกำลังใจในการเรียนรู้ ส่วนข้อจำกัด คือ 1) ใช้เวลามาก ถ้ามีจำนวนสมาชิกในกลุ่มมากขึ้นจะใช้เวลามากขึ้น 2) ต้องอาศัยทักษะ เพราะการอภิปรายกลุ่มไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ผู้เข้าร่วมจะต้องมีทักษะ มิฉะนั้นการอภิปรายจะไม่ตรงตามเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้เสียเวลามาก 3) การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดได้ทันทีทันใดต้องใช้เวลาในการเตรียมกลุ่ม 4) ความแตกต่างกันของผู้ป่วย เช่น สถานภาพ อายุ ค่านิยม และบุคลิกภาพ อาจทำให้เกิดปัญหาในการอภิปรายกลุ่มได้ (Hernack et al., 1977 อ้างในดวงแข อมราพิทักษ์, 2537) การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มสามารถส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเป็นอิสระและพึ่งตนเองได้ โดยใช้หลักการแก้ปัญหาที่อาศัยความรู้ ทักษะเพื่อตอบสนองความต้องการ ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือที่ช่วยให้การทำงานเป็นระบบ (Chafee, 1989, อ้างถึงใน เทียม ศรีคำจักร, 2540)

3.4.3 การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ

เป็นการแสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยแสดงให้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ แล้วเปิดโอกาสให้ได้ทดลองทำภายใต้การดูแลจากพยาบาล มีข้อดีคือ 1) แสดงให้เห็นจริงทีละขั้นตอน ผู้ป่วยจะเข้าใจและเชื่อถือได้มากกว่าการฟังหรือการอ่าน และได้จากการปฏิบัติจริง เกิดทักษะนำไปใช้ได้ 2) นำของจริงหรือรูปจำลองมาแสดงให้เห็น 3) ขั้นตอนยืดหยุ่นได้ ซึ่งบางตอนแสดงให้ดูอย่างละเอียด หรือทำซ้ำได้เมื่อจำเป็น 4) แสดงให้เห็นข้อเท็จจริง

รวมทั้งจากการปฏิบัติของผู้ป่วย ส่วนข้อจำกัดคือ 1) ใช้เวลาเตรียมและซักซ้อมเนื้อหามากเพื่อให้แน่ใจว่าการแสดงนั้นจะถูกต้องสมบูรณ์ และต้องเสียเวลามากเนื่องจากทุกคนต้องฝึกปฏิบัติหรือหัดทำจริง ซึ่งบางคนอาจทำเสร็จเร็วแต่บางคนก็อาจทำเสร็จช้า 2) ไม่เหมาะในกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เพราะไม่สามารถเห็นการแสดงหรือสาธิตได้อย่างชัดเจนพอ และหากไม่มีการแนะนำหรือชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ดีพอ ผู้ป่วยอาจมองข้ามจุดสำคัญไปได้ 3) สิ้นเปลืองงบประมาณค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ (มาลินี จรูญธรรม, 2541)

3.5 การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูลทางการพยาบาล

ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยสามารถแบ่งลักษณะการให้ข้อมูลได้ดังนี้

1) การให้ข้อมูลแบบรายบุคคล มีเนื้อหาเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ เหมาะสมตามความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างไปตามลักษณะพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา มีข้อดีคือ พยาบาลและผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เนื้อหาตรงกับความต้องการมากที่สุด ประเมินผลได้ทันที และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยกล้าความต้องการที่แท้จริง ข้อเสียคือ ได้แนวทางในการแก้ปัญหาไม่หลากหลาย

2) การให้ข้อมูลแบบรายกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลแก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสมาชิก 2 คนขึ้นไป มีข้อดี คือ สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้คราวละมาก ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ โดยมีพยาบาลช่วยตอบข้อสงสัย และสอนในสิ่งที่ถูกต้อง (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537)

3.6 สื่อการสอนที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

สื่อการสอน(Instruction Media) เป็นสิ่งที่นำมาใช้เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูล จำแนกโดยยึดประสบการณ์จากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นหลักดังนี้ (ศิริพร สิงหเนตร, 2531) สื่อการฟังหรือโสตปกรณ์ (audio media) ได้แก่ วิทยุ เทปบันทึกเสียง ระบบกระจายเสียง สื่อการเห็นหรือทัศนูปกรณ์ (visual media) ได้แก่ หนังสือคู่มือ แผ่นภาพ บัตรคำ นิทรรศการ และสื่อการฟังร่วมกับการเห็นหรือโสตทัศนูปกรณ์ (audio- visual media) ได้แก่ เทปโทรทัศน์ ภาพยนตร์ สไลด์ประกอบเสียง เป็นต้น การเลือกใช้สื่อการสอนต้องคำนึงถึงว่ามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้อย่างไร ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ มีข้อควรคำนึงถึงดังนี้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1. เลือกสื่อการสอนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ประสบการณ์ของผู้ป่วย
2. เนื้อหาในสื่อการสอนมีความถูกต้อง ทันสมัย น่าสนใจ มีการเรียงลำดับเนื้อหาที่ดีเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างถูกต้องเป็นลำดับขั้นตอน นำความรู้ไปใช้ได้อย่างถูกต้อง
3. เลือกสื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยพิจารณาในเรื่องดังต่อไปนี้

1) จำนวนผู้ป่วย ถ้าเป็นรายบุคคล หรือกลุ่มเล็ก อาจเลือกสื่อเป็นรูปภาพหรือสมุดภาพ แต่ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ควรเลือกสื่อที่เป็นสไลด์หรือภาพยนตร์

2) วัยของผู้ป่วย ถ้าเป็นวัยเด็ก วัยรุ่น ควรใช้สื่อที่เป็นรูปธรรม ไม่ซับซ้อน วัยผู้ใหญ่อาจใช้สื่อที่เป็นนามธรรมและซับซ้อนได้มากกว่า และถ้าเป็นผู้สูงอายุ ควรใช้ภาพผู้สูงอายุด้วย และอาจใช้ภาพของจริง ขนาดตัวอักษรและภาพใหญ่พอที่ผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ ใช้สื่อที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาในแง่ของความประหยัดด้วย

3.7 เนื้อหาของข้อมูลที่ให้

ในการให้ข้อมูลควรคำนึงถึงเนื้อหาของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ซึ่งเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งสายใจ พัวพันธ์ (2529) ได้ศึกษาพบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรค การรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และเนื้อหาด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการให้ข้อมูลต้องให้เนื้อหาที่ถูกต้องตรงกับความจริง ชัดเจน และมีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ เหมาะสมตามระยะเวลา และความต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ซึ่งเนื้อหาแต่ละชนิดมีผลให้บุคคลควบคุมตนเองได้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถจำแนกประเภทของเนื้อหาข้อมูลที่ให้ได้ดังนี้ (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981; Leventhal and Johnson, 1983)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) เป็นเนื้อหาที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ การดูแลรักษา สภาวะแวดล้อมและเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ ตามความรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษามา เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ ความเข้าใจ (cognitive control) ต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้

2. ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นเนื้อหาที่อธิบายความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามความปลอดภัย โดยอธิบายความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น และการได้ยิน ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนของเหตุการณ์ การกระทำ และความรู้สึกทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และสามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้ เนื่องจากบุคคลสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง และเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลจะเกิดภาพรวมของความคิด ช่วยให้พิจารณาเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด

3. ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral instruction) เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ส่งผลให้ความเครียดลดลง ผู้ป่วยสุขสบาย

มากขึ้น สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) และเลือกพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพสูงสุด

4. ข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด (coping skills instruction) เป็นเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญต่อสถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น เป็นข้อมูลที่รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ และคำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาพจิตใจได้ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจลึก ๆ (Deep breathing) การบอกตนเองให้สงบ (calming self-talk) เป็นต้น (Ziemer, 1983; Sime and Libera, 1985 อ้างใน อุบล จ๋วงพานิช, 2536) ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียดถือเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญชนิดหนึ่ง เพราะจะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประสบการณ์ใหม่ หรือประสบการณ์ที่ยากในการตัดสินใจ

5. ข้อมูลทั่วไป (general information) เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ได้แก่ กฎระเบียบโรงพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นต้น

จะเห็นว่าข้อมูลทั้ง 5 ชนิดนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแตกต่างกันแต่มีความสัมพันธ์กัน และผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องได้รับเนื้อหาทั้ง 5 ชนิด ดังนั้นในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่นั้นจึงต้องมีการวางแผนเตรียมการ เพื่อให้การให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ครอบคลุม และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลที่มีเนื้อหามากกว่า 1 ชนิด มีรายละเอียดดังนี้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ ดังเช่นจากการศึกษาของ นารี ชื่นคล้าย (2548) ให้ข้อมูล (Provision of Information) โดยเนื้อหาข้อมูลที่ให้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการได้รับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนเมื่อได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสี การดูแลช่องปาก โดยการให้ข้อมูลจะมีการแบ่งให้เป็นตอน ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและมีเนื้อหาที่ตรงกับความสนใจของผู้ป่วยและสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มมีการเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและการฝึกทักษะปฏิบัติ (Skill Building) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการดูแลช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจช่องปากด้วยตนเอง การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อคอ การฝึกการขยายช่องปาก หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะปฏิบัติพร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่ดีในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง การศึกษา

ของ จุฑากานต์ กิ่งเนตร (2539) ที่ให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว ยาเคมีบำบัด การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด และการศึกษาของ อภันตรี กองทอง (2544) ที่ห้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ เช่นจากการศึกษาของ ศิริพร พันธ์พริ้ม (2544) โดยให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) วิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลาการเกิดที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัด 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ความหมายและการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัด และการศึกษาของ สุทธินี พัควิลัย (2545) โดยข้อมูลที่ให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านม และได้รับเคมีบำบัด ประสบการณ์ทางอารมณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเต้านมและเคมีบำบัด รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ และคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด ดังเช่นการศึกษาของ สุชาดา วิภัชชวาที (2539) ที่ให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาโดยวิธีเคมีบำบัด และแนวทางปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ วิธีการป้องกันและลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความเครียดที่อาจเกิดขึ้น และวิธีเผชิญความเครียด

3.8 ประโยชน์ของการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

การให้ข้อมูลทางการพยาบาลก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการฟื้นฟูสุขภาพ กลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย (Ali, 1993) นอกจากนี้ยังมีความสำคัญอีกหลายประการ ดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งข้อที่ 3 ระบุไว้ว่า “ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น" (สารสภาการพยาบาล, 2541) ดังนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

2. ความรับผิดชอบและหน้าที่ของพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด เป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยเข้าหาได้โดยตรงทันที ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูล จากการศึกษาของ Maine (1976 cited in close, 1988) พบว่าแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ร้อยละ 69 ลงความเห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการให้ข้อมูลผู้ป่วย และร้อยละ 75 ของพยาบาลสำนึกว่า การให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่มิอาจละเลยได้ และในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2540 ระบุว่าการให้ข้อมูลเป็นหน้าที่ที่พยาบาลจะต้องกระทำ (สภาการพยาบาล, 2542)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาของวัชรี กิตติมศักดิ์ (2543) ซึ่งศึกษาผลการใช้รูปแบบการสอนแนะต่อความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดดัดแปลง พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจำแนกวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเป็น 4 วิธี ดังนี้ 1) การบรรยาย 2) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3) การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ 4) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล แบ่งเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม และสื่อการสอนที่ใช้ จำแนกเป็นใช้สื่อการสอนชนิดเดียว ใช้สื่อการสอนหลายชนิด และไม่ใช้สื่อการสอน ประเภทสื่อการสอนที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูลทางการพยาบาลจำแนกเป็น 1) สื่อการฟังหรือโสตปกรณ์ (audio media) ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ระบบกระจายเสียง 2) สื่อการเห็นหรือทัศนูปกรณ์ (visual media) ได้แก่ หนังสือคู่มือ แผ่นภาพ บัตรคำ นิทรรศการ และ 3) สื่อการฟังร่วมกับการเห็นหรือโสตทัศนูปกรณ์ (audio- visual media) ได้แก่ เทปโทรทัศน์ ภาพยนตร์ สไลด์ประกอบเสียง ส่วนเนื้อหาของข้อมูลจำแนกเป็น 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ เป็นเนื้อหาที่อธิบายขั้นตอนการดูแลรักษา สภาวะแวดล้อมและเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ 2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก เป็นเนื้อหาที่อธิบายความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ประสบ ขั้นตอนของความรู้สึกที่จะเกิดขึ้น 3) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม และ 4) ข้อมูลทั่วไป เป็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับเรื่องทั่ว ๆ ไป ได้แก่ กฎระเบียบโรงพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นต้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

มรรยาท ณ นคร (2532) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดให้ผู้ป่วย 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ผู้ป่วย 20 คนต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้การสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ใช้เวลา 60 นาที ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินทัศนคติในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด 1 วัน และมีการประเมินทัศนคติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 วัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 วันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นนอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดให้ ผู้ป่วย 10 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ผู้ป่วย 10 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากผู้วิจัย เป็นเวลา 30 นาที และหลังผ่าตัดวันที่ 1 ถึงวันที่ 7 มีการติดตามเยี่ยมและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทุกวัน วันละ 30 นาที ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นนอนและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดครบ 7 วัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้ตารางเลขสุ่ม และสุ่มอีกครั้งว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ กลุ่มทดลองฟังเทปบันทึกเสียงร่วมกับภาพพลิกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เป็นเวลา 60 นาที ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัด 1 วัน และมีการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงหลังผ่าตัด 1 วัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 1 วันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นนอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับคำกล่าวของยุนี พงศ์จตุรวิทย์ (2536) ที่ว่าสาเหตุความเครียด และความวิตกกังวลสามารถลดลงได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูล หรือการอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้ และยังพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ยังมีการทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนมากถึง 48 เรื่อง แต่ยังไม่มีการจัดหมวดหมู่ และสรุปความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ และถึงแม้ว่าจะได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบไว้แล้ว ได้แก่ การศึกษาของอาภรณ์ คำก้อนซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งหมดในประเทศไทยซึ่งรวมถึงผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่แต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่เจาะจงเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ทำให้การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่อาจใช้ไม่ได้ในทันทีและอาจไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร รวมทั้งเมื่อพิจารณาในด้านปฏิบัติการพยาบาล พบว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้หลายด้าน แต่ยังสรุปไม่ได้ว่าในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่การให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพใดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด และการหาข้อสรุปจากการบูรณาการข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง จะต้องมีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งวิธีที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่งสำหรับการทบทวนความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเชิงปริมาณ คือ การวิเคราะห์อภิมาน (Glass, McGaw and Smith, 1981)

5. การวิเคราะห์อภิมาน

การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews)

การทบทวนอย่างเป็นระบบเป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่อาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนล่วงหน้า มีการกำหนดเป้าหมาย และขอบเขตไว้อย่างชัดเจน สาเหตุที่ต้องมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเนื่องจากมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในปัญหาเดียวกัน แต่ให้ผลการวิจัยที่มีทั้งเป็นไปในทางเดียวกันและขัดแย้งกัน ทำให้มีความยากลำบากในการตัดสินใจในการสรุปเป็นองค์ความรู้และการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ การทบทวนอย่างเป็นระบบแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Glass, McGaw and Smith, 1981; สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ, 2547) คือ

1. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพ (qualitative systematic reviews) เป็นการทบทวนและสังเคราะห์ความรู้ที่ได้เชิงคุณลักษณะหรือเชิงบรรยายเนื้อหาโดยไม่ใช้สถิติเข้ามา

เกี่ยวข้อง การทบทวนวิธีนี้มีโอกาสเกิดอคติในการสรุปผลได้สูง เนื่องจากผู้ทบทวนสรุปผลตามความเข้าใจ ความคิด และประสบการณ์

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ (quantitative systematic reviews) เป็นการทบทวนโดยใช้วิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์ผลการทบทวน ซึ่งงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณมี 3 วิธี ได้แก่ การนับคะแนนเสียงข้างมาก (vote-counting method) การพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (integrating significant tests) และการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ซึ่งการวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการทบทวนผลการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติตามหลักการวิทยาศาสตร์ทำการวิเคราะห์สรุปผลการวิจัย หรือการวิเคราะห์งานวิจัยโดยกระบวนการวิจัย หรือที่เรียกว่าการวิจัยงานวิจัย ดังที่ Glass, McGaw และ Smith (1981) ได้ให้ความหมายการวิเคราะห์อภิมานไว้ว่า เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีทางสถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูลซึ่งประกอบไปด้วยผลการวิจัยที่วัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์อภิมานตามแนวคิดของ Glass, McGaw และ Smith (1981)

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)

การวิเคราะห์อภิมาน เริ่มต้นในปี ค.ศ.1933 โดยระยะแรก Thorndike และ Gheselli (Thorndike, 1933; Gheselli,1949 อ้างถึงใน ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเชิงความสัมพันธ์โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ต่อมา Cohen (1969) ได้เสนอวิธีคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งค่าประสิทธิสหสัมพันธ์และค่าขนาดอิทธิพลได้ถูกนำมาใช้เป็นดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมาน Glass (1976) เป็นผู้วางพื้นฐานในการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล และบัญญัติศัพท์ “meta-analysis”ซึ่งตรงกับศัพท์คำว่า “การวิเคราะห์อภิมาน” ขึ้น

5.1 ความหมายของการวิเคราะห์อภิมาน

ความหมายของการวิเคราะห์อภิมานแตกต่างกันตามผลการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ ตามความหมายเดิมของ Glass (1976) การวิเคราะห์อภิมาน หมายถึง การวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (the analysis of analyses) หรือเป็นระเบียบวิธีการบูรณาการงานวิจัย (Research of researches) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ข้อมูลสำหรับการสังเคราะห์ได้แก่ ลักษณะการวิจัย และผลการวิจัย ต่อมา Glass, McGaw และ Smith (1981) ได้ให้ความหมายสรุปได้ว่า เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีทางสถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูลการวิเคราะห์อภิมาน

ประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และคุณลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล

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

Kulik and Kulik (1989) ให้ความหมายว่าเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีวิธีการวิเคราะห์สองลักษณะ คือการประมาณค่าดัชนีความสัมพันธ์ทั้งแบบที่เป็นการประมาณค่าด้วยวิธีทางสถิติ รวมทั้งการประมาณค่าโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรในงานวิจัย และการรวมค่าดัชนีความสัมพันธ์ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีความสัมพันธ์ที่ประมาณค่าได้

Rosenthal (1990) Hedges and Olkin (1985) ให้ความหมายว่าเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นแทนข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานแยกได้ดังนี้ แบบแรก เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปความสัมพันธ์ (Summarizing relationship) ระหว่างตัวแปร โดยการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การประมาณค่าแบบจุดและแบบช่วง แบบที่สอง เป็นการศึกษาหาตัวแปรปรับ โดยการทดสอบว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้มีความแตกต่างกันหรือไม่ ถ้ามีความแตกต่างกัน ต้องศึกษาว่าแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรปรับตัวใด ตัวแปรปรับ คือตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย และแบบที่สาม เป็นการศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม โดยหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาการวิจัยจากงานวิจัยทุกเรื่องแล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ได้ เพื่อตอบปัญหาวิจัยเป็นข้อยุติ

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิมานเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่งที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวางและลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์อภิมาน เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ ด้วยการใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกันโดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยการวิเคราะห์ ผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจะถูกปรับให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกันและนำมาเป็นตัวแปรตามในการสังเคราะห์งานวิจัย ส่วนตัวแปรอิสระคือคุณลักษณะงานวิจัย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐานและตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างดัชนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ (moderator variables) ซึ่งได้แก่ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

5.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์อภิมาน

Glass, McGaw and Smith (1981) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการวิเคราะห์อภิมานไว้ดังนี้

1) การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ตัวเลขและวิธีการทางสถิติในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล ประชากรที่ศึกษาคืองานวิจัย ตัวแปรต้นคือ คุณลักษณะงานวิจัย ตัวแปรตามคือผลการวิจัยซึ่งปรับให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐาน ที่เรียกว่า ค่าขนาดอิทธิพล

2) การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีที่ได้มาซึ่งข้อสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ กล่าวคือไม่มีการคัดเลือกโดยเกณฑ์ที่สร้างขึ้นว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพดี แต่จะนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ทั้งหมด เพราะเชื่อว่าแม้งานวิจัยไม่มีความสมบูรณ์ แต่ก็มีคุณค่าบางอย่างที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่สำคัญได้ และส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งคือการบันทึกจุดอ่อนของระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การออกแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ การจัดกระทำกับตัวแปร และผลลัพธ์ที่ได้ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ต่อกัน และความบกพร่องที่มีอยู่ก็สามารถนำมาวิเคราะห์ภายหลังได้

3) การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยที่มุ่งแสวงหาข้อสรุปทั่วไป (General conclusions) ในประเด็นที่ต้องการจากงานวิจัยจำนวนมาก ข้อสรุปนั้นหมายถึง ผลของตัวแปรจัดกระทำที่มีผลต่อตัวแปรตามในปริมาณที่ชัดเจนว่ามากหรือน้อยเพียงใดในรูปของการประมาณค่าขนาดอิทธิพล

4) การวิเคราะห์อภิมานมีจุดหมายสำคัญคือการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร และเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเหมือนกันทุกด้าน เพราะในทางปฏิบัติไม่สามารถหางานวิจัยในลักษณะดังกล่าวได้ และงานวิจัยที่เหมือนกันทุกด้านย่อมให้ผลการวิจัยที่เหมือนกัน แต่การวิเคราะห์อภิมานจะทำในงานวิจัยที่เหมือนกันบางด้านเท่านั้น ได้แก่ ระเบียบวิธีวิจัย เพื่อช่วยให้สามารถวิเคราะห์ประเด็นที่แตกต่างกัน และบอกได้ว่าความแตกต่างนั้นมีความสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยหรือไม่ จากขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสถิติ

5.3 หลักการของการวิเคราะห์อภิมาน

หลักการวิเคราะห์อภิมานมีดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 62)

1) จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์อภิมาน คือ อธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน

2) ตัวแปรในการวิเคราะห์อภิมาน ตัวแปรตามคือ ดัชนีมาตรฐาน ส่วนตัวแปรต้นคือ คุณลักษณะการวิจัย ซึ่งบางส่วนจะถูกนำมาใช้เป็นตัวแปรปรับในขั้นตอนการวิเคราะห์ และคุณลักษณะการวิจัยส่วนที่เหลือจะเป็นตัวแปรแทรกซ้อน

3) การวางแผนการวิจัย ใช้หลักการควบคุมความแปรปรวนตามหลักการวิจัยเช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงบรรยาย คือ เพิ่มความแปรปรวนระบบให้มีค่าสูงสุด ลดความแปรปรวนจาก

ความคลาดเคลื่อนให้มีค่าน้อยที่สุด และควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรแทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ (Max-Min-Con) โดยนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษา (Inclusion) แล้วควบคุมด้วยวิธีการทางสถิติ

5.4 วิธีการวิเคราะห์อภิมาน

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

1) วิธีของRosenthal (Rosenthal, 1991; Rosenthal and Rosnow, 1991) เป็นวิธีแรกที่มีการพัฒนา มีลักษณะที่แตกต่างจากวิธีอื่น คือนำระดับนัยสำคัญมาใช้ในการสังเคราะห์และกำหนดสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 2 แบบ คือ 1) คำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติในการทดสอบสมมุติฐาน 2) คำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ โดยใช้สูตรการประมาณค่าของ Cohen (1977) คือใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร การสังเคราะห์งานวิจัยมีสูตรหาข้อสรุปของดัชนีมาตรฐานทั้งที่เป็นขนาดอิทธิพลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แยกตามลักษณะงานวิจัย และมีการแยกสังเคราะห์ตามตัวแปรปรับเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล

2) วิธีของGlass (Glass, McGaw, and Smith, 1981) เป็นวิธีที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองรวมกับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ โดยมีสูตรให้คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าสหสัมพันธ์ได้ มีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเป็นตัวหาร จุดเด่นของวิธีนี้คือมีสูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองแตกต่างกันทุกแบบแผนการวิจัย และมีสูตรในการปรับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ มาเป็นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ได้ ซึ่งมีทั้งสูตรประมาณค่าจากค่าสถิติโดยตรง และจากผลการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติ สำหรับการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานใช้การวิเคราะห์ถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวน รวมทั้งสถิติวิเคราะห์ขั้นสูงอื่น ๆ โดยมีดัชนีมาตรฐานคือ ค่าขนาดอิทธิพลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นตัวแปรตาม มีตัวแปรปรับคือคุณลักษณะงานวิจัย เป็นตัวแปรต้น เพื่อหาข้อสรุปว่าความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากคุณลักษณะงานวิจัยใด

3) วิธีของ Hunter (Hunter, Schmidt and Jackson,1982; Hunter and Schmidt, 1991) ใช้แนวคิดการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen แต่ให้ความสำคัญกับการปรับแก้ความคลาดเคลื่อน 3 ชนิด คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ความคลาดเคลื่อนในการวัด และความคลาดเคลื่อนเนื่องจากความจำกัดของพิสัย แล้วจึงตรวจสอบความแปรปรวน ถ้ายังมีความแปรปรวนเหลืออยู่จึงแยกกลุ่มงานวิจัยตามตัวแปรปรับ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยแต่ละกลุ่มต่อไป

4) วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) ใช้แนวคิดการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen แต่ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนเช่นเดียวกับวิธีของ Hunter แต่แตกต่างตรงที่วิธีของ Hedges ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง และเสนอสูตรการคำนวณเฉลี่ยโดยการถ่วงน้ำหนัก รวมทั้งเสนอการแจกแจงของขนาดอิทธิพลเป็นแบบไค-สแควร์ ใช้ค่าสถิติ Q ในการทดสอบความเท่ากันของค่าขนาดอิทธิพลในแต่ละกลุ่มประชากรก่อนการสังเคราะห์งานวิจัย

5) วิธีของ Slavin (1986) เป็นวิธีที่คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์อภิมาน เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูง แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติจริงเพราะเมื่อคัดเฉพาะงานที่มีคุณภาพดีทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์อภิมานมีจำนวนน้อย และอาจสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่เป็นงานวิจัยคุณภาพต่ำแต่มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ ส่งผลให้การสรุปอ้างอิงมีข้อจำกัด

6) วิธีของ Mullen (1989) เป็นวิธีที่พัฒนาล่าสุด ใช้หลักการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen (1969) และใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนน Fisher's Z ในการวิเคราะห์ จุดเด่นของวิธีนี้คือมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์อภิมานโดยตรง ซึ่งสามารถทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน และทดสอบว่าตัวแปรปรับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้

จากการเปรียบเทียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน พบประเด็นสำคัญดังนี้ วิธีการของ Glass, Hunter และ Rosenthal เป็นวิธีที่สอดคล้องกัน ใช้ได้ดีและเป็นที่นิยมในปัจจุบัน (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2542: 29) ซึ่งส่วนใหญ่นำงานวิจัยทุกงานที่รวบรวมได้มาสังเคราะห์ โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพของงานวิจัย เพราะถ้าเลือกเฉพาะงานที่มีคุณภาพดีตามวิธีของ Slavin จะทำให้งานวิจัยมีข้อจำกัด แม้จะมีข้อเสนอแนะให้คำนวณแบบถ่วงน้ำหนักในการวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการกระจายทุกวิธี แต่ก็มีผลงานวิจัยสนับสนุนว่าให้ผลไม่แตกต่างกันการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล แม้ส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมในการคำนวณ แต่ผลการวิจัยของ Kulik and Kulik พบว่าการใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมตามวิธีของ Glass เหมาะสมกว่า นอกจากนี้ Glass ยังมีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยกึ่งทดลองที่มีแบบการวิจัยต่างกัน รวมทั้งมีสูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบคือ การคำนวณจากค่าสถิติโดยตรงและการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Glass เป็นวิธีวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้

5.5 ดัชนีมาตรฐาน (Standard indices) สำหรับการวิเคราะห์อภิมาน

เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษาตัวแปรต่างกันหรือแม้จะศึกษาตัวแปรเหมือนกัน แต่อาจใช้เครื่องมือวัดต่างกัน ผลที่ได้จึงไม่อยู่ในสเกลเดียวกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำให้อยู่ในรูปดัชนีมาตรฐาน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545) หรือดัชนีบอกความความสำคัญของอิทธิพล ดัชนีมาตรฐานเป็นค่าการวัดตัวแปรจากผลการวิจัย หรือบอกค่าขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัญหาวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ แบ่งได้ดังนี้

1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Correlation coefficient: r) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1904 เป็นค่าสถิติที่ใช้เป็นดัชนีมาตรฐานของงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ สามารถนำค่าที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือวิเคราะห์ได้ว่าตัวแปรใดมีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งจะบอกให้ทราบว่าตัวแปรทั้งสองมีความแปรปรวนร่วมเป็นกี่เท่าของผลคูณระหว่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทั้งสอง (ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539)

2) ดัชนีมาตรฐานของ Cochran พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1937 เป็นค่าสถิติใช้เป็นดัชนีมาตรฐานของงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยมีค่าเท่ากับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดัชนีมาตรฐานชนิดนี้ขาดคุณสมบัติความเป็นคะแนนมาตรฐานและไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากดัชนีจะผันแปรตามตัวแปรตามในการวิจัย

3) ดัชนีอัตราส่วนระหว่างค่าสถิติกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ของ Mantel และ Haenzel พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1959

4) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size or Effect magnitude: ES, d) ซึ่ง Cohen พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1969 เป็นค่าสถิติที่ใช้เป็นดัชนีมาตรฐานในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลอง โดยมีค่าเท่ากับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ทำให้มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น ต่อมา Glass, McGaw, and Smith (1987) ได้พัฒนาโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเป็นตัวหารแทน ขนาดอิทธิพลจึงเป็นดัชนีมาตรฐานที่บอกให้ทราบว่ากลุ่มทดลองได้รับอิทธิพลจากตัวแปรจัดกระทำ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเป็นกี่เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5) ดัชนีผลต่างของสัดส่วนในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ของ Devine and Cook พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1983

6) ดัชนีผลต่างระหว่าความถี่ที่คาดหวังกับความถี่ที่สังเกตได้ ของ Yusuf, Peto, Lewis, Collins และ Sleight พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1985

7) การวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) เป็นดัชนีที่บอกถึงความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติ โดยใช้การพิจารณาจากความมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือที่เรียกว่าการแจงนับ (Voting method) กล่าวคือแจงนับว่ามีผลการวิจัยที่มีนัยสำคัญเชิงบวก เชิงลบ หรือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเป็นจำนวนอย่างละเท่าใด โดยจำนวนที่นับได้สูงสุดถือว่าเป็นข้อสรุป

ซึ่งการใช้นัยสำคัญทางสถิตินี้ไม่ได้คำนึงถึงคุณลักษณะงานวิจัย และไม่สามารถอธิบายขนาดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้

แต่ดัชนีมาตรฐานที่ได้รับความนิยมคือ ดัชนีขนาดอิทธิพล และดัชนีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งดัชนีมาตรฐานทั้งสองชนิดนี้ไม่มีหน่วยและมีระดับการวัดถึงระดับอันตรภาค และเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ดัชนีขนาดอิทธิพลของ Glass, McGaw, and Smith (1987) ที่พัฒนาจากแนวคิดเดียวกันกับ Cohen (1969) ซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานที่มีความเป็นคะแนนมาตรฐานมากขึ้น เพราะดัชนีจะไม่ผันแปรตามตัวแปรตามในการวิจัย แต่ต่างจาก Cohen คือจะใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเป็นตัวหารแทน ซึ่งเหมาะสมกว่า (Kulik and Kulik, 1989)

5.6 ขั้นตอนการวิเคราะห์อภิมาน (Meta - analytic process)

การวิเคราะห์อภิมานเป็นการวิจัยประเภทอธิบาย ใช้หลักการเดียวกับการวิจัยขั้นสูง มีขั้นตอนดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 65-99; สินีนาฏ ลิขิตรัตน์เจริญ, 2542: 21)

5.6.1 ขั้นตอนกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

5.6.1.1 การกำหนดปัญหาการวิจัย มีลักษณะเช่นเดียวกับปัญหาการวิจัยทั่วไปเพราะปัญหาการวิจัยจะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2542: 23) แต่ก็มีลักษณะที่แตกต่างจากงานวิจัยทั่วไป เพราะการกำหนดปัญหาจะได้มาจากการสำรวจงานวิจัยในหัวข้อที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย ได้แก่ ประเด็นของความไม่สอดคล้องที่ต้องการศึกษา ขอบเขตการวิจัย และตัวแปร เพื่อการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอย่างชัดเจน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2540: 305-306) ปัญหาที่เลือกมาศึกษาควรเป็นปัญหาที่ใช้วิธีวิจัยเชิงประจักษ์ในการศึกษา ได้แก่ การวิจัยเชิงทดลอง หรือการวิจัยเชิงบรรยาย (สุวัฒนา สุวรรณเขตนิคม, 2530: 54) การสำรวจงานวิจัยเบื้องต้นอาจใช้วิธีการจัดทำตารางบันทึกชื่อเรื่องและงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่าง ๆ เพื่อความสะดวก และเพื่อให้แน่ใจว่ามีจำนวนงานวิจัยมากพอ (อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน, 2531: 36) นอกจากนี้ยังต้องมีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาเช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป โดยจุดมุ่งหมายของการกำหนดปัญหาการวิจัยของการวิเคราะห์อภิมาน คือ การกำหนดปัญหาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของปัญหา ที่เป็นปัญหาหลัก 3 เรื่อง ได้แก่ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 65) 1) ค่าแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางของดัชนีมาตรฐาน หรือการหาคำตอบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดหมายจากงานวิจัยที่นำมาศึกษานั้น มีความสัมพันธ์หรือไม่กับสิ่งที่ต้องการศึกษา และมีขนาดเท่าไร 2) ความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานหรือการหาคำตอบจากค่าความสัมพันธ์ที่ได้จากผลการวิจัยแต่ละเรื่องว่ามีความแตกต่างกันเพียงใด และ3) ลักษณะหรือสิ่งใดอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นได้ หมายถึง การหาคำตอบว่าผลการวิจัยหรือค่าดัชนีมาตรฐานที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาศึกษาอย่างไร เช่น จาก

งานวิจัยของ อรพินท์ ใจสุนทร (2542) ที่ศึกษาพบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยได้ร้อยละ 27.21 เป็นต้น

ในขั้นตอนกำหนดปัญหาของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นที่กลุ่มประชากรที่สนใจ คือ ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่และปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โดยสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏทั้งหมดเบื้องต้นด้วยการบันทึกรายชื่องานวิจัยจากฐานข้อมูล แล้วจัดกลุ่มตามตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่งานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ และมีผู้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน มีจำนวนมากถึง 48 เรื่อง แต่ยังไม่มีการสรุปความรู้จากผลการวิจัยเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ รวมทั้งเมื่อพิจารณาในด้านปฏิบัติการพยาบาล ยังพบว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้หลายด้าน แต่ยังสรุปไม่ได้ว่าในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่การให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพใดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจ รวบรวมและทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในอดีตให้เป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์ วิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยวิธีวิเคราะห์อภิมาน เพื่อสรุปว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพใดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด และวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลใดสามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด โดยจุดมุ่งหมายในการกำหนดปัญหาการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้ ปัญหาค่าแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางของดัชนีมาตรฐาน คือ วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือไม่ ขนาดเท่าไร ปัญหาความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน คือ วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในขนาดที่แตกต่างหรือไม่ และตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้เท่าใด

5.6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้งหรือมีจำนวนมากเพื่อให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป ได้องค์ความรู้ ใช้ประโยชน์ทางวิชาการ และความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขเพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 65) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอย่างชัดเจน ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ปัญหาวิจัยเพื่อตัดสินใจว่ามีวัตถุประสงค์ที่จะตอบปัญหาการวิจัยในประเด็นใด

5.6.2 ขั้นตอนรายงานวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง การตั้งสมมติฐาน ประกอบด้วย การศึกษาแนวคิดหลักการทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวิจัยให้ชัดเจน เพื่อนำข้อสรุปมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแผนการวิจัย การนิยามตัวแปร การวัดตัวแปร การตั้งสมมติฐานการวิจัย ซึ่งการตั้งสมมติฐานเป็นเครื่องบ่งชี้มาตรฐานและคุณภาพของการวิเคราะห์

อภิมานที่สำคัญอย่างหนึ่ง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2540: 306) แสดงให้เห็นแนวทางในการเลือกงานวิจัยมาวิเคราะห์ รวมทั้งกำหนดข้อจำกัดของการวิจัยให้ชัดเจนอีกด้วย การรายงานวรรณคดีที่เกี่ยวข้องควรประกอบด้วย 1) การกำหนดจุดมุ่งหมายในการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดลักษณะ ประเภทและแหล่งที่มาของเอกสารที่ต้องการ 3) การสืบค้น คัดเลือกและจัดหาเอกสาร 4) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างพินิจพิเคราะห์ 5) การสังเคราะห์ผลการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ 6) การเขียนรายงานการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 17-29)

5.6.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

5.6.3.1 สำรวจและรวบรวมงานวิจัย โดยนำผลที่ได้จากการศึกษาวรรณคดีมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขต รวมทั้งกำหนดวิธีการสืบค้นงานวิจัย ซึ่ง Mullen (1989) ได้ให้แนวทางดังนี้ 1) สืบค้นจากคอมพิวเตอร์ออนไลน์ 2) สืบค้นจากดัชนี 3) สืบค้นจากการอ่านเล่น การอ่านวารสารวิชาการฉบับใหม่ ๆ ซึ่งถ้าใช้วิธีนี้จะได้งานวิจัยใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ แม้ว่าจะเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพนัก เพราะเสียเวลามากกว่าการสืบค้นจากดัชนี หรือค้นด้วยคอมพิวเตอร์ 4) สืบค้นจากมหาวิทยาลัยที่มองไม่เห็นหรือการสอบถามจากนักวิจัยและเพื่อนร่วมงาน 5) สืบค้นย้อนหลัง อ่านจากบรรณานุกรมของรายงานการวิจัย 6) สืบค้นต่อเนื่องจากชื่อนักวิจัย นอกจากนี้อาจสืบค้นจากฐานข้อมูลห้องสมุด ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทั้ง 6 วิธี แต่วิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ออนไลน์ และการสืบค้นจากดัชนีหรือฐานข้อมูลภายในห้องสมุด

5.6.3.2 กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 67) โดยพิจารณาลักษณะของงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ และตัดสินใจว่าจะสังเคราะห์งานวิจัยทุกเรื่อง หรือกำหนดจำนวนงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ โดยมีหลักการคือ ถ้าประชากรมีน้อยผลการวิจัยคล้ายคลึงกัน ไม่จำเป็นต้องใช้งานวิจัยหลายเรื่องมาสังเคราะห์ แต่ถ้าประชากรมีมากผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน ต้องใช้งานวิจัยจำนวนมาก (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 68)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำได้โดยศึกษางานวิจัย และประเมินคุณภาพงานวิจัยเพื่อคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษา หรือใช้กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย เช่น ใช้วิธีการสุ่มเลือกภายหลังการแบ่งชั้นกลุ่มตัวแปรเกณฑ์ตามสัดส่วน (สุวัฒนา สุวรรณเขตนิคม, 2530: 55) หรือเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งอาจทำให้เกิดการลำเอียง หรือ “File drawer problem” (Glass, McGaw, and Smith, 1987: 226) ได้ หรือเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งมีคำโต้แย้งว่าไม่เห็นด้วยจาก Glass, McGaw, and Smith (1987: 220) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่ค้นพบและมีค่าสถิติเพียงพอทุกงาน โดยไม่คำนึงถึงการตีพิมพ์หรือคุณภาพของงานวิจัย โดยพิจารณาจากปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

5.6.3.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย ในการวิเคราะห์อภิมานผู้วิจัยเป็นส่วนสำคัญของเครื่องมือวิจัย ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์อภิมานทุกวิธีมีดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 68) 1) แบบสรุปและบันทึกข้อมูลงานวิจัย เพื่อพิจารณารายละเอียดของงานวิจัยว่ามีค่าสถิติเพียงพอหรือไม่ (อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน, 2531: 39) โดยจัดทำเป็นตาราง ข้อคำถามปลายเปิดหรือปิดก็ได้ และ2) แบบประเมินงานวิจัย นิยมสร้างเป็นมาตรประเมินค่า โดยมีข้อความบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่องและปัญหาการวิจัย ใช้วิธีสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น แบบประเมินของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) แบบประเมินของอิทธิฤทธิ์ พงษ์ปิยะรัตน์ (2542) และแบบประเมินของวรรณี อริยะสินสมบูรณ์ (2544)

คุณภาพของแบบประเมิน ได้แก่ ความครอบคลุมและความชัดเจน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ จึงควรมีการตรวจสอบความเป็นปรนัยของผลการวิเคราะห์รายงานการวิจัย (สุวัฒนา สุวรรณเขตนิคม. 2530; 56-57) ด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน ในกรณีที่ไม่สามารถหาผู้วิจัยมาช่วยวิเคราะห์ได้ อาจใช้วิธีวิเคราะห์ซ้ำอีกครั้ง โดยให้ระยะเวลาห่างจากครั้งแรกพอสมควรเพื่อไม่ให้มีผลกระทบของความจำ แล้วนำผลมาคำนวณหาความสอดคล้องกัน และควรนำเครื่องมือไปทดลองใช้ รวมทั้งปรับปรุงให้ครอบคลุมมากขึ้น

5.6.3.4 การรวบรวมข้อมูล เป็นการบันทึก การสรุป และเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2540: 307) 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสาระและคุณลักษณะของการวิจัย ด้านรูปเล่มและการจัดพิมพ์รายงาน ได้แก่ ปีที่พิมพ์ มหาวิทยาลัย หรือสาขาวิชาที่สังกัด ประเภทงานวิจัย ด้านแบบแผนการวิจัย และรายละเอียดอื่น เช่น แบบแผนการวิจัย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ลักษณะผู้ทดลอง สถิติวิเคราะห์ที่ใช้ จำนวนและประเภทตัวแปร เครื่องมือวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเนื้อหาสาระของการวิจัย ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิดในการวิจัย กลวิธีการให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ เวลา จำนวนครั้ง และระยะเวลารวมของโปรแกรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2542: 23) ซึ่งไม่ค่อยพบปัญหาในการบันทึกข้อมูล และ2) ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิจัย ซึ่งวัดความสัมพันธ์ของตัวแปรในรูปดัชนี เช่น ดัชนีสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ ดัชนีขนาดอิทธิพล เป็นข้อมูลส่วนที่พบปัญหามาก แม้จะมีสูตรในการประมาณค่าที่กำหนดไว้แล้ว แต่ในทางปฏิบัติมีรายงานวิจัยมีแบบแผนการวิจัยหลากหลาย และบางงานวิจัยรายงานค่าสถิติไม่ครบถ้วน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 69) การประมาณค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจึงเป็นเรื่องยากและต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบอย่างยิ่ง

5.6.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยจะนำตัวแปรตามคือ ดัชนีมาตรฐาน และตัวแปรต้นคือ สาระและคุณลักษณะของงานวิจัยทั้งหมด มา

สังเคราะห์บูรณาการโดยวิธีทางสถิติเพื่อให้ได้คำตอบของปัญหาวิจัยที่ต้องการ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การตรวจสอบลักษณะของการแจกแจงของตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าขนาดอิทธิพล การเตรียมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ โดยการสร้างไฟล์ข้อมูลเหมือนงานวิจัยทั่วไป พร้อมทั้งตรวจสอบการขาดหายของข้อมูล ประมาณค่าการขาดหายด้วยวิธีใช้ค่าเฉลี่ยหรือใช้ค่าประมาณจาการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวแปรที่มีข้อมูลขาดหายกับตัวแปรที่สัมพันธ์กัน (Hair et al., 1998 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 74) การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร โดยการสร้างตารางแจกแจงความถี่ของตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ความโด่งของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบการแจกแจงว่าเป็นโค้งปกติหรือไม่ และจำเป็นต้องมีการปรับตัวแปรหรือไม่ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสำคัญ ซึ่งนิยมนำเสนอโดยใช้ตารางไขว้ แผนภูมิต้น-ใบ แผนภูมิกล่อง ส่วนการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัย ต้องวิเคราะห์ว่าผลการวิจัยในรูปค่าขนาดอิทธิพล และค่าดัชนีสหสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่มีความแตกต่างก็สามารถสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบการวิจัยได้ ถ้ามีความแตกต่างกันต้องวิเคราะห์ต่อว่า ความแตกต่างหรือความแปรปรวนนั้นเกิดจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง และแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้น ๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยในแต่ละกลุ่ม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 75-76) โดยการใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนวิเคราะห์การถดถอย วิเคราะห์โมเดลเชิงเส้นระดับลดหลั่น (Hierarchical Linear Model: HLM) แต่เนื่องจากผลที่นำมาสังเคราะห์ได้จากงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยวิธีการที่ต่างกันจึงทำให้ค่าสถิติจากงานวิจัยแต่ละเรื่องแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ จึงต้องนำค่าสถิติเหล่านั้นมาเปลี่ยนให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกันก่อนที่เรียกว่า ค่าดัชนีมาตรฐาน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์อภิมานเฉพาะงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ดังนั้นจึงเป็นการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรคำนวณของ Glass, McGaw, and Smith (1981)

5.6.5 ขั้นตอนการสรุปและนำเสนอผลการสังเคราะห์งานวิจัย เป็นงานขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์อภิมานซึ่งต้องมีการแปลผล สรุปผลการอภิปรายเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีตและความรู้ทางทฤษฎีแล้วยังต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการด้วย ซึ่งนักวิจัยคาดหวังว่าผลการวิเคราะห์อภิมานน่าจะให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งเหนือชั้นกว่างานวิจัยแต่ละเรื่องที่นำมาสังเคราะห์ และให้ข้อสรุปรวมทั้งข้อเสนอแนะที่มีความกว้างโดยทั่วไป มากกว่างานวิจัยปกติ เป็นงานขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์อภิมานซึ่งต้องมีการแปลผล สรุปผลการอภิปรายเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีตและความรู้ทางทฤษฎีแล้วยังต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการด้วย ซึ่งนักวิจัยคาดหวังว่าผลการ

วิเคราะห์อภิมานน่าจะให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งเหนือชั้นกว่างานวิจัยแต่ละเรื่องที่นำมาสังเคราะห์ และให้ข้อสรุปรวมทั้งข้อเสนอแนะที่มีความกว้างโดยทั่วไป มากกว่างานวิจัยปกติ ซึ่งการสรุปและนำเสนอผลการสังเคราะห์งานวิจัยคือ การเสนอรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยตามรูปแบบของรายงานการวิจัยทุกหัวข้อโดยเสนอรายละเอียดของ ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และผลการดำเนินงานทั้งหมด

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพลนั้นได้มีผู้เชี่ยวชาญ เสนอไว้ 2 วิธี ดังนี้คือ

1) วิธีของ Cohen (1977) ซึ่งแปลผลของค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ดังนี้ ถ้าขนาดอิทธิพลมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.4 แสดงว่าขนาดอิทธิพลมีขนาดเล็ก เมื่อขนาดอิทธิพลมีค่าอยู่ระหว่าง 0.4-0.8 แสดงว่าขนาดอิทธิพลมีขนาดปานกลาง และเมื่อขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป แสดงว่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ (Cohen, 1988 cited in Furukawa, 1999: 1680) ซึ่งขนาดอิทธิพลเป็นค่าที่บ่งบอกถึงขนาดของตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตาม

2) วิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) ซึ่งแปลผลค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ โดยนำไปเปรียบเทียบหาตำแหน่งของ Percentiles ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยตรง เช่น กรณีที่ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเป็นตัวหารในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ถ้าขนาดอิทธิพลมีค่าเท่ากับ 0.2 ก็มีความหมายว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 1 ใน 5 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่าคะแนนสมาชิกร้อยละ 58 ของกลุ่มควบคุมเพราะค่า 0.2 ตรงกับตำแหน่ง Percentiles ที่ 58

ในการวิจัยอภิมานครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) ในการแปลผลค่าขนาดอิทธิพล

5.7 ประโยชน์ของการวิเคราะห์อภิมาน มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์อภิมานไว้หลายท่าน (Hunter and Schmidt, 1990;Hunt, 1997; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 7; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) สรุปได้ดังนี้

1) สรุปผลจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยตรง ให้ผลที่เป็นปรนัยสูง เชื่อถือได้มาก เพราะมีการวิเคราะห์ที่เป็นระบบ ใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้ ในขณะที่การสังเคราะห์งานวิจัยประเภทพรรณนาใช้วิธีที่ค่อนข้างเป็นอัตนัยจึงมีความแตกต่างของนักวิจัยแต่ละคน

2) เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพราะช่วยให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไปของปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมทั้งทำให้เห็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยต่อไป

3) การวิเคราะห์อภิมานให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไข โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ กับผลการวิจัยซึ่งนำมาสังเคราะห์จำนวนมาก ซึ่งข้อค้นพบนี้จะหาไม่ได้จากงานวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว

4) ในกรณีที่มีงานวิจัยบางเรื่องที่ให้ผลการวิจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ การวิเคราะห์อภิมานมีกระบวนการตรวจสอบสาเหตุที่ทำให้งานวิจัยเหล่านั้นมีผลการวิจัยแตกต่างไป ซึ่งเป็นประโยชน์มากในการศึกษาในแง่มุมอื่นต่อไป

5) มีบทบาทสำคัญมาก และสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีทางวิชาการ (Brown, 1991: 352) เนื่องจากข้อค้นพบที่กว้างขวาง ลุ่มลึกจากการวิเคราะห์อภิมาน ช่วยให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะเป็นการขยายขอบเขตของความรู้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

6) สามารถนำงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการตัดสินผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ที่ต้องการวัดด้วยนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ได้

7) สามารถหาคำตอบของปัญหาที่สนใจโดยไม่ต้องลงมือทำการวิจัยซึ่งประหยัดค่าใช้จ่าย กำลังคนและทรัพยากรเป็นอย่างมาก

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อภิมาน

Smith and Stullenbarger (1995) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในสหรัฐอเมริกา จากงานวิจัย 482 เรื่องที่ศึกษาระหว่างปี 1981-1990 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (ร้อยละ 90) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 42 เรื่อง ใช้วิธี integrative review ของ Cooper's (1989) และวิเคราะห์อภิมานใช้วิธีของ Hedges and Olkin (1985) จากการศึกษาพบว่า อาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ผมร่วง ความเจ็บปวด และอาการอ่อนล้า หัวข้อที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรักษาหรือการฟื้นฟู (ร้อยละ 52) งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ใช้ทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิด(ร้อยละ 51) ไม่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล (ร้อยละ 33) และใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพียงร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) จากงานวิจัยเชิงทดลอง 42 เรื่อง พบว่ามีวิธีปฏิบัติการพยาบาล 29 วิธี ซึ่งผลการปฏิบัติการพยาบาลในงานวิจัยทั้งหมดมีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ที่เป็นตัวแปรตาม มีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -7.39 ถึง 3.36 ซึ่งการจัดการกับอาการ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดจนถึงต่ำสุด แต่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เด่นที่สุดคือการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด (d=.02 และ.06)

Devine and Westlake (1995) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่อผลลัพธ์ 7 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า สภาวะทางอารมณ์ คลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวด และความรู้ ในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาระหว่างปี 1976-1993 จำนวน 116 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 98 เรื่อง มีกลุ่มทดลอง เพียงกลุ่มเดียว 18 เรื่อง ใช้วิธีวิเคราะห์อภิมานตามแนวคิดของ Glass(1981) และ Hedges and Olkin (1985) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าขนาดอิทธิพล 183 ค่า มีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -0.54 ถึง 4.70 ขนาดอิทธิพลของการให้ความรู้ และการดูแลด้านจิตสังคมต่อความรู้อยู่ในระดับสูง (0.90) ส่วนผลลัพธ์ของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่ออาการคลื่นไส้ ความ

วิตกกังวล ความซึมเศร้ามีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (0.69 0.56 และ 0.54 ตามลำดับ) และผลลัพธ์ของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่อสภาวะทางอารมณ์ ความเจ็บปวด และการอาเจียน มีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ (0.45 0.43 และ 0.34 ตามลำดับ)

Devine (2003) ได้วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตศึกษาเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 25 เรื่อง ที่ศึกษาระหว่างปี 1978-2001 โดยมี 22 งานวิจัยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 3 งานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม มีการวัดก่อนและหลังการทดลองทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาทั้งหมด 1,723 คน อายุระหว่าง 33-77 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 68) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 29 ค่า การปฏิบัติการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การสะกดจิต ดนตรีบำบัด และการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง-ขนาดสูง 2) การให้ความรู้ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดต่ำ-ขนาดปานกลาง 3) การปฏิบัติการพยาบาลแบบสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดต่ำ-ขนาดปานกลาง 4) การปฏิบัติการพยาบาลหลายวิธีร่วมกัน มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดต่ำ-ขนาดปานกลาง

กรองได อุณหสูต และคณะ (2539) เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีการวิเคราะห์อภิมานมาใช้ในการพยาบาล ซึ่งได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่าง พ.ศ 2527-2536 งานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง จากทั้งหมด 52 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม 7 เรื่องและผ่าตัดคลอดบุตร 7 เรื่อง ได้ค่าขนาดอิทธิพล 56 ค่า ผลการวิจัยพบว่า ขนาดอิทธิพลของการพยาบาลส่วนใหญ่มีค่าเป็นบวก และขนาดอิทธิพลครึ่งหนึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.13-0.40 แสดงให้เห็นว่าขนาดอิทธิพลมีขนาดเล็กถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าการพยาบาลที่มีการเตรียมตัวอย่างมีแบบแผนมีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรการปรับตัวทางกายและทางจิตสังคม ส่วนที่ไม่มีแบบแผนในการเตรียมตัว พบว่ามีขนาดอิทธิพลเป็นบวกต่อตัวแปรการปรับตัวทางกาย แต่เป็นลบต่อตัวแปรการปรับตัวทางจิตสังคม

สมจิต หนุเจริญกุล (2544) ได้วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับดูแลตนเองของผู้ป่วยในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2531-2542 โดยวิเคราะห์งานวิจัย 139 เรื่องจากทั้งหมด 180 เรื่อง ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ 73 เรื่อง พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของ Orem มีค่าขนาดอิทธิพลดังนี้ ระดับการศึกษามีค่า 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 และจำนวนของบุตรที่ต้องการให้ดูแลมีค่า -0.56 ถึง -0.39 ส่วนผลการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ 66 เรื่อง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงสุดคือ 1.90 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าอิทธิพลเฉลี่ยต่ำสุด คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (0.60) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลแต่ละกลุ่ม ดังนี้ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีค่า 0.90-2.47 ผู้ป่วยมะเร็ง 0.05-1.75 ผู้ป่วยเบาหวาน 0.32-3.47 หญิงตั้งครรภ์ 0.14-2.31 เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ผลดังนี้ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีค่า 0.40-1.68 ผู้ป่วยมะเร็ง 0.27-1.15 สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมขนาดอิทธิพลด้านบรรเทาปวดมีค่า 0.10-2.14 การเกิดภาวะแทรกซ้อน 0.04-2.50 ความพึงพอใจ 0.43-1.92 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลได้ 1.14 วัน

สินีนาฏ ลิขิตรัตน์เจริญ (2542) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลองและเชิงปฏิบัติการในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2542 จำนวน 57 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ได้ค่าขนาดอิทธิพล 193 ค่า ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล 1.23 และค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยด้านการควบคุมเมตาบอลิคมีขนาดปานกลาง (0.60) ส่วนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง (1.65) ความรู้ของผู้ป่วย (1.52) และความเชื่อและเจตคติต่อโรคเบาหวาน (1.61) มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูง สรุปได้ว่าการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย

นวลสกุล แก้วลาย (2545) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2522-2544 จำนวน 36 เรื่อง จากทั้งหมด 38 เรื่อง พบวิธีการพยาบาล 3 กลุ่มคือ 1) วิธีที่ใช้กระบวนการคิดและการกระทำ (ร้อยละ 58.98) ได้แก่ การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติตน เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย 2) วิธีการที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง (ร้อยละ 20.51) ได้แก่ การนวด การจัดท่าผู้ป่วย การสัมผัส และการใช้เครื่องเทนส์ 3) การใช้หลายวิธีร่วมกัน (ร้อยละ 20.51) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -5.05 วิธีการพยาบาลให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่ออารมณ์ขัน การใช้เครื่องเทนส์ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้การเล่นเกมส์ การนวด การให้ข้อมูลการปฏิบัติตน การจัดท่าผู้ป่วย การผ่อนคลาย และการใช้หลายวิธีร่วมกัน ความแตกต่างของขนาดอิทธิพลขึ้นกับกรอบแนวคิดการวิจัย ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม คุณลักษณะงานวิจัยเชิงระเบียบวิธีวิจัยโดยรวมร่วมกันทำนายความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลได้ ร้อยละ 48

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ (2545) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2522-2544 จำนวน 36 เรื่องจากทั้งหมด 37 เรื่อง วิธีการพยาบาลมี 4 กลุ่มคือ การสอนและการให้ข้อมูล (ร้อยละ 41.03) การใช้เทคนิคทางการบำบัดพยาบาล ประกอบด้วย การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกผ่อนคลาย และการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด (ร้อยละ 23.03) การใช้กระบวนการกลุ่ม (ร้อยละ 2.56) และการใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน (ร้อยละ 33.33) ได้ขนาดอิทธิพล

เฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -2.59 วิธีการพยาบาลให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้หลายวิธีร่วมกัน การสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การสอนหรือการให้ข้อมูล การใช้ดนตรีบำบัด การฝึกผ่อนคลาย และการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด เครื่องมือที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบบสังเกตพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการวัดผลการศึกษามากที่สุด ตัวแปรคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมดสามารถทำนายค่าขนาดอิทธิพล ร้อยละ 59

อาภรณ์ คำก้อน (2545) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2522-2543 จำนวน 52 เรื่องจากทั้งหมด 68 เรื่อง ได้ค่าขนาดอิทธิพล 319 ค่าโดยมีค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 0.77 การสอนรายกลุ่มและการสอนรายบุคคลมีค่าอิทธิพลเฉลี่ยระดับสูง (0.89 และ 0.77 ตามลำดับ) วิธีการสอนโดยการอภิปรายและการสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด (0.89) การใช้สื่อในการสอนหลายชนิดให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (0.79) การสอนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดให้ผลดีที่สุด ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.64 ผลลัพธ์การสอนพบว่า ขนาดอิทธิพลของการสอนต่อความรู้ การปฏิบัติตัวและภาวะจิตใจ อยู่ในระดับสูง (2.73 0.98 และ 0.85 ตามลำดับ) ส่วนผลลัพธ์การสอนต่อภาวะสุขภาพร่างกายมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (0.53) การวิเคราะห์การถอยพหุคูณพบว่า ไม่มีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของการสอน

อัจฉรา นุตตะโร (4546) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี 2523-2544 จำนวน 51 เรื่อง วิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, Mcgaw, and Smitch (1987) ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 139 ค่า การบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ประสิทธิผลด้านจิตใจสูงกว่าด้านสรีระ และไม่พบตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยใดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบำบัดการผ่อนคลาย โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการหายใจมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านสรีระมากที่สุด การฝึกสมาธิมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจมากที่สุด การผ่อนคลายร่วมกับการหายใจมีประสิทธิผลต่อผลต่อความดันโลหิตและอัตราชีพจรมากที่สุด การใช้ดนตรีมีประสิทธิผลต่ออัตราการหายใจมากที่สุดและการฝึกสมาธิและการสร้างจินตภาพมีประสิทธิผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด

สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2526-2547 จำนวน 37 เรื่อง วิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw, & Smith (1981) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 82 ค่า ปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ ปฏิบัติการพยาบาลด้านการรู้และความคิด (ร้อยละ 45.90) โดยส่วนใหญ่เป็นการสอน การให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ส่วน

ปฏิบัติการพยาบาลด้านการเคลื่อนไหวนำมาศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.70) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษามากที่สุดคือ ด้านจิตใจ (ร้อยละ 38.33) โดยศึกษาภาวะเครียดและความวิตกกังวลมากที่สุด ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นำมาศึกษาน้อยที่สุดคือ ด้านอาการ (ร้อยละ 13.33) ค่าขนาดอิทธิพลของปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมมีขนาดใหญ่ (d =1.76) โดยผลลัพธ์ด้านจิตใจให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d =2.20) ด้านร่างกายให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด (d =1.21) ปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d =2.83) การรับสัมผัสให้ค่าขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด (d =0.54) และสมมติฐานการวิจัยแบบไม่มีทิศทางมีผลเชิงลบต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.4

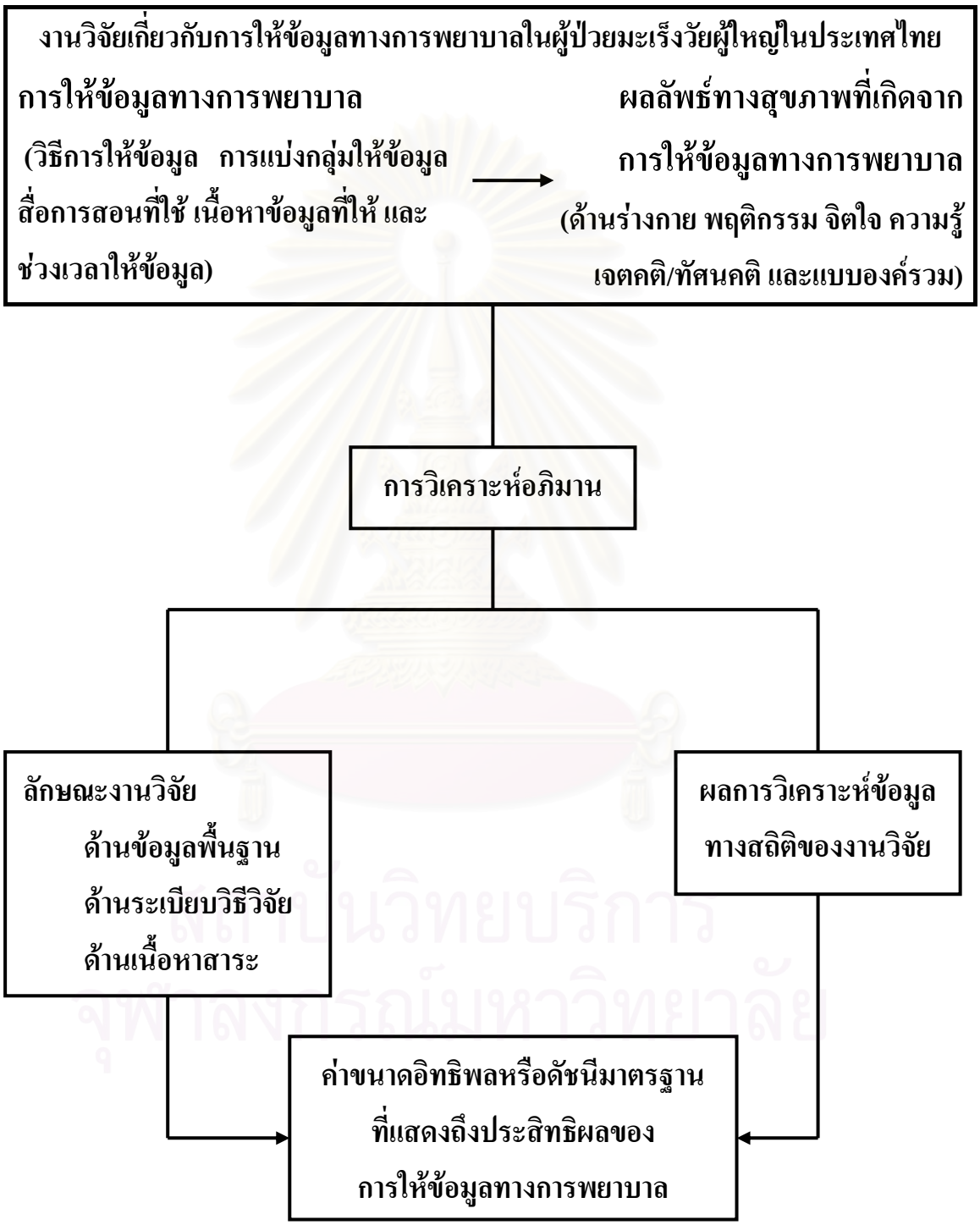
จรีรัตน์ นวมะชิติ (2547) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2527-2547 จำนวน 42 เรื่อง ได้ค่าขนาดอิทธิพล 76 ค่า ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 23.81) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ศึกษาความวิตกกังวลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.49) ให้คำปรึกษาให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมสูงที่สุด(d=3.661) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมโดยรวมต่ำที่สุด (d=0.683) การให้ข้อมูลให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงที่สุด (d=1.936) การสอนให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความซึมเศร้าสูงที่สุด (d= 2.918) การให้คำปรึกษาให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความหวังสูงที่สุด (d=11.91) การใช้กระบวนการกลุ่มให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความหวังสูงที่สุด (d=10.44) การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด (d=4.675) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจสูงที่สุด (d=1.156) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย และสามารถพยากรณ์ความแปรปรวน ร้อยละ 15.2

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยอภิมานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) และการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางดังนี้ การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีที่ใช้สถิติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการสรุปผล โดยมีงานวิจัยเป็นหน่วยสังเคราะห์ โดยการวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้เป็นการมุ่งแสวงหาข้อสรุปทั่วไปจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก มีลักษณะงานวิจัยทั้งด้านข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิต คณะ/สาขาที่ผลิต ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล ด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล การระบุกรอบแนวคิด ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา และ

สมมติฐานงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของตัวอย่าง อายุของตัวอย่าง การออกแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ และด้านเนื้อหาสาระ ได้แก่ วิธีให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล เนื้อหาข้อมูลที่ให้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่ให้ข้อมูล ระยะเวลาทดลองทั้งหมด จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง) ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งลักษณะงานวิจัยเหล่านี้มีทั้งที่เหมือนและแตกต่างกัน แต่งานวิจัยทุกเรื่องต้องมีตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลทางการพยาบาล และตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล โดยไม่มีการตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาสังเคราะห์ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของงานวิจัยแต่ละเรื่องมาปรับเป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่าขนาดอิทธิพล ซึ่งเป็นค่าที่บอกถึงอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำ หรือการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ที่มีต่อตัวแปรตาม หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล หรือที่เรียกว่าประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลได้ 6 ด้านดังนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ กลุ่มอาการไม่สุขสบาย ความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ปัญหาในการนอนหลับ องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบิน ระดับอัลบูมิน ระดับกลอบบูลิน ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง การปรับตัว การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวทางเพศ การปรับตัว/การเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ และพฤติกรรมเผชิญความเครียด ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง ภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ ความเครียด ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ความผาสุกทางใจ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ ได้แก่ ระดับความรู้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิต สถานะสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทัศนคติในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว แต่ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้อาจไม่ได้เป็นผลมาจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลมาจากตัวแปรลักษณะ

งานวิจัยอื่น ๆ ดังนั้นจึงต้องมีการวิเคราะห์หาความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลด้วยตัวแปรลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผลการวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้ สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลอย่างแท้จริง สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ด้วยแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมานโดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โดยค้นคว้าจากดัชนีของห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องเป็นผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี)

2. เป็นงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550

3. เป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการวิจัยครบถ้วนทุกขั้นตอน และมีข้อมูลทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพลซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์อภิมานตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F-test, Z test, U-test และ P-value

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย สถาบันที่ผลิต คณะ/สาขาที่ผลิต ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 15 ข้อได้แก่ การระบุกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา สมมติฐานของงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูลทางการพยาบาล สื่อการสอนที่ใช้ เนื้อหาของข้อมูลที่ให้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละครั้ง ช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่ให้ข้อมูลทางการพยาบาล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง จำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง) ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร วารสารเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ และรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิมานเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมและเหมาะสมในด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระในแบบสรุปรายงานการวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของสินีนาฏ ลิขิตเจริญรัตน์ (2543) และแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจของสินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) โดยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย

1. นำไปเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถาม และความครอบคลุม นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. นำไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยดังนี้

1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน

2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน

3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์อภิมาน จำนวน 1 ท่าน

4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน

3. ทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัย 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. จากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) ภิรดี วัชรสิน (2544) วรรณี อริยะสินสมบูรณ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และสินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8 ด้านได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย 8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม ซึ่งผลจากการประเมินคุณภาพงานวิจัย นำมาจัดเป็นลักษณะงานวิจัย (Basically data, Substantial and Methodological characteristic) บางประการที่อาจส่งผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล

การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) ภิรดี วัชรสิน (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) วรรณี อริยะสินสมบูรณ์ (2544) และสินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547)

ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ เพื่อเป็นแนวทางกำหนดหัวข้อและข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย

2. กำหนดหัวข้อการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน ซึ่งแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นนี้มีจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 0-100 คะแนน โดยแปลความหมายของการประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ดังแสดงในภาคผนวก การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประยุกต์เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) ซึ่งแบ่งโดยใช้เปอร์เซ็นต์ ดังนี้

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

ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์ดังกล่าวมาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ได้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

81-100	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
61-80	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
41-60	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
21-40	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับควรปรับปรุงเล็กน้อย
0-20	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับควรปรับปรุงอย่างมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยดังนี้

1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน

2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน

3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์อภิมาน 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

นำผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) (ทัศนีย์ นะแส, 2542: 22; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์, 2536: 96) โดยคำนวณค่าตามสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา

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

และพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ4 ตรงกันไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ดีมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ของ Polit and Hungler (1999: 419)

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ คำนวณได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 0.8 และผลการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

2.1 ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาบันทึกข้อมูลงานวิจัย จำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต (ทัศนีย์ นะแส, 2542: 33; Polit and Hungler, 1999: 417; Burns and Grove, 2001: 396) ตามสูตร

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

2.2 ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีประเมินซ้ำโดยคนเดิม (Intra-rater reliability) โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลงานวิจัย จำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยฉบับนี้ด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน และวิธีการประเมินซ้ำโดยคนเดิมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และ .88 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง (Polit and Hungler, 1999: 417; Burns, and Grove, 2001: 396)

จากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปเกี่ยวกับการลงบันทึกร่วมกันอีกครั้ง แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.2551 มีขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจรายชื่อวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่ทำแล้วเสร็จในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2550 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ มะเร็ง (Cancer) การให้ข้อมูล (Information) การให้ความรู้ การสอน (Teaching or Coaching) และการให้สุขศึกษา (Education) เป็นต้น พิจารณาจากชื่องานวิจัยและปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ใช้การสืบค้น 2 วิธี คือ

1.1 สืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยได้แก่ http://www.li.mahidol.ac.th,http://www.car.chula.ac.th, http://lib.cmu.ac.th, http://www.psu.ca.th, http://www.kku.ac.th, http://www.li.mahidol.ac.th, http://www.swu.ca.th, http://www.libau.ac.th , http://www.lib.buu.ac.th, http://www.tiac.or.th, http://www.nci.go.th, http://www.lib.ku.ac.th, http://www.rsu.ac.th/library, http://www.moph.go.th, http://www.riclib.nrct.go.th

1.2 ค้นด้วยมือหารายชื่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากบัตรคำ และจากวารสารทางการพยาบาลในห้องสมุดสถาบันต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ห้องสมุดสภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้น

จากการสำรวจพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 54 เรื่อง

2. นำงานวิจัยที่สำรวจได้มาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจและพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 48 เรื่อง

3. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์โดยละเอียดอย่างน้อย 2 รอบ และบันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบแรกอ่านเพื่อให้ทราบสาระของงานวิจัยโดยละเอียดและทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบที่สองอ่านเพื่อบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย กรณีที่ไม่มั่นใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล และบันทึกเพิ่มเติมหากไม่ครบถ้วน ชัดเจน

5. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์ทั้งหมดมาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และจำแนกตามรูปแบบการให้ข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อหาข้อสรุปจากผลการวิจัย

6. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ขนาดอิทธิพลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์จากคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยใช้สถิติโดยแยกตามลักษณะของตัวแปรดังนี้

1.1 ตัวแปรจำแนกประเภท (categories variable) ได้แก่ ประเภทงานวิจัย วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ ระยะเวลาให้ข้อมูล เนื้อหาข้อมูลที่ให้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูล ลักษณะของตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กรอบแนวคิดการวิจัย แบบแผนการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

1.2 ตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ได้แก่ จำนวนผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

2. วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมและรายด้านที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและทัศนคติ และผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้สูตรการคำนวณและแปลผลค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้ Percentile ตามแนววิธีของ Glass, McGaw, and Smith (1981) ดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่า .5227 เป็นค่าขนาดเล็ก มากกว่า 1.6021 เป็นค่าขนาดใหญ่

3. หาค่าความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล โดยการตรวจสอบว่า ขนาดอิทธิพลที่ศึกษามีความแตกต่างกันหรือไม่ จากวิธีการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) เพื่อยอมรับความคลาดเคลื่อนของค่าขนาดอิทธิพล ในกรณีที่ไม่มีความแปรปรวน ให้สรุปผลการวิเคราะห์ ในกรณีที่พบความแตกต่างกันของค่าขนาดอิทธิพล (Heterogeneity) ผู้วิจัยจะอธิบายอิทธิพลของลักษณะงานวิจัยที่มีต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยตัวแปรจำแนกประเภทจะปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนการวิเคราะห์ ซึ่งลักษณะงานวิจัยที่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลจะได้มาหลังจากการคำนวณค่า Bivariate correration ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจได้แก่ ลักษณะงานวิจัย (ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระ) ด้านใดด้านหนึ่ง หรือทุกด้านประกอบกัน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยทุกโครงการต้องผ่านการเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน (Exemption) ยกเว้นโครงการดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research Ethics Committee, REC), 2548) 1) โครงการที่ไม่ใช่การวิจัย เช่น เป็นกิจกรรมการเรียนการสอน การประกันคุณภาพการศึกษา การประกันคุณภาพโรงพยาบาล การประเมินผลการให้บริการของหน่วยงาน เป็นต้น 2) โครงการวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลมาเป็นผู้ถูกทดลองหรือเก็บข้อมูลของบุคคล เช่น โครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการบริการการศึกษา ได้แก่ การวิจัยยุทธศาสตร์ทางการศึกษา หรือ การวิจัยประสิทธิผล หรือเปรียบเทียบเทคนิคการสอน หลักสูตร หรือการจัดการชั้นเรียน หรือเป็นการวิจัยเพื่อประเมินโครงการบริหารจัดการของหน่วยงาน 3) โครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบทดสอบทางการศึกษา การสำรวจ การสัมภาษณ์ หรือการสังเกตพฤติกรรมในที่สาธารณะ ทั้งนี้ ต้องไม่ (ก) บันทึกข้อมูลในลักษณะที่สาวถึงตัวบุคคลได้ (ข) การเปิดเผยผลการตอบของบุคคลจะนำไปสู่ความเสี่ยงของบุคคลในการรับโทษหรือเป็นผลเสียต่อสถานะภาพทางการเงิน ตำแหน่ง อาชีพ 4) การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลหรือศึกษาข้อมูล เอกสาร ระเบียน ตัวอย่างทางพยาธิวิทยา หรือ ตัวอย่างส่งตรวจ ที่มีอยู่ก่อนแล้ว ถ้าแหล่งข้อมูลจัดสรรให้บุคคลทั่วไปเข้าใช้ได้ (publicly available) และผู้วิจัยมีสิทธิและอำนาจตามระเบียบราชการในการเข้าถึงข้อมูล และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในลักษณะที่ไม่สามารถสาวถึงตัวบุคคลได้ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่สำรวจ และเก็บข้อมูลหรือศึกษาข้อมูล เอกสารที่มีอยู่ก่อนแล้ว แต่ตามจรรยาบรรณของนักวิจัยในการปกป้องผู้เกี่ยวข้องจากความเสียหายที่อาจจะได้รับ ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลในลักษณะที่ไม่สามารถสาวถึงตัวบุคคลได้ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและทัศนคติ และผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งศึกษาลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Glass, McGaw และ Smith (1981) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยเสนอผลการวิเคราะห์เรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1 ด้านระเบียบวิธีวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 2 ถึง ตารางที่ 5 และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 6 ถึง ตารางที่ 11

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 12 ถึง ตารางที่ 21

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระ กับค่าขนาดอิทธิพล ดังแสดงในตารางที่ 22 ถึง ตารางที่ 25

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ได้แก่

1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยนำเสนอตารางการแจกแจงความถี่ของตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานในตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประเภทของงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย สาขาที่ผลิตงานวิจัย และปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของงานวิจัย		
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	44	91.70
รายงานวิจัย	4	8.30
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย		
มหาวิทยาลัยมหิดล	30	62.50
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	7	14.60
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	5	10.40
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	5	10.40
มหาวิทยาลัยบูรพา	1	2.10
คณะ/สาขาที่ผลิตงานวิจัย		
พยาบาลศาสตร์	38	79.20
สาธารณสุขศาสตร์	5	10.40
แพทยศาสตร์	3	6.30
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	1	2.10
ศึกษาศาสตร์	1	2.10
ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล		
2526 – 2530	4	8.30
2531 – 2535	12	25.00
2536 – 2540	12	25.00
2541 – 2545	13	27.10
2546 – 2550	7	14.60

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 44 เรื่อง (ร้อยละ 91.70) ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด จำนวน 30

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง (ร้อยละ 62.50) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในคณะ/สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 38 เรื่อง (ร้อยละ 79.20) และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2545 มากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 27.10) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ.2538 มากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 10.42)

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอตารางการแจกแจงความถี่ของตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยในตารางที่ 2 ถึงตารางที่ 5 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการวิจัย สมมติฐานงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
กรอบแนวคิดการวิจัย		
ระบุกรอบแนวคิด	46	95.80
ไม่ระบุกรอบแนวคิด	2	4.20
สมมติฐานงานวิจัย		
สมมติฐานแบบมีทิศทาง	42	87.50
สมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง	5	10.40
มีระบุ/ไม่มีสมมติฐาน	1	2.10
แหล่งที่มาของตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษา		
กรุงเทพมหานคร	33	68.75
แผนกผู้ป่วยนอก	20	41.67
แผนกผู้ป่วยใน	11	22.92
ในชุมชน	2	4.16
ต่างจังหวัด	15	31.25
แผนกผู้ป่วยนอก	10	20.83
แผนกผู้ป่วยใน	5	10.42
จำนวนสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล		
เก็บรวบรวมข้อมูลแห่งเดียว	45	93.80
เก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง	3	6.30

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการวิจัย สมมติฐานการวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล		
1 – 4 สัปดาห์	10	20.83
5 – 8 สัปดาห์	20	41.67
9 – 12 สัปดาห์	11	22.92
มากกว่า 12 สัปดาห์	4	8.33
ไม่ระบุ	3	6.25
Min = 2 Max = 21 Range = 19 Mean = 7.49 SD = 4.127	Mode = 7	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ มีการระบุกรอบแนวคิดการวิจัย จำนวน 46 เรื่อง (ร้อยละ 95.80) ตั้งสมมติฐานการวิจัยทางเดียวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 42 เรื่อง (ร้อยละ 87.50) เก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานครมากที่สุด จำนวน 33 เรื่อง (ร้อยละ68.75) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ41.47) ส่วนในต่างจังหวัด มีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 15 เรื่อง (ร้อยละ31.25) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยในมากที่สุด จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ20.83) ส่วนใหญ่ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 5–8 เดือน จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 41.70)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตัวอย่างที่ศึกษา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
Purposive sampling	43	89.60
Random sampling	3	6.30
Convenience sampling	2	4.20
แบบแผนการวิจัย		
การวิจัยกึ่งทดลอง	44	91.70
เชิงทดลอง	2	4.20
เชิงปฏิบัติการ	2	4.20

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตัวอย่างที่ศึกษา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
2 กลุ่ม	43	89.58
1 กลุ่ม	5	10.42
การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง		
มีการสุ่ม	13	27.08
สุ่มอย่างง่าย	13	27.08
จับสลาก	12	25.00
โยนเหรียญ	1	2.08
ไม่มีการสุ่ม	26	54.17
กำหนดให้กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม	26	54.17
ไม่ระบุการสุ่ม	4	8.33
ไม่มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (มีกลุ่มตัวอย่าง 1กลุ่ม)	5	10.42
ขนาดตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษา		
1 – 20	10	20.80
21 – 40	25	52.10
41 – 60	2	4.20
61 – 80	8	16.70
81 – 100	1	2.10
มากกว่า 100	2	4.20
Min = 16 Max = 142 Range = 126 Mean = 44.40 SD = 27.229 Mode = 40		
ตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษา		
ตัวอย่างทั้งหมด	2,131	100.00
ตัวอย่างหญิง	1,667	78.23
ตัวอย่างชาย	464	21.77

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตัวอย่างที่ศึกษา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของตัวอย่าง		
ไม่ได้ศึกษา	4	8.3
ระดับประถมศึกษา	38	79.20
ระดับมัธยมศึกษา	3	6.30
ระดับปริญญาตรี	3	6.30
อายุเฉลี่ยของตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษา		
41 – 45 ปี	12	25.00
46 – 50 ปี	15	31.30
46 – 50 ปี	17	35.40
46 – 50 ปี	4	8.30
Min = 42.1 Max = 59.725 Range = 17.625 Mean = 49.974 SD = 4.486		
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย		
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	34	59.65
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	16	28.07
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	7	12.28
ประเภทสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย		
ใช้สถิติในการทดสอบมากกว่า 1 ชนิด	29	36.60
ใช้สถิติในการทดสอบ 1 ชนิด	19	60.40
ชนิดสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย*		
Independent t – test	27	41.54
Dependent t – test	20	30.77
ANOVA	5	7.69
The Wilcoxon Match Pair Signed Rank Test	5	7.69
The Mann – Whitney U Test	5	7.69
X^2 – test	2	3.08
Fisher Test	1	1.54

* งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติในการทดสอบสมมติฐานมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 43 เรื่อง (ร้อยละ 89.60) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 44 เรื่อง (ร้อยละ 91.70) แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 43 เรื่อง (ร้อยละ 89.58) โดยมีวิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยไม่มีการสุ่ม จำนวน 27 เรื่อง (ร้อยละ56.25) และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 27.08) ขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 21-40 คน จำนวน 25 เรื่อง (ร้อยละ 52.10) และเมื่อพิจารณาตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด 2,131 ราย เป็นตัวอย่างหญิง 1,667 ราย และตัวอย่างชาย 464 ราย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 38 เรื่อง (79.20) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 - 55 จำนวน 17 เรื่อง (35.40) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 46 - 50 จำนวน 15 เรื่อง (31.30) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 49.974 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.486 งานวิจัยส่วนใหญ่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 จำนวน 34 เรื่อง (ร้อยละ 59.65) ใช้สถิติในการทดสอบสมมติฐานมากกว่า 1 ชนิด จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ 60.40) โดยใช้สถิติ Independent t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลมากที่สุดจำนวน 27 เรื่อง (ร้อยละ 41.54)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างเครื่องมือดำเนินการทดลองหรือตัวแปรจัดกระทำ		
พัฒนาขึ้นใหม่	39	81.30
ปรับจากที่มีอยู่แล้ว	9	18.80
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการทดลอง		
การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา		
มีการตรวจสอบ	31	64.60
ไม่มีการตรวจสอบ	13	27.10
ไม่ระบุ	4	8.30
การTry out		
มีการTry out	24	50.00
มีการTry out	19	39.60
ไม่ระบุ	5	10.40

* งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติในการทดสอบสมมติฐานมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล*		
แบบสอบถาม	82	85.42
มีอยู่แล้ว	34	35.42
พัฒนาขึ้นใหม่	31	32.29
ปรับจากที่มีอยู่แล้ว	17	17.71
แบบทดสอบความรู้	8	8.33
พัฒนาขึ้นใหม่	7	7.29
มีอยู่แล้ว	1	1.04
เครื่องมือวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์		
มีอยู่แล้ว	3	3.13
แบบสังเกต	2	2.08
พัฒนาขึ้นใหม่	1	1.04
มีอยู่แล้ว	1	1.04
แบบสัมภาษณ์		
พัฒนาขึ้นใหม่	1	1.04
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล*		
การตรวจสอบความเที่ยง		
มีการตรวจสอบ	80	83.33
ไม่มีการตรวจสอบ	16	16.67
ค่าความเที่ยง		
ต่ำกว่า .6	1	1.25
.6 - .7	10	12.50
.7 - .8	26	32.50
.8 - .9	29	36.25
สูงกว่า .9	14	17.50

* 1 งานวิจัยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 ชนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล		
การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา		
มีการตรวจสอบ	67	69.79
ไม่มีการตรวจสอบ	29	30.21
การระบุค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)		
ไม่ระบุ	66	98.51
ระบุ	1	1.49

* 1 งานวิจัยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาในส่วนของเครื่องมือดำเนินการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นตัวแปรจัดกระทำที่พัฒนาขึ้นใหม่ จำนวน 39 เรื่อง (ร้อยละ 81.30) มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 31 เรื่อง (ร้อยละ 64.60) และมีการ Try out ก่อนนำไปใช้ จำนวน 24 เรื่อง (ร้อยละ 50.00) และในส่วนของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ จำนวน 40 เครื่องมือ (ร้อยละ 41.67) ใช้ที่มีอยู่แล้ว จำนวน 39 เครื่องมือ (ร้อยละ 40.63) เป็นแบบสอบถามจำนวน 82 เครื่องมือ(ร้อยละ 82.42) ตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้จำนวน 80 เครื่องมือ (ร้อยละ 83.33) ค่าความเที่ยง .8 - .9 เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 29 เครื่องมือ (ร้อยละ 36.25) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 67 เครื่องมือ (ร้อยละ 69.79) แต่ระบุค่า CVI เพียง 1 เครื่องมือ (ร้อยละ 1.04)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพงานวิจัย (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ดีมาก	7	14.58	84.14	2.854
ดี	33	68.75	69.33	5.248
ปานกลาง	8	16.67	56.13	2.588
รวม	**48**	**100.00**		

จากตารางที่ 5 พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 33 เรื่อง (ร้อยละ68.75) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับดีมาก พอ ๆ กัน จำนวน 8 และ 7 เรื่อง (ร้อยละ 16.67 และ 14.58 ตามลำดับ)

1.3 ด้านเนื้อหาสาระ ผู้วิจัยนำเสนอตารางแจกแจงความถี่ของตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระในตารางที่ 6 ถึงตารางที่ 11 มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูล วิธีการให้ข้อมูล การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ และเนื้อหาข้อมูลที่ให้ (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล		
ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	23	41.81
ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999)	5	9.09
แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)	4	7.27
ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977)	4	7.27
ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983)	2	3.64
Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud	2	3.64
แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980)	2	3.64
แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978)	1	1.81
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และการเลียนแบบตัวอย่าง (Social cognitive Learning and modeling theory) ของ Bandura (1986)	1	1.81
The PRO–SELF Pain control Program ของ Dodd et al. (2003)	1	1.81
แนวคิดการให้ความรู้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของ Hudak et al., 1990	1	1.81
แนวคิดการให้ข้อมูล ของ Butcher	1	1.81
แนวคิดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Aguilera and Messick (1982)	1	1.81
ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (1874-1949)	1	1.81
ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner (1904-1990)	1	1.81
รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (1980)	1	1.81
แนวคิดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ Watson (1990)	1	1.81
ข้อกำหนดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา	1	1.81
ไม่ระบุกรอบแนวคิดที่ใช้	2	3.64
รวม	**55**	**100.00**

* งานวิจัย 1 เรื่องใช้กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล วิธีการให้ข้อมูล การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ และเนื้อหาข้อมูลที่ให้ (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล		
การบรรยาย	29	60.40
การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	9	18.80
การอภิปรายกลุ่มหรือการใช้กระบวนการกลุ่ม	7	14.60
การใช้กระบวนกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	3	6.30
การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูลทางการพยาบาล		
รายบุคคล	29	60.40
รายกลุ่ม	15	31.30
รายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม	4	8.30
ประเภทสื่อการสอนที่ใช้ให้ข้อมูลทางการพยาบาล		
ใช้สื่อการสอนชนิดเดียว	30	62.50
ใช้สื่อการสอนหลายชนิด	15	31.25
ไม่ใช้สื่อการสอน	3	6.25
ชนิดสื่อการสอนที่ใช้ให้ข้อมูลทางการพยาบาล*		
หนังสือคู่มือ	31	45.59
แผ่นภาพ	10	14.72
สไลด์ประกอบเสียง	7	10.29
เทปบันทึกเสียง	7	10.29
เอกสารแผ่นพับ	5	7.35
เทปโทรทัศน์	5	7.35
หุ่นจำลอง/ตัวแบบ	3	4.41
เนื้อหาของข้อมูลที่ให้		
ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ	48	100.00
ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ	48	100.00
ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก	17	35.42
ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป	5	10.42
ข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด	3	6.25

* 1 งานวิจัยใช้สื่อการสอน และมีเนื้อหาของข้อมูลที่ให้มากกว่า 1 ชนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 6 พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995) มากที่สุด จำนวน 23 เรื่อง (ร้อยละ 41.81)ให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยวิธีการบรรยายรายบุคคล จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ 60.40) ใช้สื่อการสอนชนิดเดียว จำนวน 30 เรื่อง (ร้อยละ 62.50) โดยใช้หนังสือคู่มือมากที่สุด จำนวน 31 เรื่อง (ร้อยละ 45.59) งานวิจัยทั้งหมดให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ 35.42) ให้ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 10.42) ส่วนข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด มีงานวิจัยที่ให้ข้อมูลชนิดนี้เพียง 3 เรื่องเท่านั้น (ร้อยละ 6.25)

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ เกี่ยวกับประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม		
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	12	12.90
การปรับตัว	3	3.23
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	2	2.15
ความสามารถในการดูแลตนเอง	2	2.15
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1	1.08
ความพร่องในการดูแลตนเอง	1	1.08
การปรับตัวด้านร่างกาย	1	1.08
การปรับตัวทางเพศ	1	1.08
รวม	**23**	**24.73**
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย		
ความเหนื่อยล้า	5	5.38
ความเจ็บปวด	2	2.15
ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย	2	2.15
ปัญหาในการนอนหลับ	2	2.15
ดัชนีมวลกาย	2	2.15
อาการไม่สุขสบาย	1	1.08
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	1	1.08
องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่	1	1.08
เยื่อบุช่องปากอักเสบ	1	1.08
น้ำหนักตัว	1	1.08
ระดับฮีโมโกลบิน	1	1.08

* 1 งานวิจัยศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับประเภทผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (ต่อ)		
ระดับอัลบูมิน	1	1.08
ระดับกลอบบูลิน	1	1.08
รวม	**21**	**22.58**
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ		
ความวิตกกังวล	7	7.53
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	4	4.30
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	2	2.15
ความหวัง	2	2.15
ภาวะซึมเศร้า	1	1.08
ภาวะอารมณ์	1	1.08
รวม	**17**	**18.28**
ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม		
คุณภาพชีวิต	9	9.68
สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ	2	2.15
ความผาสุกในชีวิต	1	1.08
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	1	1.08
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	1	1.08
ความพึงพอใจ	1	1.08
รวม	**15**	**16.13**
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้		
ระดับความรู้	10	10.75
รวม	**10**	**10.64**
ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ		
เจตคติต่อโรคและการรักษา	2	2.15
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	2	2.15
ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว	2	2.15
ทัศนคติในการดูแลตนเอง	1	1.08
รวม	**7**	**7.53**

* 1 งานวิจัยศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ชนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยที่นำมาวิจัยศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จำนวน 23 เรื่อง (ร้อยละ24.73) โดยศึกษาการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ12.90) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย จำนวน 21 เรื่อง (ร้อยละ 22.58) โดยศึกษาความเหนื่อยล้ามากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 5.38) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ 18.28) โดยศึกษาความวิตกกังวลมากที่สุด จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 7.53) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม จำนวน 15 เรื่อง (ร้อยละ16.13) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตมากที่สุด จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ9.68) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ โดยวัดระดับความรู้ จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ10.75) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ7.53) โดยศึกษาเจตคติต่อโรคและการรักษา ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว จำนวน 2 เรื่องเท่ากัน (ร้อยละ2.15)

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ตัวอย่างได้รับ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งของโรคมะเร็ง*		
เต้านม	20	37.74
ปากมดลูก	12	22.64
ศีรษะและคอ	11	20.75
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	3	5.66
รังไข่	2	3.77
เม็ดโลหิตขาว	2	3.77
ปอด	1	1.89
ตับ	1	1.89
ต่อมน้ำเหลือง	1	1.89
ระยะของโรคมะเร็ง*		
ระยะที่ 1	21	19.44
ระยะที่ 2	32	29.63
ระยะที่ 3	29	26.85
ระยะที่ 4	13	12.04
ไม่ระบุระยะ	13	12.04

* 1 งานวิจัยศึกษาในโรคมะเร็งหลายตำแหน่ง หลายระยะ และได้รับการรักษามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 8 (ต่อ) จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ตัวอย่างได้รับ ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย (งานวิจัย 48 เรื่อง)

ลักษณะงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ตัวอย่างได้รับ*		
ผ่าตัด	10	20.83
เคมีบำบัด	17	35.42
รังสีรักษา	19	39.59
เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	1	2.08
รักษาหายขาดแล้ว	1	2.08
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล		
ผู้วิจัย 1 คน	32	66.67
ผู้วิจัย 1 คนและผู้ช่วยวิจัย 1 คน	7	14.58
ผู้วิจัย 1 คนและผู้ช่วยวิจัย 2 คน	5	10.42
ผู้วิจัย 6 คน	3	6.25
ผู้วิจัย 7 คน	1	2.08
ผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย		
สอดคล้องทั้งหมด	29	60.42
สอดคล้องบางส่วน	11	22.92
ไม่สอดคล้องทั้งหมด	8	16.67

* 1 งานวิจัยศึกษาในโรคมะเร็งหลายตำแหน่ง หลายระยะ และได้รับการรักษามากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ37.74) รองลงมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ22.64) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 จำนวน 32 เรื่อง (ร้อยละ29.63) ตัวอย่างในงานวิจัยได้รับรังสีรักษา จำนวน 19 เรื่อง (ร้อยละ39.59) รองลงมา คือ เคมีบำบัด จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ35.42) มีผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว จำนวน 32 เรื่อง (ร้อยละ66.67) และมีผลการวิจัยที่สอดคล้องทั้งหมดกับสมมติฐานงานวิจัยที่ตั้งไว้ จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ60.42)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (งานวิจัย 48 เรื่อง)

วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน*	ร้อยละ
การบรรยาย	**แบบองค์รวม**		
	คุณภาพชีวิต	8	8.60
	การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	2	2.15
	ความผาสุกในชีวิต	2	2.15
	สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ	2	2.15
	การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	1	1.08
	รวม	**15**	**16.12**
	ด้านจิตใจ		
	ความวิตกกังวล	5	5.38
	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	4	4.30
	ความหวัง	2	2.15
	ภาวะซึมเศร้า	1	1.08
	ภาวะอารมณ์	1	1.08
	รวม	**13**	**13.98**
	ด้านพฤติกรรม		
	การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	6	6.45
	พฤติกรรมเผชิญความเครียดความ	2	2.15
	พร่องในการดูแลตนเอง	1	1.08
	การปรับตัว	1	1.08
	การปรับตัวทางเพศ	1	1.08
	รวม	**11**	**11.83**
	ด้านร่างกาย		
	ความเหนื่อยล้า	3	3.19
	อาการไม่สุขสบาย	1	1.06
	ความเจ็บปวด	1	1.06
	ความทุกข์ด้านร่างกาย	1	1.06

*งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ชนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (งานวิจัย 48 เรื่อง)

วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน*	ร้อยละ
การบรรยาย (ต่อ)	**ด้านร่างกาย** (ต่อ)		
	ปัญหาในการนอนหลับ	1	1.06
	น้ำหนักตัว	1	1.06
	รวม	**8**	**8.60**
	ด้านความรู้		
	ความรู้	7	7.53
	รวม	**7**	**7.53**
	ด้านเจตคติและทัศนคติ		
	เจตคติต่อโรคและการรักษา	2	2.15
	รวม	**2**	**2.15**
การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	**ด้านพฤติกรรม**		
	การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2	2.15
	การปรับตัว	1	1.08
	ความสามารถในการดูแลตนเอง	1	1.08
	พฤติกรรมเผชิญความเครียด	1	1.08
	รวม	**5**	**5.38**
	ด้านจิตใจ		
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	2	2.15
	ความวิตกกังวล	1	1.08
	รวม	**3**	**3.19**
	ด้านความรู้		
	ระดับความรู้	1	1.08
	รวม	**1**	**1.08**
	แบบองค์รวม		
	คุณภาพชีวิต	1	1.08
	รวม	**1**	**1.08**

* งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ชนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (งานวิจัย 48 เรื่อง)

วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน*	ร้อยละ
การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	**ด้านร่างกาย**		
	ความเหนื่อยล้า	2	2.15
	ความเจ็บปวด	1	1.08
	ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย	1	1.08
	ปัญหาในการนอนหลับ	1	1.08
	อาการคลื่นไส้ อาเจียน	1	1.08
	เยื่อบุช่องปากอักเสบ	1	1.08
	ดัชนีมวลกาย	1	1.08
	ระดับฮีโมโกลบิน	1	1.08
	ระดับอัลบูมิน	1	1.08
	ระดับกลอบบูลิน	1	1.08
	องศาการเลื่อนไหวของข้อไหล่	1	1.08
	รวม	**12**	**12.90**
	ด้านพฤติกรรม		
	การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมดูแลตนเอง	3	3.22
	ความสามารถในการดูแลตนเอง	1	1.08
	การปรับตัวด้านร่างกาย	1	1.08
	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1	1.08
	รวม	**6**	**6.45**
	ด้านเจตคติและทัศนคติ		
	ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	1	1.08
	ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว	1	1.08
	รวม	**1**	**1.08**
	ด้านจิตใจ		
	ความวิตกกังวล	1	1.08
	ด้านความรู้		
	ระดับความรู้	1	1.06
	แบบองค์รวม		
	ความพึงพอใจ	1	1.06

* งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (งานวิจัย 48 เรื่อง)

วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ประเภทของผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การอภิปรายกลุ่มหรือการให้	**ด้านเจตคติและทัศนคติ**		
ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	ทัศนคติในการดูแลตนเอง	1	1.08
ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	1	1.08
	ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว	1	1.08
	รวม	**3**	**3.22**
	ด้านพฤติกรรม		
	การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2	2.15
	รวม	**2**	**2.15**
	ด้านความรู้		
	ระดับความรู้	1	1.08
	รวม	**1**	**1.08**

* งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า การบรรยาย จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด จำนวน 15 เรื่อง (ร้อยละ16.12) โดยจัดกระทำต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด จำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ8.60) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ6.45) และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จัดกระทำต่อความวิตกกังวลมากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ5.38) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มากที่สุด จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ10.75) โดยจัดกระทำต่อการปรับตัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากัน คือ จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ2.15) การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายมากที่สุด จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ 12.90) แต่เมื่อพิจารณารายย่อย พบว่า จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมมากที่สุด จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ3.22) และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติมากที่สุด จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ3.22) แต่เมื่อพิจารณารายย่อย พบว่า จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมมากที่สุด จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ2.15)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลา ความถี่ และระยะเวลาทดลองทั้งหมด จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล	การบรรยาย		การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม		การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ		การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลา										
30 นาที/ครั้ง	9	18.75	-	-	3	6.25	-	-	12	25.00
45 นาที/ครั้ง	5	10.42	1	2.08	1	2.08	-	-	7	14.60
60 นาที/ครั้ง	4	8.33	4	4.33	3	6.25	1	2.08	12	25.00
90 นาที/ครั้ง	-	-	1	2.08	1	2.08	1	2.08	3	6.30
≥120 นาที/ครั้ง	2	4.17	-	-	-	-	-	-	2	4.20
ไม่ระบุ	9	18.75	1	2.08	1	2.08	1	2.08	12	25.00
จำนวนครั้ง										
1 ครั้ง	8	16.67	1	2.08	-	-	-	-	9	18.75
2 ครั้ง	3	6.25	-	-	1	2.08	-	-	4	8.33
3 ครั้ง	10	20.83	1	2.08	3	6.25	1	2.08	15	31.25
4 ครั้ง	5	10.42	3	6.25	2	4.17	1	2.08	11	22.92
5 ครั้ง	-	-	1	2.08	-	-	-	-	1	2.08
6 ครั้ง	1	2.08	-	-	2	4.17	-	-	3	6.25
7 ครั้ง	2	4.17	1	2.08	1	2.08	-	-	4	8.33
8 ครั้ง	-	-	-	-	-	-	1	2.08	1	2.08
ความถี่										
ทุกวัน	7	14.58	-	-	2	4.17	1	2.08	10	20.83
3 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	1	2.08	-	-	-	-	1	2.08
1ครั้ง/1-3สัปดาห์	4	8.33	3	6.25	6	12.50	1	2.08	14	29.17
1 ครั้ง/สัปดาห์	1	2.08	1	2.08	1	2.08	-	-	3	6.25
1 ครั้ง/2 สัปดาห์	9	18.75	-	-	-	-	1	2.08	10	20.83
1 ครั้ง /3 สัปดาห์	-	-	1	2.08	-	-	-	-	1	2.08
1 ครั้ง /4 สัปดาห์	1	2.08	-	-	-	-	-	-	1	2.08

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับระยะเวลา ความถี่ และระยะเวลาทดลองทั้งหมด จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (งานวิจัย 48 เรื่อง)

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล	การบรรยาย		การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม		การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ		การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาทดลองทั้งหมด										
≤ 4 สัปดาห์	17	35.42	1	2.08	5	10.42	1	2.08	24	50.00
5 - 8 สัปดาห์	7	-	5	10.42	4	8.33	2	4.17	18	37.50
9 - 12 สัปดาห์	3	6.25	1	2.08	-	-	-	-	4	8.33
≥ 12 สัปดาห์	2	2.08	-	-	-	-	-	-	2	4.17

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการให้ข้อมูล 30 และ 60 นาทีต่อครั้ง จำนวนเท่ากัน คือ 12 เรื่อง (ร้อยละ25) ให้ข้อมูล 3 ครั้ง จำนวน 15 เรื่อง (ร้อยละ31.25) ให้ข้อมูล 1 ครั้งต่อ 1-3 สัปดาห์ จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ29.17) และใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมดไม่เกิน 4 สัปดาห์ จำนวน 24 เรื่อง (ร้อยละ50) โดยเมื่อพิจารณาการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี ได้ผลโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่ใช้วิธีการบรรยายส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง นาน 30 นาที จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ18.75) โดยให้ข้อมูล 3 ครั้ง จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ20.83) ความถี่ในการให้ข้อมูล 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์ จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ18.75) และใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมดไม่เกิน 4 สัปดาห์ จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ35.42)

งานวิจัยที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ4.33) ให้ข้อมูล 4 ครั้ง จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25) ความถี่ในการให้ข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25) และใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมด 5-8 สัปดาห์ จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ14.58)

งานวิจัยที่ใช้วิธีการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง นาน 30 นาที และ 60 นาที จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ4.33) เท่ากัน ให้ข้อมูล 3 ครั้ง

จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25) ความถี่ในการให้ข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 12.50) และใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมดไม่เกิน 4 สัปดาห์ จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ10.42)

งานวิจัยที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง นาน 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ4.33) ให้ข้อมูล 4 ครั้ง จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25) ความถี่ในการให้ข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25) และใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมด 5-8 สัปดาห์ จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ14.58)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะห่างในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง (งานวิจัย 48 เรื่อง)

การเก็บรวบรวมข้อมูล	การบรรยาย		การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม		การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ		การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้ง										
1 ครั้ง	15	31.25	4	8.33	5	10.42	3	6.25	27	56.25
2 ครั้ง	9	18.75	2	4.17	2	4.17	-	-	13	27.09
3 ครั้ง	5	10.42	-	-	2	4.17	-	-	7	14.58
4 ครั้ง	-	-	1	2.08	-	-	-	-	1	2.08
ระยะห่าง										
1 วัน	2	4.17	-	-	-	-	-	-	2	8.33
2 สัปดาห์	7	14.58	2	4.17	3	6.25	3	6.25	12	25.00
3 สัปดาห์	-	-	1	2.08	1	2.08	1	2.08	2	8.33
4 สัปดาห์	3	6.25	-	-	-	-	-	-	3	6.25
12 สัปดาห์	2	4.17	-	-	-	-	-	-	2	8.33
เก็บข้อมูล 1 ครั้ง	15	31.25	4	8.33	5	10.42	3	6.25	27	56.25

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง จำนวน 27 เรื่อง (ร้อยละ56.25) ในกรณีเก็บข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลห่างกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ25) โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี ได้ผลดังนี้

งานวิจัยที่ใช้การบรรยายรายบุคคลส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง จำนวน 15 เรื่อง (ร้อยละ31.25) มีระยะห่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ14.58)

งานวิจัยที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้ข้อมูลทางการพยาบาล 1 ครั้ง จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ8.33) ระยะห่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการให้ข้อมูลทางการพยาบาล 2 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ4.17)

งานวิจัยที่ใช้วิธีการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้ข้อมูลทางการพยาบาล 1 ครั้ง จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ10.42) ระยะห่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการให้ข้อมูลทางการพยาบาล 2 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ4.17)

และงานวิจัยที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการให้ข้อมูลทางการพยาบาล 1 ครั้ง จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25) ระยะห่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการให้ข้อมูลทางการพยาบาล 2 สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ6.25)

สรุปลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 48 เรื่อง ได้ดังนี้

1. ด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 91.70) ในสาขา/คณะพยาบาลศาสตร์มากที่สุด (ร้อยละ79.20) ส่วนใหญ่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล (ร้อยละ 62.50) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2541 -2545 มากที่สุด (ร้อยละ 27.10)

2. ด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เก็บข้อมูล 5-8 เดือน (ร้อยละ 41.70) ระบุกรอบแนวคิดการวิจัยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.80) ตั้งสมมติฐานการวิจัยแบบมีทิศทางมากที่สุด (ร้อยละ 87.50) ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลจากแห่งเดียว (ร้อยละ 93.80) เก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานครมากที่สุด (ร้อยละ68.75) ส่วนใหญ่เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 89.60) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 91.70) แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ89.58) ไม่มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.23) โดยกำหนดให้กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุมมากที่สุด (ร้อยละ54.17) มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21-40 คนมากที่สุด (ร้อยละ52.10) ตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ79.20) อายุเฉลี่ย 51-55 ปี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ35.40) ส่วนใหญ่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 (ร้อยละ 59.65) ส่วนใหญ่ใช้สถิติแบบ Independent t-test ในการทดสอบสมมติฐาน (ร้อยละ 32.53) ตัวแปรจัดกระทำส่วนใหญ่มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (ร้อยละ 64.60) และมีการ Try out ก่อนนำไปใช้ (ร้อยละ 50) ส่วนเครื่องมือวัดตัว

แปรส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม (ร้อยละ 85.42) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (ร้อยละ 69.79) และงานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68.75)

3. ด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ การบรรยายรายบุคคลถูกนำมาในการศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 60.42) ใช้สื่อการสอนชนิดเดียว (ร้อยละ 62.50) โดยใช้หนังสือคู่มือมากที่สุด (ร้อยละ 45.59) งานวิจัยทั้งหมดให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (ร้อยละ 35.42) ให้ข้อมูลทั่วไป ร้อยละ 10.42 และให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำวิธีการเผชิญความเครียดเพียงร้อยละ6.25 ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมมากที่สุด ร้อยละ24.73 เมื่อพิจารณาวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในรายย่อย พบว่า การบรรยายจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด (ร้อยละ16.12) โดยจัดกระทำต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (ร้อยละ8.60) ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด (ร้อยละ6.45) และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จัดกระทำต่อความวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ5.38) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม มากที่สุด (ร้อยละ10.75) โดยจัดกระทำต่อการปรับตัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากัน (ร้อยละ2.15) การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ12.90) แต่เมื่อพิจารณารายย่อย พบว่า จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมมากที่สุด (ร้อยละ3.22) และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติมากที่สุด (ร้อยละ3.22) แต่เมื่อพิจารณารายย่อย พบว่า จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมมากที่สุด (ร้อยละ2.15) ส่วนด้านระยะเวลาให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ให้ข้อมูล 30 และ 60 นาทีต่อครั้ง (ร้อยละ25) ให้ข้อมูล 3 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 31.25) ให้ข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ29.17) ครึ่งหนึ่งของงานวิจัยใช้เวลาทดลองน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ร้อยละ37.74) อยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ29.63) ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่างได้รับรังสีรักษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.59) มีผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) และผลการวิจัยส่วนใหญ่สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัยที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 60.42)

ส่วนที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

การวิจัยอภิมานงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำนวน 48 เรื่องโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อภิมาน ได้ค่าขนาดอิทธิพลทั้งหมด 138 ค่า มีค่าตั้งแต่ 0.0250 ถึง 9.0130 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 1.4911 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.6172 ส่วนใหญ่เป็นค่าขนาดปานกลางและมีเครื่องหมายเป็นบวก (ร้อยละ 61.59) ผู้วิจัยนำเสนอตารางแจกแจงความถี่ของค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12 ถึง ตารางที่ 21

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่มและการใช้สื่อการสอน กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

ลักษณะงานวิจัย	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล							
การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	34	383	.1681	9.0130	1.8614	1.8484	ใหญ่
การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	8	180	.5372	3.2066	.9144	1.8131	ใหญ่
การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	15	278	.0671	5.4839	1.6466	1.5498	ปานกลาง
การบรรยาย	81	1,290	.0250	5.8710	1.5488	1.2984	ปานกลาง
รวม	**138**	**2,131**	**.0250**	**9.0130**	**1.6172**	**1.4911**	**ใหญ่**
การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล							
รายกลุ่ม	35	785	.0259	9.0130	2.1023	1.5647	ปานกลาง
รายบุคคล	90	1,026	.0250	5.8710	1.4618	1.4958	ปานกลาง
รายบุคคลรวมกับรายกลุ่ม	13	320	.1085	3.2066	1.1879	1.2599	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่ม และการใช้สื่อการสอน กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

ลักษณะงานวิจัย	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
สื่อการสอนที่ใช้							
ใช้สื่อการสอนชนิดเดียว	84	1,312	.0259	5.8710	1.6008	1.6026	ใหญ่
ใช้สื่อการสอนหลายชนิด	49	729	.0250	9.0130	1.7039	1.3903	ปานกลาง
ไม่ใช้สื่อการสอน	4	90	.1959	1.1692	.4586	.5209	เล็ก
ชนิดของสื่อการสอน							
หุ่นจำลอง/ตัวแบบ	13	321	.3237	9.0130	2.6235	2.8523	ใหญ่
สไลด์ประกอบเสียง	18	669	.0581	9.0130	2.5135	1.8806	ใหญ่
แผ่นภาพ	32	530	.1955	9.0130	1.8840	1.7834	ใหญ่
หนังสือคู่มือ	106	1,359	.0250	9.0130	1.7613	1.6793	ใหญ่
เทปบันทึกเสียง	11	246	.0751	2.6840	.9262	1.1854	ปานกลาง
เอกสารแผ่นพับ	18	87	.0250	1.1211	.2912	.4190	เล็ก
เทปโทรทัศน์	15	77	.0250	2.1144	.4958	.3910	เล็ก
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล							
แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980)	4	100	1.5914	5.4839	2.0380	3.3864	ใหญ่
แนวคิดการให้ความรู้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ของ Hudak et al., 1990	2	20	1.6049	4.6750	2.1709	3.1400	ใหญ่
ข้อกำหนดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา	2	20	1.6049	4.6750	2.1709	3.1400	ใหญ่
ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (1874-1949)	2	16	2.5688	2.6840	.0814	2.6264	ใหญ่

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่ม การใช้สื่อการสอน กรอบแนวคิดที่ใช้ และเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

ลักษณะงานวิจัย	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (ต่อ)	2	16	2.5688	2.6840	.0814	2.6264	ใหญ่
ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner (1904-1990)							
แนวคิดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Aguilera and Messick (1982)	2	38	2.2076	2.7808	.4053	2.4942	ใหญ่
ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977)	17	335	.1955	0.0130	2.4948	2.4895	ใหญ่
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและการเลียนแบบตัวอย่าง (Social cognitive Learning and modeling theory) ของ Bandura (1986)	1	20				1.5914	ปานกลาง
ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999)	5	166	.5214	2.7808	8.2290	1.5046	ปานกลาง
แนวคิดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ Watson (1990)	2	28	1.2197	1.5964	.2664	1.4080	ปานกลาง
แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)	10	160	.5140	2.4175	.6425	1.3675	ปานกลาง
The PRO–SELF Pain control Program / Dodd et al. (2003)	4	40	.5683	1.7823	.5990	1.2554	ปานกลาง
ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995)	71	1099	.0250	5.8710	1.4419	1.1523	ปานกลาง
ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal & Johnson(1983)	5	70	.5735	2.1421	.5949	1.1263	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่ม การใช้สื่อการสอน กรอบแนวคิดที่ใช้ และเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

ลักษณะงานวิจัย	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล (ต่อ)							
แนวคิดการให้ข้อมูล ของ Butcher	4	40	1.6381	5.8657	1.9258	1.0178	ปานกลาง
แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram(1978)	7	100	.1959	1.1692	.3521	.8179	ปานกลาง
ไม่ระบุกรอบแนวคิด	7	46	.2814	1.7621	.5936	.7977	ปานกลาง
รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (1980)	5	55	.1955	1.9540	.6917	.7491	ปานกลาง
Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud	3	80	.5253	.67560	.2599	.2252	เล็ก
เนื้อหาของข้อมูลที่ให้							
ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก	35	679	.0671	5.8657	1.3383	1.5647	ปานกลาง
ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ	138	2,131	.0250	9.0130	1.6172	1.4911	ใหญ่
ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ	138	2,131	.0250	9.0130	1.6172	1.4911	ใหญ่
ข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด	7	96	.0259	2.6840	1.1403	1.3128	ปานกลาง
ข้อมูลทั่วไป	7	181	.1010	2.4771	.9794	1.0951	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.8484 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย รองลงมาคือ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย

เท่ากับ 1.8131 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 8 ราย การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.5498 เป็นค่าขนาดปานกลาง จากกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ส่วนการบรรยาย ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.2984 เป็นค่าขนาดปานกลาง จากกลุ่มตัวอย่าง 81 ราย การให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่ม รายบุคคล และรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เท่ากับ 1.5647, 1.4958 และ 1.2599 ตามลำดับ เป็นค่าขนาดปานกลาง ด้านการใช้สื่อการสอน พบว่า การใช้สื่อการสอนชนิดเดียว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.6026 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 1,312 ราย และการใช้สื่อการสอนหลายชนิด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.5907 เป็นค่าขนาดปานกลาง จากกลุ่มตัวอย่าง 729 ราย ส่วนการให้ข้อมูลโดยไม่ใช้สื่อการสอน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .5209 เป็นค่าขนาดเล็ก จากกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ชนิดของสื่อการสอนที่ใช้ พบว่า หุ่นจำลอง/ตัวแบบ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.8523 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 13 ราย ส่วนเทปโทรทัศน์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .3910 เป็นค่าขนาดเล็ก จากกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย และเมื่อพิจารณาด้านกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูล พบว่า แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 3.3864 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ส่วน Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .2252 เป็นค่าขนาดเล็ก จากกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ส่วนด้านเนื้อหาข้อมูลที่ให้ พบว่า ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เท่ากับ 1.5647, 1.4911, 1.4911 และ 1.3128 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าขนาดปานกลาง ส่วนข้อมูลทั่วไป ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.0951 แต่เป็นค่าขนาดปานกลางเช่นเดียวกัน จากกลุ่มตัวอย่าง 181 ราย

ตารางที่ 13 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายรายบุคคล (ค่าขนาดอิทธิพล 81 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
แบบองค์รวม							
ความผาสุกในชีวิต	1	20				1.1556	ปานกลาง
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	1	30				.9216	ปานกลาง
สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ	4	46	.2861	1.2365	.4671	.6993	ปานกลาง
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	1	30				.5214	เล็ก
คุณภาพชีวิต	15	520	.0581	1.6381	.4660	.4716	เล็ก
รวม	**22**	**616**	**.0581**	**1.6381**	**.4564**	**.5668**	**ปานกลาง**

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายรายบุคคล (ค่าขนาดอิทธิพล 81 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านจิตใจ							
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	6	304	.2163	4.6750	1.6371	1.3826	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	6	170	.0259	3.3846	1.2894	1.0202	ปานกลาง
ภาวะอารมณ์	3	54	.5097	.3622	.0796	.4185	เล็ก
ภาวะซึมเศร้า	2	30	.1754	.6522	.3371	.4138	เล็ก
ความหวัง	3	80	.0751	.5253	.2599	.2251	เล็ก
รวม	**20**	**638**	**.0259**	**4.6750**	**1.1688**	**.8588**	**ปานกลาง**
ด้านร่างกาย							
ปัญหาในการนอนหลับ	1	40				5.3030	ใหญ่
น้ำหนักตัว	1	30				5.0383	ใหญ่
ความเหนื่อยล้า	4	110	.7607	5.8657	2.3879	2.4714	ใหญ่
ความเจ็บปวด	1	40				.9989	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย	1	40				.9953	ปานกลาง
อาการไม่สุขสบาย	3	54	.2926	.6195	.1660	.4393	เล็ก
ดัชนีมวลกาย	1	30				.1967	เล็ก
รวม	**12**	**344**	**.1967**	**5.8657**	**2.1481**	**1.9780**	**ใหญ่**
ด้านพฤติกรรม							
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	6	156	1.6855	4.9160	1.4809	2.9037	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	1	16				2.6840	ใหญ่
การปรับตัว	1	30				2.1421	ใหญ่
ความพร่องในการดูแลตนเอง	3	54	.7397	.5413	.0993	.6376	ปานกลาง
การปรับตัวทางเพศ	1	30				.6304	ปานกลาง
รวม	**11**	**286**	**.5413**	**4.9160**	**1.4698**	**2.0659**	**ใหญ่**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายรายบุคคล (ค่าขนาดอิทธิพล 81 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านความรู้							
ระดับความรู้	9	242	.2814	5.8710	1.9333	2.8550	ใหญ่
รวม	**9**	**242**	**.2814**	**5.8710**	**1.9333**	**2.8550**	**ใหญ่**
ด้านเจตคติและทัศนคติ							
เจตคติต่อโรคและการรักษา	6	37	.0250	.3494	.1217	.2174	เล็ก
รวม	**6**	**37**	**.0250**	**.3494**	**.1217**	**.2174**	**เล็ก**

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นได้ว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายรายบุคคล จัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาในการนอนหลับ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 5.3030 จากกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ จัดกระทำต่อดัชนีมวลกาย ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .1967 จากกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.9037 จากกลุ่มตัวอย่าง 156 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ จัดกระทำต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .5214 จากกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นค่าขนาดปานกลาง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จัดกระทำต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.3826 จากกลุ่มตัวอย่าง 304 ราย เป็นค่าขนาดปานกลาง จัดกระทำต่อความหวัง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .2251 เป็นค่าขนาดเล็ก จากกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ จัดกระทำต่อระดับความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.8550 จากกลุ่มตัวอย่าง 242 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความเจตคติและทัศนคติ จัดกระทำต่อเจตคติต่อโรคและการรักษา ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .2174 จากกลุ่มตัวอย่าง 37 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก

ตารางที่ 14 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (ค่าขนาดอิทธิพล 15 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	**Sample size**	**Min**	**Max**	**S.D.**	**Mean**	**ขนาด**
ด้านพฤติกรรม							
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1	80				4.7848	ใหญ่
การปรับตัว	4	78	.5415	2.7808	1.0336	1.6395	ใหญ่
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	2	40	.1959	1.1692	.6883	.6826	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลตนเอง	1	40				.0671	เล็ก
รวม	**8**	**238**	**.0671**	**4.7848**	**1.5974**	**.6325**	**ปานกลาง**
ด้านจิตใจ							
ความวิตกกังวล	1	80				5.4839	ใหญ่
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	4	60	.3147	1.1211	.3461	.7764	ปานกลาง
รวม	**5**	**140**	**.3147**	**5.4839**	**2.1265**	**1.7179**	**ใหญ่**
ด้านความรู้							
ระดับความรู้	1	80				1.6855	ใหญ่
รวม	**1**	**80**				**1.6855**	**ใหญ่**
ด้านความรู้							
ระดับความรู้	1	80				1.6855	ใหญ่
รวม	**1**	**80**				**1.6855**	**ใหญ่**
แบบองค์รวม							
คุณภาพชีวิต	1	20				.1970	เล็ก
รวม	**1**	**20**				**.1970**	**เล็ก**

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.7848 จากกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ จัดกระทำต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ค่า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .0671 จากกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จัดกระทำต่อความวิตกกังวล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 5.4839 จากกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ จัดกระทำต่อระดับความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.6855 จากกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม จัดกระทำต่อคุณภาพชีวิต ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .1970 จากตัวอย่าง 20 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก

ตารางที่ 15 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ (ค่าขนาดอิทธิพล 34 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	**Sample size**	**Min**	**Max**	**SD**	**Mean**	**ขนาด**
ด้านร่างกาย							
ปัญหาในการนอนหลับ	1	40				3.8387	ใหญ่
ดัชนีมวลกาย	1	55				1.9540	ใหญ่
องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่	7	20	.9690	2.5896	.5515	1.8717	ใหญ่
เยื่อบุช่องปากอักเสบ	3	40	.8373	2.0287	.5997	1.4732	ปานกลาง
ความเจ็บปวด	2	40	.9394	1.7317	.5603	1.3355	ปานกลาง
ความเหนื่อยล้า	3	80	.5140	1.9231	.7062	1.2463	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย	2	40	.5683	1.7823	.8584	1.1753	ปานกลาง
ระดับอัลบูมิน	1	55				.5094	เล็ก
ระดับกลอบบูลิน	1	55				.4615	เล็ก
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	3	20	.1681	.4998	.1858	.3822	เล็ก
ระดับฮีโมโกลบิน	1	55				.1955	เล็ก
รวม	**25**	**500**	**.1681**	**3.8387**	**.8871**	**1.3755**	**ปานกลาง**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ (ค่าขนาดอิทธิพล 34 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ด้านพฤติกรรม							
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1	100				2.9942	ใหญ่
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	1	28				1.5964	ปานกลาง
การปรับตัวด้านร่างกาย	1	28				1.2197	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลตนเอง	1	55				.6250	ปานกลาง
รวม	**4**	**211**	**.6250**	**2.9942**	**1.0064**	**1.6088**	**ใหญ่**
ด้านจิตใจ							
ความวิตกกังวล	1	40				1.0000	ปานกลาง
รวม	**1**	**40**				**1.0000**	**ปานกลาง**
ด้านความรู้							
ความรู้	1	100				7.2632	ใหญ่
รวม	**1**	**100**				**7.2632**	**ใหญ่**
ด้านเจตคติและทัศนคติ							
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	1	100				9.0130	ใหญ่
รวม	**1**	**100**				**9.0130**	**ใหญ่**

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาในการนอนหลับ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 3.8387 จากกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ จัดกระทำต่อระดับฮีโมโกลบิน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .1955 จากกลุ่มตัวอย่าง 55 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม จัดกระทำต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.7848 จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ จัดกระทำต่อความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .0671

จากกลุ่มตัวอย่าง 55 ราย เป็นค่าขนาดปานกลาง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ มีการศึกษาเพียงชนิดเดียว คือ ความวิตกกังวล ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.0000 เป็นค่าขนาดปานกลาง จากกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ จัดกระทำต่อระดับความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 9.0130 จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ และผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม จัดกระทำต่อความพึงพอใจ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 2.1111 จากกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่

ตารางที่ 16 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ (ค่าขนาดอิทธิพล 6 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	**Sample size**	**Min**	**Max**	**SD**	**Mean**	**ขนาด**
ด้านเจตคติและทัศนคติ							
ทัศนคติในการดูแลตนเอง	1	20				1.5914	ปานกลาง
ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว	1	40				.8553	ปานกลาง
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	1	40				.5372	ปานกลาง
รวม	**3**	**100**	**.5372**	**1.5914**	**.5407**	**.9946**	**ใหญ่**
ด้านพฤติกรรม							
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2	160	1.5543	3.2066	1.1683	2.3804	ใหญ่
รวม	**2**	**160**				**2.3804**	**ใหญ่**
ด้านความรู้							
ระดับความรู้	2	160	1.5879	2.6286	.7359	2.1083	ใหญ่
รวม	**2**	**160**	**1.5879**	**2.6286**	**.7359**	**2.1083**	**ใหญ่**
แบบองค์รวม							
สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ	1	120				2.5439	ใหญ่
รวม	1	120				2.5439	ใหญ่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมเพียงชนิดเดียว คือ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.3804 จากกลุ่มตัวอย่าง 160 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม จัดกระทำต่อสถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.5439 จากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ จัดกระทำต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .5372 จากกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เป็นค่าขนาดปานกลาง

ตารางที่ 17 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของระยะเวลาให้ข้อมูล จำนวนครั้ง ความถี่ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และระยะเวลาทดลองทั้งหมด ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ระยะเวลาให้ข้อมูล							
30 นาที	34	388	.0259	5.0383	1.1289	1.2012	ปานกลาง
45 นาที	21	375	.1754	5.8710	2.0108	2.2907	ใหญ่
60 นาที	32	416	.0751	5.4691	1.4913	1.5322	ปานกลาง
90 นาที	10	180	.5372	9.0130	2.9772	2.9277	ใหญ่
มากกว่า 120 นาที	3	60	.5214	2.7613	1.1317	1.7353	ใหญ่
ไม่ระบุ	38	712	.0250	3.2066	.9383	.8766	ปานกลาง
จำนวนครั้ง							
1 ครั้ง	32	380	.0259	5.8657	1.3935	1.300	ปานกลาง
2 ครั้ง	15	107	.0250	2.1421	.5424	.4834	ปานกลาง
3 ครั้ง	39	926	.0581	9.0130	2.2499	2.0538	ใหญ่
4 ครั้ง	28	412	.0751	4.6750	.9942	1.1295	ปานกลาง
5 ครั้ง	2	38	2.2076	2.7808	.4053	2.4942	ใหญ่
6 ครั้ง	6	98	.5214	3.8387	1.1613	1.6832	ใหญ่
7 ครั้ง	15	150	.1754	5.4839	1.4845	1.9010	ใหญ่
8 ครั้ง	1	20				1.5914	ปานกลาง

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของระยะเวลาให้ข้อมูล จำนวนครั้ง ความถี่ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และระยะเวลาทดลองทั้งหมดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

การให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความถี่ในการให้ข้อมูล							
1 ครั้ง / สัปดาห์	47	602	.0250	9.0130	1.9076	1.5001	ปานกลาง
ทุกวัน	24	254	.0752	4.6750	1.0663	1.5084	ปานกลาง
1 ครั้ง / 1-3 สัปดาห์	8	128	.1396	2.0287	.6369	.9435	ปานกลาง
1 ครั้ง / 2 สัปดาห์	24	709	.0581	5.7810	1.8396	1.8977	ใหญ่
1 ครั้ง / 3 สัปดาห์	1	20				.1970	เล็ก
1 ครั้ง / 4 สัปดาห์	2	30	.1967	5.0383	3.4235	2.6175	ใหญ่
3 ครั้ง / สัปดาห์	2	38	2.2076	2.7808	.4053	2.4942	ใหญ่
ให้ข้อมูลครั้งเดียว	30	350	.0259	5.8657	1.4084	1.2306	ปานกลาง
ระยะเวลาทดลองทั้งหมด							
0 - 4 สัปดาห์	64	1,052	.0259	9.0130	1.7006	1.7131	ใหญ่
5 - 8 สัปดาห์	52	901	.0581	5.8710	1.6213	1.5839	ปานกลาง
9 - 12 สัปดาห์	17	118	.0250	1.1211	.2910	.4163	เล็ก
มากกว่า 12 สัปดาห์	5	60	.0751	6.6930	2.0807	1.3386	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า ระยะเวลาให้ข้อมูล 90 นาทีต่อครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.9277 จากกลุ่มตัวอย่าง 180 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมา คือ ระยะเวลาให้ข้อมูล 45 นาทีต่อครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.2907 จากกลุ่มตัวอย่าง 375 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ การให้ข้อมูลทางการพยาบาล 5 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.4942 จากกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมา คือ การให้ข้อมูล 3 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 2.0538 จากกลุ่มตัวอย่าง 926 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ การให้ข้อมูล 1 ครั้ง/4 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.6175 จากกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมา คือ การให้ข้อมูล 3 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 2.4942 จากกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ และระยะเวลาทดลองทั้งหมดไม่เกิน 4 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.7131 จากกลุ่มตัวอย่าง 1,052 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมา คือ การใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมด 9 - 12 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.5839 จากกลุ่มตัวอย่าง 901 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก

ตารางที่ 18 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของจำนวนครั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะห่างของการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

การเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
จำนวนครั้ง							
1 ครั้ง	66	1,271	.0671	9.0130	1.8557	2.1039	ใหญ่
2 ครั้ง	34	643	.0259	5.4691	1.4662	1.2728	ปานกลาง
3 ครั้ง	35	197	.0250	2.0287	.4853	.5956	ปานกลาง
4 ครั้ง	3	20	.7336	1.1211	.1938	.9303	ปานกลาง
ระยะห่าง							
1 วัน	12	94	.0259	2.1144	.5150	.5881	ปานกลาง
2 สัปดาห์	35	538	.0581	5.4691	1.4156	1.3229	ปานกลาง
3 สัปดาห์	6	60	.7336	2.0287	.4973	1.2017	ปานกลาง
4 สัปดาห์	14	77	.0250	.5253	.1456	.2781	เล็ก
12 สัปดาห์	5	91	.1754	.6695	.2293	.4903	เล็ก
เก็บข้อมูลครั้งเดียว	66	1,271	.0671	9.0130	1.8557	2.1039	ใหญ่
รวม	**138**	**2,131**	**.0250**	**9.0130**	**1.6172**	**1.4911**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับของการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.1039 จากกลุ่มตัวอย่าง 1,271 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมา คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.2728 จากกลุ่มตัวอย่าง 643 ราย เป็นค่าขนาดปานกลาง และระยะห่างของการเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีที่เก็บรวบรวมมากกว่า 1 ครั้ง พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลห่างกัน 2 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.3229 จากกลุ่มตัวอย่าง 538 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ รองลงมา คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลห่างกัน 3 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.2017 จากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก

ตารางที่ 19 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่ตัวอย่างได้รับต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

ลักษณะงานวิจัย	ขนาดอิทธิพล (d)						
	N	Sample size	Min	Max	S.D.	Mean	ขนาด
ตำแหน่งของโรคมะเร็ง							
เม็ดโลหิตขาว	3	50	1.1556	2.7613	.8031	1.9467	ใหญ่
ปากมดลูก	33	785	.0259	9.0130	2.2653	1.7997	ใหญ่
ตับ	3	40	.8373	2.0287	.5997	1.4732	ปานกลาง
ต่อมน้ำเหลือง	3	40	.8373	2.0287	.5997	1.4732	ปานกลาง
เต้านม	53	711	.0752	5.8657	1.3813	1.4518	ปานกลาง
ศีรษะและคอ	32	600	.0671	5.4691	1.5505	1.4422	ปานกลาง
รังไข่	8	32	.2814	2.6840	.9388	1.3940	ปานกลาง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	10	77	.0250	2.0287	.7326	.7245	ปานกลาง
ปอด	9	54	.2926	.7397	.1480	.4985	เล็ก
ระยะของโรคมะเร็ง							
ระยะที่ 1	57	986	.0581	5.8657	1.2990	1.4222	ปานกลาง
ระยะที่ 2	46	1,552	.0259	5.8657	1.3330	1.2610	ปานกลาง
ระยะที่ 3	85	1,351	.0250	5.8710	1.1862	1.0796	ปานกลาง
ระยะที่ 4	40	660	.0671	2.7808	.5838	.6783	ปานกลาง
ไม่ระบุระยะ	29	489	.1010	5.4691	1.5365	1.9873	ใหญ่
การรักษาที่ตัวอย่างได้รับ							
รังสีรักษา	71	1,310	.0250	9.0130	1.8799	1.5591	ปานกลาง
การผ่าตัด	77	801	.0250	5.8657	1.1668	1.2156	ปานกลาง
เคมีบำบัด	63	653	.0250	5.8657	1.2672	1.1972	ปานกลาง
รักษาหายขาดแล้ว	2	61	.3237	.6695	.2445	.4966	เล็ก

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง พบว่า สำหรับตำแหน่งของโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดโลหิตขาว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.9467 จากกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย เป็นค่าขนาดใหญ่ ส่วนมะเร็งปอด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .4985 จากกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย เป็นค่าขนาดเล็ก ด้านระยะของโรคมะเร็ง พบว่า โรคมะเร็งระยะที่ 1 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.4222 จากกลุ่มตัวอย่าง 986 ราย เป็นค่าขนาด

ปานกลาง ส่วนโรคมะเร็งระยะที่ 4 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .6783 จากกลุ่มตัวอย่าง 660 ราย เป็นค่าขนาดปานกลาง ส่วนด้านการรักษาที่ตัวอย่างได้รับ พบว่า ทั้งรังสีรักษา การผ่าตัด และเคมีบำบัด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง เท่ากับ 1.5591, 1.2156 และ 1.1972 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของจำนวนผู้ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งคุณภาพของงานวิจัยต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

	ขนาดอิทธิพล (d)						
คุณลักษณะงานวิจัย	**N**	**Sample size**	**Min**	**Max**	**SD**	**Mean**	**ขนาด**
ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล							
ผู้วิจัย 1 คน	96	1,302	.0250	9.0130	1.7257	1.6562	ใหญ่
ผู้วิจัย 1 คน	14	170	.0671	5.8657	1.9043	1.5512	ปานกลาง
และผู้ช่วยวิจัย 2 คน							
ผู้วิจัย 6 คน	5	171	.1010	2.4771	.9729	1.0103	ปานกลาง
ผู้วิจัย 1 คน	21	346	.0581	2.6840	.7527	.9074	ปานกลาง
และผู้ช่วยวิจัย 1 คน							
ผู้วิจัย 7 คน	2	142	.2680	.8447	.2941	.4759	เล็ก
คุณภาพงานวิจัย							
ดีมาก	21	314	.5683	5.8657	1.9165	1.4914	ปานกลาง
ดี	94	1,400	.0250	9.0130	1.6242	1.4175	ปานกลาง
ปานกลาง	23	417	.0671	5.4691	1.7052	1.4033	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาด้านจำนวนผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้วิจัย 1 คน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.6562 เป็นค่าขนาดใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่าง 1,302 ราย รองลงมา คือ ผู้วิจัย 1 คนและผู้ช่วยวิจัย 2 คน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.5512 เป็นค่าขนาดปานกลาง จากกลุ่มตัวอย่าง 170 ราย ส่วนจำนวนผู้วิจัย 7 คน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ .4759 เป็นค่าขนาดเล็ก จากกลุ่มตัวอย่าง 142 ราย ส่วนด้านคุณภาพงานวิจัย พบว่า งานวิจัยระดับคุณภาพดีมาก ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 1.4914 จากกลุ่มตัวอย่าง 314 ราย รองลงมา คือ งานวิจัยระดับคุณภาพดี ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.4175 จากกลุ่มตัวอย่าง 1,400 ราย และงานวิจัยระดับคุณภาพปานกลาง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 1.4033 จากกลุ่มตัวอย่าง 417 ราย ซึ่งเป็นที่ใกล้เคียงกัน และเป็นขนาดปานกลาง

ตารางที่ 21 ตารางแสดงการเปรียบเทียบประสิทธิผล (ค่าขนาดอิทธิพล) ของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1.413	3	.471	.223	.880
	1.227	1	1.227	.582	.450
	.553	1	.553	.262	.611
	.859	2	.430	.204	.817
ภายในกลุ่ม	92.809	44	2.109		
รวม	94.222	47			

*P < .05

จากตารางที่ 21 แสดงให้เห็นว่า คะแนนผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ ความรู้ เจตคติและทัศนคติ และแบบองค์รวม ภายหลังการให้ข้อมูลทางการพยาบาลทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยในส่วนของค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยในครั้งนี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า มีค่าตั้งแต่ 0.0250 ถึง 9.0130 ส่วนใหญ่เป็นค่าขนาดปานกลาง และมีเครื่องหมายเป็นบวก (ร้อยละ 61.59) เมื่อพิจารณาด้านวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า วิธีการให้ข้อมูลแบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าใกล้เคียงกัน และเป็นค่าขนาดใหญ่ ส่วนวิธีการให้ข้อมูลแบบเดี่ยว ๆ ได้แก่ การบรรยายและการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าใกล้เคียงกัน และเป็นค่าขนาดปานกลาง การให้ข้อมูลรายบุคคล รายกลุ่ม และรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน การใช้สื่อการสอนชนิดเดียว และหลายชนิด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลรายย่อย พบว่า การบรรยายจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาในการนอนหลับ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=5.3030) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ จัดกระทำต่อความวิตกกังวล และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ค่า

ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=5.4839 และ 4.7848 ตามลำดับ) การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ โดยจัดกระทำต่อระดับความรู้ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=9.0130) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจัดกระทำต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ จัดกระทำต่อสถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม คือ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.5439 และ 2.3804 ตามลำดับ) การให้ข้อมูล 90 นาทีต่อครั้ง การให้ข้อมูล 5 ครั้ง การให้ข้อมูล 1 ครั้ง/4 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.9277, 2.4942 และ 2.6175 ตามลำดับ) ระยะเวลาทดลองทั้งหมดไม่เกิน 4 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.7131) การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.1039) ในกรณีที่เก็บรวบรวมมากกว่า 1 ครั้ง พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลห่างกัน 2 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.3229) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง พบว่า สำหรับตำแหน่งของโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดโลหิตขาว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด (d=1.9467) และโรคมะเร็งระยะที่ 1 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.4222) ส่วนด้านการรักษาที่ตัวอย่างได้รับ พบว่า ทั้งรังสีรักษา การผ่าตัด และเคมีบำบัด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเป็นขนาดปานกลาง (d=1.5591, 1.2156 และ 1.1972 ตามลำดับ) ด้านจำนวนผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้วิจัย 1 คน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.6562) ส่วนด้านคุณภาพงานวิจัย พบว่า งานวิจัยระดับคุณภาพดีมาก ดี และปานกลาง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเป็นขนาดปานกลาง (d=1.4914, 1.4175 และ 1.4033) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล (ค่าขนาดอิทธิพล) ของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่เกิดจากวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ ความรู้ เจตคติและทัศนคติ และแบบองค์รวม ภายหลังการให้ข้อมูลทางการพยาบาลทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหูคูณระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระ

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ เพื่อเป็นการอธิบายความแปรปรวนร่วมระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับตัวแปรลักษณะงานวิจัยใด โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งใช่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression) ตัวแปรลักษณะงานวิจัยมีทั้งประเภทตัวแปรจำแนกประเภทและตัวแปรต่อเนื่อง ดังนั้นในขั้นตอนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรจำแนกประเภทจะถูกแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรลักษณะงานวิจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพล จนสามารถคัดเลือกไปวิเคราะห์หาคุณสมบัติในการทำนายค่าขนาดอิทธิพลได้ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 22 ถึงตารางที่ 25

ตารางที่ 22 ตารางแสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ค่าขนาดอิทธิพล	1.000				
2.ประเภทงานวิจัย	-.135	1.000			
3.สถาบันหรือมหาวิทยาลัยที่ผลิต	.247	.175	1.000		
4.คณะ/สาขาวิชาที่ผลิต	.176	.362*	.391**	1.000	
5.ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล	-.282	.065	-.061	.060	1.000

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

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันภายใน ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หรือ .05 ยกเว้นคณะ/สาขาที่ผลิตงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับประเภทงานวิจัย และสถาบันหรือมหาวิทยาลัยที่ผลิตงานวิจัย ในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ (r=.362 และ .391 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 23 ตารางแสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.ค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร	1.000													
2.การระบุกรอบแนวคิด	.090	1.000												
3.สมมติฐานงานวิจัย	.133	.051	1.000											
4.สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	-.095	-.134	.156	1.000										
5.จำนวนแหล่งเก็บข้อมูล	.198	-.054	.063	-.064	1.000									
6.ระยะเวลาเก็บข้อมูล(เดือน)	.196	-.079	.229	-.160	.077	1.000								
7.รูปแบบการวิจัย	.041	.000	.000	.172	.000	.073	1.000							
8.ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	-.050	-.150	.109	.071	.143	.305*	-.099	1.000						
9.จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	-.041	-.270	-.083	-.024	.088	.060	-.236	.240	1.000					
10.การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	-.142	-.013	-.173	.035	-.017	-.219	.000	-.107	.022	1.000				
11.การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง	-.095	.241	.210	.114	-.199	-.031	.250	-.044	-.787**	.149	1.000			
12.สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน	-.027	-.258	-.196	-.239	.209	.009	-.148	.119	.421**	-.212	-.344*	1.000		
13.คุณภาพเครื่องมือวิจัย	-.272	-.107	-.025	.158	-.132	.186	.000	.055	.175	-.033	.000	-.109	1.000	
14.คะแนนคุณภาพงานวิจัย	.337*	-.192	-.254	.040	.087	-.411**	-.032	-.179	.132	.199	-.141	.243	-.153	1.000

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

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 23 ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันภายในอยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หรือ .05 ยกเว้นระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับขนาดกลุ่มตัวอย่างและคะแนนคุณภาพงานวิจัยในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ (r=.305 และ-.411 ตามลำดับ) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (r=-.787 และ .421 ตามลำดับ) การแบ่งกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r=-.344) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่าตัวแปรคุณภาพงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก (r = .337) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรเดียว เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล

ตัวแปร	R	R^2	R^2Adj	B	Beta	t	p-value
คุณภาพงานวิจัย	.337	.114	.095	.075	.337	2.431	0.019
(constant)				5.364		2.475	

จากตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์การถดถอยตัวแปรเดียว พบว่า คุณภาพหรือประสิทธิภาพการพยากรณ์ R และ R^2 กล่าวคือ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณภาพงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล .337 (R) มีประสิทธิภาพหรือคุณภาพพยากรณ์ได้ 11.4 % ของความแปรปรวนทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (t = 2.431) (หมายถึง ตัวแปรคุณภาพงานวิจัยสามารถพยากรณ์ขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 11.4) และสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์มีค่า เท่ากับ .337 สมการพยากรณ์อาจเขียนในรูปต่อไปนี้ d_z = .337 (คุณภาพงานวิจัย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 ตารางแสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.ค่าขนาดอิทธิพล	1.000													
2.วิธีการให้ข้อมูล	.221	1.000												
3.การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล	.141	.116	1.000											
4.สื่อการสอนที่ใช้	.118	.096	.737	1.000										
5.เนื้อหาข้อมูลที่ให้	-.109	-.123	-.055	.194	1.000									
6.ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา	.142	.270	-.131	-.141	-.220	1.000								
7.ระยะเวลาให้ข้อมูล	.238	.022	.111	.310	.481**	.060	1.000							
8.จำนวนครั้งของการให้ข้อมูล	.092	.360*	034	-.041	.078	-.115	.078	1.000						
9.ความถี่ในการให้ข้อมูล	-.031	-.288	.051	-.023	-.039	-.185	-.252	.094	1.000					
10.ระยะเวลาทดลองทั้งหมด	-.222	-.086	.146	.018	-.147	-.194	-.179	.058	.209	1.000				
11.ตำแหน่งของโรคมะเร็ง	.099	.027	-.032	-.039	-.211	.327*	.022	-.008	-.179	-.138	1.000			
12.ระยะของโรคมะเร็ง	.110	-.091	.095	.039	.306*	-.215	.122	.153	.525**	-.063	-.339*	1.000		
13.การรักษาที่ตัวอย่างได้รับ	.010	-.088	.310*	.130	.039	-.071	-.063	-.168	-.099	.337*	.098	-.133	1.000	
14.ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	-.208	-.167	.072	-.002	.024	.158	-.148	-.113	.448**	-.079	-.101	.255	.075	1.000

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

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระ แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันภายในอยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หรือ .05 ยกเว้นวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการให้ข้อมูลในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r=.360) การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ตัวอย่างได้รับขณะเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r=.310) เนื้อหาข้อมูลที่ให้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาให้ข้อมูลและระยะของโรคมะเร็งในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ.05 ตามลำดับ (r=.481 และ.306 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของโรคมะเร็งในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r=.327) ความถี่ในการให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับระยะของโรคมะเร็งและผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (r=.525 และ.448 ตามลำดับ) ระยะเวลาทดลองทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ตัวอย่างได้รับในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r=.337) ตำแหน่งของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับระยะของโรคมะเร็งในระดับสูง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r=-.339) แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

สรุปผลการวิจัยในส่วนของความสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหูคูณระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระ พบว่า เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัยทั้ง 3 ด้าน โดยใช้สัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภายในอยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หรือ .05 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่าตัวแปรคุณภาพงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก (r = .337) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์มีค่า เท่ากับ .337 สมการพยากรณ์อาจเขียนในรูปต่อไปนี้ d_z = .337 (คุณภาพงานวิจัย) และตัวแปรคุณภาพงานวิจัยสามารถพยากรณ์ขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 11.4

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมานของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) ในการศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ และเพื่อวิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ รายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ โดยค้นคว้าจากดัชนีของห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์แต่ละเรื่องต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี)

2. เป็นงานวิจัยที่ทำแล้วเสร็จในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550

3. เป็นงานวิจัยประเภทเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ มีกลุ่มควบคุมหรือมีการวัดก่อนและหลังการวิจัย และ

4) เป็นงานวิจัยที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอน และมีข้อมูลทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, F-test, Z-test, U test, P-value

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและลักษณะของงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 34 ข้อ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย จำนวน 6 ข้อได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย สถาบันที่ผลิต คณะ/สาขาที่ผลิต ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัย จำนวน 15 ข้อได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการ

เก็บข้อมูล การระบุกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา สมมติฐานของงานวิจัย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร และ ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล การแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ เนื้อหาของข้อมูลที่ให้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาที่ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่ให้ข้อมูล ระยะเวลาทดลองทั้งหมด จำนวนครั้งของการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง) ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร วารสารเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ และรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิมานเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามที่ครอบคลุมและเหมาะสมในด้านข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ด้านระเบียบวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาสาระในแบบสรุปรายงานการวิจัย

2. สร้างแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยของสินีนาฏ ลิขิตเจริญรัตน์ (2543) และแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจของสินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) โดยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย โดยนำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถาม และความครอบคลุม นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ นำแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยฉบับดังกล่าวเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถาม ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมถึงตัวแปรด้านคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และทดลองบันทึกข้อมูลจากงานวิจัย 5 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งเกี่ยวกับการลงบันทึก แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) ภิรดี วัชรสิน (2544) วรรณี อริยะสินสมบูรณ์ (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) และสินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8 ด้านได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย 8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม ซึ่งผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย นำมาจัดเป็นลักษณะงานวิจัยบางประการที่อาจส่งผลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพล

การสร้างแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาการสร้างและรูปแบบของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและรายงานการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Brown (1990 cited in Brown, 1991: 353) ภิรดี วัชรสิน (2544) ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม (2544) วรรณี อริยะสินสมบูรณ์ (2544) และสินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการประเมินการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ เพื่อเป็นแนวทางกำหนดหัวข้อและข้อคำถามในการประเมินคุณภาพงานวิจัย

2. กำหนดหัวข้อการประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินตามหัวข้อที่กำหนด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องประเมิน

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นนี้มีจำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนนจะให้จากลักษณะการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 4 โดยแปลความหมายของการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยดังในภาคผนวก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนรวมคุณภาพงานวิจัยของ อุทุมพร ทองอุไทย (2527) ซึ่งได้แบ่งโดยใช้เปอร์เซ็นต์โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์ดังกล่าวมาเทียบสัดส่วนร้อยละกับคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพฉบับนี้ ได้ระดับคุณภาพงานวิจัย 5 ระดับ ดังนี้

81-100	คะแนน หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดีมาก
61-80	คะแนน หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับดี
41-60	คะแนน หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับปานกลาง
21-40	คะแนน หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับควรปรับปรุงเล็กน้อย
0-20	คะแนน หมายถึง	คุณภาพงานวิจัยระดับควรปรับปรุงอย่างมาก

ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 0.79 และผลการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

2. ตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาขึ้น มาตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกันโดยให้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาบันทึกข้อมูลของงานวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย จากนั้นนำผลการบันทึกที่ได้จากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการประเมินซ้ำโดยคนเดิมโดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของรายงานการวิจัยจำนวน 5 เรื่องลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย บันทึก 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยฉบับนี้ด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน และวิธีการประเมินซ้ำโดยคนเดิมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และ .88 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มีระดับความเที่ยงสูง

จากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อภิปรายหาข้อสรุปเกี่ยวกับการลงบันทึกร่วมกันอีกครั้ง แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2551 มีขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจรายชื่อวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยที่ทำแล้วเสร็จในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2550 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ มะเร็ง (Cancer) การให้ข้อมูล (Information) การให้ความรู้ การสอน (Teaching or Coaching) และการให้สุขศึกษา (Education) เป็นต้น และพิจารณาจากชื่องานวิจัยและปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ในการดำเนินการทดลอง ใช้การสืบค้น 2 วิธี คือ

1.1 สืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยได้แก่ http://www.li.mahidol.ac.th,http://www.car.chula.ac.th, http://lib.cmu.ac.th, http://www.psu.ca.th, http://www.kku.ac.th, http://www.li.mahidol.ac.th, http://www.swu.ca.th, http://www.libau.ac.th , http://www.lib.buu.ac.th, http://www.tiac.or.th, http://www.nci.go.th, http://www.lib.ku.ac.th, http://www.rsu.ac.th/library, http://www.moph.go.th, http://www.riclib.nrct.go.th,

1.2 ค้นด้วยมือหารายชื่องานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จากบัตรคำและจากวารสารทางการพยาบาลในห้องสมุดสถาบันต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์และหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ห้องสมุดสภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผลการรวบรวมข้อมูลพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ทำในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2550 จำนวนทั้งสิ้น 48 เรื่อง

2. นำงานวิจัยที่สำรวจได้มาศึกษาโดยการอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจและพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์โดยละเอียดอย่างน้อย 2 รอบ และบันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบแรกอ่านเพื่อให้ทราบสาระของงานวิจัยโดยละเอียดและทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย รอบที่สองอ่านเพื่อบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย กรณีที่ไม่มั่นใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล และบันทึกเพิ่มเติมหากไม่ครบถ้วน ชัดเจน

6. นำงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์ทั้งหมดมาจัดกลุ่มตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม และด้านอื่นๆ รวมทั้งจำแนกตามวิธีการให้ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปจากผลการวิจัย

7. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลและลักษณะงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์จากคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยใช้สถิติโดยแยกตามลักษณะของตัวแปรดังนี้ 1) ตัวแปรจำแนกประเภท ได้แก่ ประเภทงานวิจัย วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ลักษณะการแบ่งกลุ่มให้ข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้ ระยะเวลาให้ข้อมูล เนื้อหาข้อมูลที่ให้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กรอบแนวคิดการวิจัย แบบแผนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และ 2) ตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ จำนวนผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

2. วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านอื่น ๆ โดยใช้สูตรการคำนวณ และแปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Glass, McGaw, and Smith (1981) ดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่า .5227 เป็นค่าขนาดเล็ก มากกว่า 1.6021 เป็นค่าขนาดใหญ่

3. หาค่าความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล โดยการตรวจสอบว่าขนาดอิทธิพลที่ศึกษามีความแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า มีความแตกต่างกันของค่าขนาดอิทธิพล (Heterogeneity) ผู้วิจัยได้อธิบายอิทธิพลของลักษณะงานวิจัยที่มีต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ซึ่งลักษณะงานวิจัยที่มีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลได้มาหลังจากการคำนวณค่า Bivariate correration ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจได้แก่ ลักษณะงานวิจัย (ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระ) ด้านใดด้านหนึ่ง หรือทุกด้านประกอบกัน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 48 เรื่อง

ด้านข้อมูลพื้นฐาน ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ91.70) เป็นงานวิจัยในสาขา/คณะพยาบาลศาสตร์มากที่สุด (ร้อยละ79.20) โดยส่วนใหญ่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล (ร้อยละ 62.50) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2541 -2545 (ร้อยละ27.10) มากที่สุด

ด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ 5-8 เดือน (ร้อยละ 41.70) เกือบทั้งหมดมีการระบุกรอบแนวคิดในการวิจัย (ร้อยละ 95.80) มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยเป็นแบบมีทิศทางมากที่สุด(ร้อยละ 87.50) เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เพียงแห่งเดียวเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.80) โดยเก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ68.75) ส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 89.60) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.70) มีการแบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ89.58) ส่วนใหญ่ไม่มีการแบ่งกลุ่มตัวเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (ร้อยละ45.23) โดยกำหนดให้กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ54.17) มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 21-40 คนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ52.10) ตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.20) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 51-55 ปี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ35.40) งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ไม่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมติฐาน (ร้อยละ 66.70) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนใหญ่ใช้สถิติแบบ Independent t-test (ร้อยละ 32.53) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองส่วนใหญ่มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (ร้อยละ 64.60) โดยครึ่งหนึ่งของเครื่องมือ (ร้อยละ 50.00) มีการTry out ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ด้านเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม (ร้อยละ 85.42)ได้รับการ

ตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (คิดเป็นร้อยละ 69.79) และงานวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68.75)

ด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย ตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 37.74) อยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ29.63) ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่างในงานวิจัยที่ศึกษาได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.59) ด้านกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า ใช้ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995) มากที่สุด (ร้อยละ 41.81) ส่วนด้านวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า การบรรยายรายบุคคลเป็นวิธีที่นำมาศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 60.40) และใช้สื่อการสอนชนิดเดียวเป็นส่วนใหญ่ (62.50) สื่อการสอนที่ใช้ในการให้ข้อมูลมากที่สุด คือ หนังสือคู่มือ (ร้อยละ45.59) งานวิจัยทั้งหมดให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ร้อยละ 35.42 ให้ข้อมูลทั่วไป ร้อยละ 10.42 และให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียดเพียง ร้อยละ 6.25 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (ร้อยละ24.73) โดยศึกษาการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด (ร้อยละ12.90) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (ร้อยละ 22.58) โดยศึกษาความเหนื่อยล้ามากที่สุด (ร้อยละ 5.38) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (ร้อยละ 18.28) โดยศึกษาความวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ 7.53) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (ร้อยละ16.13) ศึกษาคุณภาพชีวิตมากที่สุด (ร้อยละ9.68) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ โดยวัดระดับความรู้ ร้อยละ10.75 และศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ (ร้อยละ7.53) โดยศึกษาเจตคติต่อโรคและการรักษา ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ2.15) ใช้เวลาให้ข้อมูล 30 และ 60 นาทีต่อครั้ง จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ25) ส่วนใหญ่ให้ข้อมูล 3 ครั้ง (ร้อยละ31.25) โดยให้ข้อมูล 1 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 29.17) ครึ่งหนึ่งของงานวิจัยใช้ระยะเวลาทดลองทั้งหมดน้อยกว่า 4 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ56.25) ในกรณีที่เก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ (ร้อยละ25) มีผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว มากที่สุด (ร้อยละ 66.67) และมีผลการวิจัยที่สอดคล้องทั้งหมดกับสมมติฐานงานวิจัยที่ตั้งไว้ (ร้อยละ60.42)

2. ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

การวิจัยอภิมานในครั้งนี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า มีค่าตั้งแต่ 0.0250 ถึง 9.0130 ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 1.4911 ส่วนใหญ่เป็นค่าขนาดใหญ่ และมีเครื่องหมายเป็นบวก (ร้อยละ 61.59) โดยการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธีให้ค่าขนาดอิทธิผลที่มีค่าใกล้เคียงกัน ดังนี้ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการ

กลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าขนาดใหญ่ (d=1.8484 และ 1.8131 ตามลำดับ) ส่วนการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการบรรยาย ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าขนาดปานกลาง (d=1.5498 และ 1.2984)

ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามรูปแบบ เนื้อหาของการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ได้ดังนี้

2.1 ด้านวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า การบรรยายมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาในการนอนหลับสูงที่สุด (d=5.3030) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลสูงที่สุด (d=5.4839) การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงที่สุด (d=9.0130) และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม คือ สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพสูงที่สุด (d=2.5439)

2.2 ด้านการแบ่งกลุ่มให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่าการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.4958, 1.5647 และ 1.2599 ตามลำดับ)

2.3 ด้านกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูล พบว่า แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=3.3864)

2.4 ด้านเนื้อหาข้อมูลที่ให้ พบว่า ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.5647, 1.4911, 1.4911 และ 1.3128 ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลทั่วไป ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด แต่เป็นค่าขนาดปานกลางเช่นเดียวกัน (d=1.0951)

2.6 ด้านการใช้สื่อการสอน พบว่า การใช้สื่อการสอนชนิดเดียว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยที่เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.6026) ส่วนการใช้สื่อการสอนหลายชนิด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยที่เป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.3903) โดยหุ่นจำลอง/ตัวแบบ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดและเป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.8523)

2.7 ด้านระยะเวลาให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า ระยะเวลาให้ข้อมูล 90 นาที ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.9277) การให้ข้อมูล 5 ครั้ง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d= 2.4942) ความถี่ของการให้ข้อมูล 1 ครั้ง/4 สัปดาห์ ให้

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.6175) และ การใช้เวลาทดลองทั้งหมดน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.7131)

2.8 ด้านตำแหน่งและระยะของโรคมะเร็ง พบว่า โรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.9467) และโรคมะเร็งระยะที่ 1 ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.4222) ส่วนการรักษาที่ตัวอย่างได้รับ พบว่า ทั้งรังสีรักษา การผ่าตัด และเคมีบำบัด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดใหญ่ ใกล้เคียงกัน (d=1.5591, 1.2156 และ 1.1972 ตามลำดับ)

2.9 ด้านผู้ดำเนินการวิจัย พบว่า ผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล 1 คน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุดและเป็นค่าขนาดใหญ่ (d=1.6562) ส่วนผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล 1 คนและผู้ช่วย 2 คน ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยรองลงไป เป็นค่าใกล้เคียงกัน แต่เป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.5512)

3. ตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย คือ คุณภาพงานวิจัยมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .019 สามารถพยากรณ์ค่าขนาดอิทธิพลได้ร้อยละ 11.4

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอภิมาน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์อภิมานของ Glass, Mcgaw, and Smith (1981) เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาลักษณะของงานวิจัย ด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

1.1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เกือบทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 88.09) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำวิจัยในประเทศไทยจะทำในลักษณะของการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษามากกว่าการทำวิจัยในคลินิกหรือในหน่วยงาน และหลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ยังเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อจบการศึกษา จึงส่งผลให้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้ เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตเกือบทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอภิมานที่ศึกษาในประเทศไทยหลายเรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของ จรีรัตน์ นวมะชิติ (2547) ที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์อภิมาน งานวิจัยของสินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) ที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ:

การวิเคราะห์อภิมาน งานวิจัยของ อัจฉรา นุตตะโร (2546) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน งานวิจัยของ นวลสกุล แก้วลาย(2545) ที่ศึกษาการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และงานวิจัยของ กรองได อุณหสูต และคณะ(2539) ที่ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ.2527 ถึง พ.ศ.2536 โครงการวิเคราะห์เมต้า

งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขา/คณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ79.20) และผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด (ร้อยละ 62.50) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่การวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่จะนำมาทำการวิเคราะห์อภิมานประการหนึ่งว่า ต้องเป็นการวิจัยที่ทำกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เท่านั้น ซึ่งสาขาวิชาที่มีการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ สาขาพยาบาลศาสตร์ และผู้วิจัยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ นอกจากนี้พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่เริ่มต้นได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต และมหาวิทยาลัยมหิดลเปิดสอนสาขาการพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นแห่งแรกของประเทศไทยสถาบัน รวมทั้งยังเป็นสถาบันขนาดใหญ่ มีนักศึกษาเป็นจำนวนมาก มีความพร้อมในการค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ และมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ในสังกัด ทำให้มีสถานที่และกลุ่มตัวอย่างเพียงพอสำหรับการศึกษาวิจัย

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล พบว่างานวิจัยที่ศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 - 2550 มีอัตราการทำการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีการให้ความสำคัญ และสนใจศึกษาถึงการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธีแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น ด้วยแนวคิดและเหตุผลที่ว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญ สามารถกระทำได้อย่างอิสระตลอดเวลา เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา รับรู้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย รวมถึงการดำเนินของโรค และแนวทางรักษา พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติร่วมกัน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ สามารถปรับตัวและสนองตอบต่อภาวะความเจ็บป่วย ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง มีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านอื่น ๆ และการให้ข้อมูลทางการพยาบาลยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ แต่ในช่วงปีพ.ศ. 2546 - 2550 มีการศึกษาลดลง อาจจะเนื่องจากได้มีการศึกษาวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ทุกตำแหน่ง ได้แก่ ศีรษะและคอ เต้านม ปอด ตับ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มดลูกและรังไข่ เม็ดโลหิตขาว และต่อมน้ำเหลือง

รวมทั้งมีการศึกษาในทุกระยะแล้ว ตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในทุกกลุ่มตั้งแต่แรกได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

1.2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 5-8 เดือน เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้วิจัยต้องเร่งรีบในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษา มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.75) เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและซับซ้อน มีการรักษาหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันและต้องรักษาเป็นแบบทั่วระบบ (systemic treatment) การดูแลต้องใช้บุคลากรที่ชำนาญเฉพาะทาง และต้องดูแลร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือตติยภูมิ ที่มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือทางการแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือตติยภูมิส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลใหญ่หรือขนาดตติยภูมิส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนให้เข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา และทำการวิจัย

เมื่อพิจารณาจากสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ความเป็นตัวแทนของประชากรนับได้ว่างานวิจัยครั้งนี้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้กว้างขวาง และมีลักษณะของตัวอย่างที่ดี (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539: 138) กล่าวคือ มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากเกือบทั่วทุกภาคของประเทศไทย กล่าวคือ ทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกแผนก ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน รวมทั้งในชุมชนด้วย และทุกหน่วยงานได้รับการติดตามเก็บข้อมูลและถูกเลือกโดยไม่มีความลำเอียง

งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เกือบทั้งหมดเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 91.70) ซึ่งมีวิธีการคล้ายคลึงกับงานวิจัยเชิงทดลองที่สมบูรณ์ มีการจัดกระทำแต่อาจมีการควบคุมหรือสุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539: 130) งานวิจัยส่วนใหญ่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 89.60) ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ได้อาศัยความน่าจะเป็นในการให้โอกาสทางสถิติ ผลการวิจัยที่ได้จึงมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร ส่งผลให้ความตรงภายนอกของงานวิจัยลดน้อยลง (Polit and Hungler, 1999:227; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2545: 192) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยทางการพยาบาลเป็นงานวิจัยทางคลินิก มีการจัดกระทำกับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการตามที่ต้องการจะศึกษาได้ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีกลุ่มประชากรจำนวนเท่าใด ดังนั้นการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจึงเป็นวิธีที่สะดวกกว่า ผู้วิจัยสามารถเลือกตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาได้ เพื่อให้เหมาะสมกับการตอบวัตถุประสงค์งานวิจัยของตน การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจึงเป็นวิธีที่สะดวก และนิยมใช้มากในการวิจัยทางการพยาบาล

นอกจากนี้งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้วิจัยต้องเร่งรีบเพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษา

งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยอย่างชัดเจน (95.80) และมีสมมติฐานแบบมีทิศทาง(ร้อยละ87.50) โดยการใช้ทฤษฎีหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แสดงถึงความชัดเจนของแนวคิดงานวิจัย เนื่องจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐานและทิศทางของสมมติฐาน ให้สาระหรือวิธีการในการที่จะนำไปใช้ออกแบบวิธีการจัดการหรือโปรแกรม รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ทางการพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545: 36) ทำให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอนของการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจึงต้องชัดเจน ผ่านการศึกษาค้นคว้า เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างมากพอ มีเหตุผลเชิงวิชาการที่หนักแน่นและเชื่อถือได้มาสนับสนุนการคาดเดาคำตอบของการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2544: 49-50) เพื่อเลือกทฤษฎีแนวคิดที่เหมาะสมที่สุด และตั้งสมมติฐานได้อย่างมีทิศทางว่าคำตอบการวิจัยน่าจะออกมาในลักษณะอย่างไร

สำหรับการเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว (ร้อยละ 56.25) ซึ่งอาจทำให้การวัดผลของการทดลองขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางสุขภาพบางประเภทจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง อาทิเช่น คุณภาพชีวิต แบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว เป็นต้น ดังนั้นจึงอาจทำให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ต่อไป

เมื่อพิจารณาด้านคุณภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ68.75) และอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 14.58) แสดงให้เห็นว่างานวิจัยเหล่านี้มีคุณภาพโดยรวมทางด้านความตรงภายนอกและความตรงภายใน เนื่องมาจากงานวิจัยเกือบทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 91.70) ซึ่งมักจะต้องทำครบขั้นตอนของกระบวนการวิจัย มีการควบคุมคุณภาพด้านระเบียบวิธีวิจัย ออกแบบการวิจัยโดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย (ร้อยละ 95.80) มีสมมติฐานแบบมีทิศทาง (ร้อยละ 87.5) มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ (ร้อยละ69.79) ออกแบบงานวิจัยแบบมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ มีกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 89.58) ซึ่งคุณลักษณะด้านระเบียบวิธีดังกล่าวถือได้ว่าเป็นลักษณะการออกแบบวิจัยเชิงทดลองที่มีคุณภาพ (Polit and Hungler, 1999: 227) แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม แต่จะกำหนดให้กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.17) และศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน (ร้อยละ52.10) ซึ่งถือเป็นขนาดตัวอย่างค่อนข้างต่ำที่สามารถใช้ทดสอบด้วยสถิติอ้างอิง (กานดา พูนลาภทวี, 2539)

1.3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยหญิง (ร้อยละ78.23) โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุด (ร้อยละ 37.74) รองลงมาคือ

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 22.64) และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (ร้อยละ 20.75) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) ที่พบว่า มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก เป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ29.63) รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 (ร้อยละ26.85) เนื่องมาจาก โรคมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ก้อนจะมีขนาดใหญ่ สามารถตรวจพบก้อนได้เอง และเป็นระยะที่มีการลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง จึงมีอาการแสดงของพยาธิสภาพของโรค (Kumar, Cotran, and Robbins, 1992) ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา นอกจากนี้งานวิจัยยังเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ95.83)

เมื่อพิจารณาถึงการรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับขณะเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษามากที่สุด (ร้อยละ 40.47) รองลงมาคือเคมีบำบัด (ร้อยละ35.42) อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังเป็นมะเร็งในระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งมะเร็งทั้ง 2 ชนิด มีการรักษาหลัก คือ การผ่าตัดและรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัด (Kumar, Cotran, and Robbins, 1992) ซึ่งการรักษาทั้ง 2 วิธีก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพกับผู้ป่วยมากมายทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ และด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่สนใจที่จะทำวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เมื่อพิจารณาด้านกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูล พบว่า กรอบทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) ถูกนำมาใช้มากที่สุด (ร้อยละ 41.81) อาจจะเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีกรอบแนวคิดชัดเจน โดยระบุว่า การให้ความรู้เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยวิธีหนึ่ง เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และช่วยให้รู้จักควบคุมตนเอง การตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งหลักสำคัญในการให้ความรู้ประกอบด้วย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจ และเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม รวมทั้งความพร้อมของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มการเรียนรู้ ตลอดจนต้องมีการประเมินผลโดยการซักถาม และต้องปรับวิธีการให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน และสิ่งที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียนรู้ คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ ซึ่งทำให้สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชฎาพร คงเพ็ชร์, 2529; ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, 2535; ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2533; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2533; ผ่องพรรณ กาวีวงศ์, 2533; แสงอรุณ สุขเกษม, 2533; จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2535; สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ, 2536; จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2539; พินทุสร โชตนาการ, 2539; อุบล จ๋วงพานิช และคณะ, 2542; พนิตนาฏ ชำนาญเสือ,

2544; แม้นมนา จิระจรัส, 2539; อภันตรี กองทอง, 2544; อภิรดี ชูพันธ์, 2544; สุภาวดี โสภณวัฒนกุล, 2545; ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ, 2547; รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549)

เมื่อพิจารณาด้านเนื้อหาข้อมูลที่ให้ พบว่า งานวิจัยทั้งหมดให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ อาจจะเนื่องมาจากข้อมูลทั้ง 2 ชนิดเป็นข้อมูลที่เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด และมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยมากที่สุด (สายใจ พัวพันธ์, 2529; สุรีย์พร มาลา, 2534; จุฬาลักษณ์ กวีวิวิธชัย, 2536; กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; จุฑารัตน์ สว่างชัย, 2541; Hampton, et al., 2000; Moyra, et al., 1999; Vivar, and McQueen, 2005)

เมื่อพิจารณาด้านวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า มีการศึกษาประสิทธิผลของการบรรยายรายบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ60.42) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการบรรยายรายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อเท็จจริง หรือหลักการต่าง ๆ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) และเป็นวิธีการให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ เหมาะสมตามความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างไปตามลักษณะพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา พยาบาล/ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เนื้อหาตรงกับความต้องการมากที่สุด ประเมินผลได้ทันที และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยกล้าบอกความต้องการที่แท้จริง นอกจากนี้ยังมีข้อดีอีกมากมาย ได้แก่ สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลา ลงทุนน้อย ใช้เพียงเสียงเท่านั้น ได้เนื้อหามากโดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และยังพบว่าส่วนใหญ่มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว มีการนำญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมเพียง 1 เรื่องเท่านั้น (ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน, 2534)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม (ร้อยละ 24.73) โดยศึกษาการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 12.90) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย (ร้อยละ 22.58) โดยศึกษาความเหนื่อยล้ามากที่สุด (ร้อยละ 5.38) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (ร้อยละ 18.28) มีการศึกษาความวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ 7.53) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (ร้อยละ 16.12) มีการศึกษาคุณภาพชีวิตมากที่สุด (ร้อยละ 9.68) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ โดยทดสอบความรู้มากที่สุด (ร้อยละ 10.75) ผลการสังเคราะห์ที่ได้ สามารถจะอธิบายได้ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและซับซ้อน รวมทั้งการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยจะขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (สุภาณี กาญจนจารี, 2536 อ้างใน อาภรณ์ คำก้อน, 2545) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดความเหนื่อยล้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวลมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจ (จุฑากานต์ กิ่งเนตร, 2541) ปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือมี

พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด (Black and Jacobs, 1993) และการที่ความวิตกกังวลถูกนำมาใช้ในการศึกษามากที่สุดในผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ เนื่องจาก ความวิตกกังวลเป็นผลลัพธ์ที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง (ยุพิน เพียรมงคล, 2543) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งจะเริ่มมีความวิตกกังวลตั้งแต่รอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) และตลอดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell et al., 1998) รวมทั้งการที่ระดับความรู้ถูกนำมาใช้ในการศึกษามากถึง ร้อยละ 10.75 เนื่องจาก ความรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นต้นที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทันทีเมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูล (Thorndike, 1949 อ้างใน พงษพันธ์ พงษโสภา, 2542)

เมื่อพิจารณาด้านผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว (ร้อยละ 66.67) ซึ่งการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียวอาจส่งผลต่อตัวแปรที่ต้องการศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยมีความเชื่อในผลของสิ่งทดลองที่ให้กับกลุ่มทดลอง (ยุวดี ฦาชาและคณะ, 2543) กล่าวคือผู้วิจัยทราบดีว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มใดที่ได้รับการทดลอง ผู้วิจัยมีความคิดว่าการทดลองที่ให้กับกลุ่มทดลองเป็นสิ่งที่ดี และน่าจะส่งผลดีต่อกลุ่มทดลอง เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นที่ต้องการ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นจึงอาจเกิดอคติในผลของการวิจัยขึ้นได้ และอาจทำให้ความตรงภายนอกของงานวิจัยลดลง (Polit and Hungler, 1999 : 229; Polit and Beck, 2004 : 218)

2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ 138 ค่า จากจำนวนงานวิจัย 48 เรื่องพบว่า ส่วนใหญ่มีเครื่องหมายเป็นบวก (ร้อยละ 61.59) เนื่องจากผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายย่อย ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว ระดับฮีโมโกลบิน การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ การปรับตัว การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางใจ ความพึงพอใจ ความรู้ คุณภาพชีวิต สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ เจตคติต่อโรคและการรักษา ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว เป็นต้น

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.0250 ถึง 9.0130 มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่ากับ 1.4911 ซึ่งเป็นค่าขนาดปานกลาง สอดคล้องกับการสังเคราะห์วิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้แก่ การศึกษาของ สินีนาฏ ลิขิตรัตน์เจริญ (2542) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยวิธีวิเคราะห์อภิมาน ผลการวิเคราะห์พบว่าได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยกับ 1.23 การศึกษาของ นวลสกุล แก้วสาย (2545) วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด ผลการวิเคราะห์

พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -5.05 การศึกษาของ สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ (2545) ที่วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -0.52 ถึง -2.59 การศึกษาของอาภรณ์ คำก้อน (2545) ได้วิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 การศึกษาของ อัจฉรา นุตตะโร (2546) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โดยวิเคราะห์อภิมาน ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.164 ถึง 1.872 การศึกษาของ สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา (2547) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.02 ถึง 11.90 และการศึกษาของ จรีรัตน์ นวมะชิติ (2547) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.000 ถึง 13.106 ส่วนการศึกษาในต่างประเทศสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith, and Stullenbarger (1995) ได้วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -7.39 ถึง 3.36 และการศึกษาของ Devine and Westlake (1995) วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตสังคมต่อผลลัพธ์ 7 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า สภาวะอารมณ์ คลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวดและความรู้ ได้ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง -0.54 ถึง 4.70 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Devine (2003) ได้วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตศึกษา (Psychoeducational) เพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ได้ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ -0.052 เป็นค่าขนาดเล็ก

เมื่อพิจารณาด้านกรอบแนวคิดที่ใช้ในการให้ข้อมูล ซึ่งพบว่า แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=3.3864) อาจจะเนื่องมาจาก แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลโดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างบุคคล 2 คนขึ้นไป จึงเกิดปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสาร โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) และมีข้อดีคือ 1) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาผู้ป่วยได้ดีกว่าเรียนรู้จากการฟังหรือการอ่าน 2) ผู้ป่วยเต็มใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น 3) สามารถแลกเปลี่ยนความเชื่อ เจนคติและพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้น ๆ แต่เพียงผู้เดียว และเกิดกำลังใจในการเรียนรู้ ดังนั้นจึงทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาด้านเนื้อหาข้อมูลที่ให้ พบว่า ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.5647, 1.4911, 1.4911 และ 1.3128 ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลทั่วไป ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยต่ำที่สุด แต่เป็นค่าขนาดปานกลางเช่นเดียวกัน (d=1.0951) อาจจะเนื่องมาจากข้อมูลทั้ง 5 ชนิด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการซึ่งเป็นเนื้อหาที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ การดูแลรักษา สภาวะแวดล้อมและเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ ตามความรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษามา เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ ความเข้าใจ ต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก เป็นเนื้อหาที่อธิบายความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามความปลอดภัย โดยอธิบายความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น และการได้ยิน ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนของเหตุการณ์ การกระทำ และความรู้สึกทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และสามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้ เนื่องจากบุคคลสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง และเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลจะเกิดภาพรวมของความคิด ช่วยให้พิจารณาเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ส่งผลให้ความเครียดลดลง ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ และเลือกพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพสูงสุด และข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียดเป็นเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญต่อสถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น เป็นข้อมูลที่รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ และคำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาพจิตใจได้ สามารถเลือกพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประสบการณ์ใหม่หรือประสบการณ์ที่ยากในการตัดสินใจ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจลึก การบอกตนเองให้สงบ เป็นต้น (Ziemer, 1983; Sime and Libera, 1985 อ้างใน อุบล จ๋วงพานิช, 2536) ส่วนข้อมูลทั่วไป เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ได้แก่ กฎระเบียบโรงพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นต้น ซึ่งจะเห็นว่าข้อมูลทั้ง 5 ชนิดนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแทบทั้งสิ้น และมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องได้รับเนื้อหาทั้ง 5 ชนิด ดังนั้นในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่นั้นจึงต้องมีการวางแผนเตรียมการ เพื่อให้การให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ครอบคลุม และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

เมื่อพิจารณาถึงประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธีที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวม พบว่า การให้ข้อมูลแบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึก

ปฏิบัติ ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าขนาดใหญ่ และมีค่าใกล้เคียงกัน (d=1.8484และ 1.8131) ส่วนให้ข้อมูลอย่างเดียว ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการบรรยาย ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่เป็นค่าขนาดปานกลาง (d=1.5498 และ1.2984) แสดงให้เห็นว่า การบรรยาย การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ เนื่องจากการให้ข้อมูลแต่ละวิธีมีข้อดี ดังนี้ การบรรยายรายบุคคล มีเนื้อหาเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ เหมาะสมตามความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างไปตามลักษณะพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา พยาบาลและผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เนื้อหาตรงกับความต้องการมากที่สุด ประเมินผลได้ทันที และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยกล้าบอกความต้องการที่แท้จริง การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้แนวทางในการแก้ปัญหาหลากหลาย โดยมีพยาบาลช่วยตอบข้อสงสัย และสอนในสิ่งที่ถูกต้อง (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537) รวมทั้งกระบวนการกลุ่มยังเป็นการเพิ่มจำนวนของผู้สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจที่จะพูดคุย และระบายความคับข้องใจ ได้รับรู้ว่าตัวเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว สมาชิกกลุ่มรวมทั้งพยาบาลจะเป็นแหล่งประโยชน์ เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้การปรึกษา รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจและสติปัญญาของผู้ป่วย ส่วนการฝึกปฏิบัติหลังการให้ข้อมูลและสาธิต เป็นการแสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยแสดงให้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ได้ลงมือทดลองกระทำด้วยตนเองภายใต้การดูแลจากพยาบาล สามารถเข้าใจวิธีปฏิบัติและเกิดทักษะในการปฏิบัติได้ดี เพราะเป็นประสบการณ์ตรง (Rorden, 1987; Skinner, 1904 cited in Brookfield, 1986)

ส่วนเมื่อพิจารณาถึงประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพรายย่อย ซึ่งพบว่า การบรรยายมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาในการนอนหลับสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=5.3030) อาจจะเนื่องจากการบรรยายรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอ เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้สามารถปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจได้ดี ความเครียดลดลง ส่งผลให้ลดปัญหาการนอนหลับได้ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=5.4839) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้แนวทางในการแก้ปัญหาหลากหลาย โดยมีพยาบาลช่วยตอบข้อสงสัย และสอนในสิ่งที่ถูกต้อง (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537) กระบวนการกลุ่มเป็นการเพิ่มจำนวนของผู้สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจที่จะพูดคุย และระบายความคับ

ข้องใจ ได้รับรู้ว่าตัวเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว สมาชิกกลุ่มรวมทั้งพยาบาลจะเป็นแหล่งประโยชน์ เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้การปรึกษา รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจและสติปัญญาของผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงที่สุด (d=9.0130) เป็นค่าขนาดใหญ่ เนื่องจากการบรรยายช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการรักษามากยิ่งขึ้น ส่วนการสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ ผู้ป่วยได้ลงมือทดลองกระทำด้วยตนเองภายใต้การดูแลจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สามารถเข้าใจวิธีปฏิบัติและเกิดทักษะในการปฏิบัติได้ดี เพราะเป็นประสบการณ์ตรง (Rorden, 1987; Skinner, 1904 cited in Brookfield, 1986) ทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติมีค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม คือ สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.5439) เนื่องจากการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้แนวทางในการแก้ปัญหาหลากหลาย โดยมีพยาบาลช่วยตอบข้อสงสัย และสอนในสิ่งที่ถูกต้อง (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537) นอกจากนี้การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ ผู้ป่วยได้ทดลองกระทำด้วยตนเองภายใต้การดูแลของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สามารถเข้าใจวิธีปฏิบัติและเกิดทักษะในการปฏิบัติ (Rorden, 1987; Skinner, 1904 cited in Brookfield, 1986) ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพมากขึ้น

และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล สื่อการสอนที่ใช้ และเนื้อหาข้อมูลที่ให้ พบว่า การให้ข้อมูล 90 นาทีต่อครั้ง ให้ข้อมูล 5 ครั้ง และให้ 1 ครั้งต่อ 4 สัปดาห์ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.9277, 2.4942 และ 2.6175 ตามลำดับ) เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและมีความซับซ้อน การรักษาหลากหลายเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้และการจำ ดังนั้นจึงต้องใช้เวลาในการให้ข้อมูลค่อนข้างนาน และต้องมีการเน้นย้ำเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำสิ่งต่าง ๆ ๆ ได้เป็นอย่างดีกว่าการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว (วิจิตร อาวะกุล, 2537) รวมทั้งการให้ข้อมูลทุก 4 สัปดาห์ยังเป็นการกระตุ้นเตือนความจำของผู้ป่วยอีกด้วย แต่ระยะเวลาในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลดังกล่าวอาจไม่สะดวกและไม่เหมาะสมในการปฏิบัติจริง เพราะเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน จำนวนหลายครั้งเกินไป เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลซึ่งมีจำนวนน้อย และมีเวลาจำกัด ดังนั้นจึงอาจปรับเป็นให้ข้อมูลนาน 45 นาทีต่อครั้ง ให้ข้อมูล 3 ครั้ง และให้ข้อมูล 3 ครั้ง/สัปดาห์แทน เพราะเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมกว่า ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยที่ใกล้เคียงและเป็นค่าขนาดใหญ่เช่นเดียวกัน (d=2.2907, 2.0538 และ 2.4942 ตามลำดับ) ส่วนด้านสื่อการสอน

ที่ใช้ พบว่า การใช้สื่อการสอนชนิดเดียว และการใช้สื่อการสอนหลายชนิด ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (d=1.5907 และ 1.3903 ตามลำดับ) เนื่องจากการให้ข้อมูลที่ใช้สื่อการสอนทำให้กระบวนการเรียนรู้ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนำสื่อการสอนมาใช้ ผู้ป่วยจะได้ยินและได้เห็นไปพร้อม ๆ กัน ทำให้น่าสนใจ และเกิดการเรียนรู้ได้ดี (วิจิตร ภักดีรัตน์, 2530) ส่วนชนิดของสื่อการสอน พบว่า หุ่นจำลอง/ตัวแบบ ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยสูงที่สุด เป็นค่าขนาดใหญ่ (d=2.8523) เนื่องจากหุ่นจำลอง/ตัวแบบ เป็นสื่อการสอนที่ผู้ป่วยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (ศิริพร สิงหเนตร, 2531) และด้านเนื้อหาข้อมูลที่ให้ พบว่า ข้อมูลทุกชนิด ได้แก่ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด และข้อมูลทั่วไป ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยขนาดปานกลาง (d= 1.5647, 1.4911, 1.4911, 1.3128 และ 1.0951 ตามลำดับ)

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องเผชิญ และข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ซึ่งเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุกคนต้องการทราบในขั้นต้น จึงมีความพร้อมที่จะรับข้อมูลเหล่านั้น ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และในการให้ข้อมูลทางแก่ผู้ป่วยควรคำนึงถึงเนื้อหาของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ซึ่งเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งสายใจ พัวพันธ์ (2529) ได้ศึกษาพบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรค การรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และเนื้อหาด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการให้ข้อมูลต้องให้เนื้อหาที่ถูกต้องตรงกับความจริง ชัดเจน และมีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ เหมาะสมตามระยะเวลา และความต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี และเนื้อหาแต่ละชนิดมีผลให้บุคคลควบคุมตนเองได้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981; Leventhal and Johnson, 1983) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ มีเนื้อหาที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ การดูแลรักษา สภาวะแวดล้อมและเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ ตามความรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษามา เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ ความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก มีเนื้อหาที่อธิบายความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามความปลอดภัย ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนของเหตุการณ์ การกระทำ และความรู้สึกทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และสามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้ เนื่องจากบุคคลสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง และเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลจะเกิดภาพรวมของความคิด ช่วยให้พิจารณาเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด

ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ส่งผลให้ความเครียดลดลง ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ และเลือกพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพสูงสุด และข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียด มีเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น เป็นข้อมูลที่รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ และคำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาพจิตใจได้ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจลึก ๆ (Deep breathing) การบอกตนเองให้สงบ (calming self-talk) เป็นต้น (Ziemer, 1983; Sime and Libera, 1985 อ้างใน อุบล จ๋วงพานิช, 2536) ซึ่งข้อมูลคำแนะนำวิธีในการเผชิญความเครียดถือเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญชนิดหนึ่ง เพราะจะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประสบการณ์ใหม่ หรือประสบการณ์ที่ยากในการตัดสินใจ ส่วนข้อมูลทั่วไป มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เช่น กฎระเบียบโรงพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นต้น จะเห็นว่าข้อมูลทั้ง 5 ชนิดนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแตกต่างกันแต่มีความสัมพันธ์กัน และผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องได้รับเนื้อหาทั้ง 5 ชนิด ดังนั้นในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่นั้นจึงต้องมีการวางแผนเตรียมการ เพื่อให้การให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ครอบคลุม และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

เมื่อพิจารณาจากค่าขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่มีการใช้สื่อการสอน การใช้เวลาในการให้ข้อมูลตั้งแต่ 45 นาทีต่อครั้งขึ้นไป ต่างก็เป็นรูปแบบการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่ให้ผลดี กล่าวคือ มีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ คือ มีค่ามากกว่า 1.6021 (Glass, McGaw, and Smith, 1981) ชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่นำมาศึกษาวิจัยในประเทศไทยล้วนให้ผลดีแก่ผู้ป่วย ควรนำมาเลือกใช้ให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยและสถานที่แต่ละแห่ง ข้อสรุปจากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับองค์ความรู้ทางทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Luckman & Soresen, 1999) ซึ่งพยาบาลสามารถเลือกใช้การให้ข้อมูลได้หลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดผลดีดังกล่าว

สรุปโดยรวมว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละรูปแบบที่มีการศึกษาในประเทศไทยมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างดีโดยพิจารณาจากค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีค่าขนาดใหญ่และปานกลาง แต่การนำข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้สู่ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ควรพิจารณาใน 2 ประเด็นคือ

ประเด็นที่ 1 พิจารณาในด้านรูปแบบการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ข้อค้นพบจากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การให้ข้อมูลแบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ค่า

อิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าขนาดใหญ่ และมีค่าใกล้เคียงกัน (d=1.8484 และ 1.8131) ซึ่งในการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จะต้องมีการวางแผนและเตรียมการทั้งด้านบุคลากรในการได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีทักษะในการทำกลุ่ม ด้านสถานที่สำหรับการทำกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ตลอดจนการเตรียมการด้านงบประมาณในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกฝนอบรม และจัดเตรียมอุปกรณ์สื่อการสอนต่าง ๆ ดังนั้นการนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆที่อยู่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ความมีประสิทธิภาพในแง่ของความสะดวกความยากง่ายในทางปฏิบัติ ความคุ้มค่าและคุ้มทุน ความเหมาะสมกับหน่วยงานและความสามารถของบุคลากร เป็นต้น และควรปรับใช้วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลดังนี้ ใช้การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ที่สามารถนำวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นมาประกอบใช้ในการสาธิตและฝึกปฏิบัติ

ประเด็นที่ 2 พิจารณาจากผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ข้อค้นพบจากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพรายย่อยทั้งหมด 38 ชนิด และในแต่ละชนิดจะมีรูปแบบการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพชนิดนั้น ๆ ซึ่งจะยกตัวอย่างผลลัพธ์ทางสุขภาพรายย่อย 5 ชนิดแรกที่ศึกษามากที่สุด ดังนี้ คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d=9.0130) คือ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ความรู้ มีวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d=7.2632) คือ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ความวิตกกังวล มีวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d=5.4839) คือ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ปัญหาในการนอนหลับสูงที่สุด มีวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d=5.3030) คือ การบรรยาย และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว มีวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด (d=3.9021) คือ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ดังนั้นในการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสู่การปฏิบัติโดยจัดทำแนวทางในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เพื่อให้การให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ เป็นไปในแนวทางเดียวกันและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละประเภท ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ภายใต้พื้นฐานของความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่บทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อไป

3. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับตัวแปรลักษณะงานวิจัย พบว่า ตัวแปรลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันภายในอยู่ในระดับต่ำ เมื่อ

พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะงานวิจัยกับค่าขนาดอิทธิพล พบว่าตัวแปรลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย คือ คุณภาพงานวิจัยมีความสัมพันธ์ กับค่าขนาดอิทธิพลในทางบวก (r = .337) แสดงว่างานวิจัยที่นำมาศึกษานั้นถ้ามีคุณภาพงานวิจัยสูงให้ค่าขนาดอิทธิพลสูง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจาก การประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นการประเมินงานวิจัยใน 8 ด้านได้แก่ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิธีดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และการนำเสนอรายงานการวิจัย และจะได้คุณภาพงานวิจัยโดยรวมในที่สุด (ยุวดี ฤาชา และคณะ, 2540) คุณภาพงานวิจัยได้มาจากงานวิจัยที่มีแบบแผนงานวิจัยที่ดี มีการควบคุมตัวแปรโดยใช้ Max-Min-Con Principle โดยทำให้สิ่งทดลองมีความแปรปรวนสูงสุด คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปทดลอง และนำไปใช้ การทำให้ความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลาดเคลื่อนที่เป็นระบบ และการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ด้วยการออกแบบแผนการวิจัยที่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ โดยสร้างเครื่องมือวิจัยที่มีความเหมาะสม มีความตรง มีความเที่ยง และมีอำนาจจำแนก คำถาม คำตอบ คำชี้แจงชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ตัวแปรจัดกระทำหรือสิ่งทดลองมีความแปรปรวนสูงสุด แตกต่างกันมากที่สุด ส่งผลต่อตัวอย่าง เกิดผลต่อตัวแปร ตามที่คาดไว้ และการใช้วิธีทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANOVA) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงส่วน (Partial correlation analysis) (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2545)

สรุปได้ว่าการวิจัยอภิมานในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้ข้อค้นพบจากงานวิจัย ดังนี้ การให้ข้อมูลทางการพยาบาลแบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยที่มีค่าขนาดใหญ่และมีค่าใกล้เคียงกัน (d=1.8484 และ 1.8131) ซึ่งการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จะต้องมีการวางแผนและเตรียมการทั้งด้านบุคลากรในการได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีทักษะในการทำกลุ่ม ด้านสถานที่สำหรับการทำกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ตลอดจนการเตรียมการด้านงบประมาณในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกฝนอบรม และจัดเตรียมอุปกรณ์ สื่อการสอนต่าง ๆ ดังนั้นการนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆที่อยู่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ความมีประสิทธิภาพในแง่ของความสะดวก ความยากง่ายในทางปฏิบัติ ความคุ้มค่าและคุ้มทุน ความเหมาะสมกับหน่วยงานและความสามารถของบุคลากร เป็นต้น และควรปรับใช้การให้ข้อมูลทางการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยใช้การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ที่สามารถนำตัวแบบ/หุ่นจำลอง หรือสื่อการสอนชนิดอื่น ๆ ที่เป็นวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นมาใช้เป็นสื่อประกอบในการให้ข้อมูลทางการพยาบาล สาธิตและฝึกปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. การให้ข้อมูลทางการพยาบาล ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละชนิดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น ควรนำการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มมาใช้จัดการกับความวิตกกังวล เพราะจากการศึกษาพบว่าการอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด หรือ นำการให้ข้อมูลทางการพยาบาลด้วยการบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ มาใช้จัดการกับความรู้ เพราะจากการศึกษาพบว่า การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีประสิทธิผลต่อความรู้มากที่สุด

2. ควรมีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในทุกตำแหน่งของโรคมะเร็ง และทุกระยะของโรคมะเร็ง เพราะจากผลของการสังเคราะห์ แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมีประสิทธิพลต่อผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ทุกตำแหน่งและทุกระยะ

3. ควรมีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของบุคลากร สถานที่ และผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนบุคลากร ทักษะความสามารถ ความถนัดของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล และสภาพผู้ป่วย

4. ควรมีการพัฒนาสื่อการสอน ได้แก่ หนังสือคู่มือ เอกสารแผ่นพับ ภาพพลิก เทปบันทึกเสียง และเทปโทรทัศน์ โดยเฉพาะควรมีการจัดหา อุปกรณ์ของจริง หรือหุ่นจำลอง หรือตัวแบบมาใช้ เพื่อให้การให้ข้อมูลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพราะจากการศึกษาพบว่า หุ่นจำลอง หรือตัวแบบ เป็นสื่อการสอนในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีประสิทธิภาพในการใช้มากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรมีการจัดทำคู่มือ หรือแนวทางในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งโดยนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้มาเป็นฐานความรู้

ด้านการศึกษา

1. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูล (data base) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าหรือเผยแพร่งานวิจัย

2. ควรมีการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยทุกครั้ง ทั้งการเผยแพร่ในห้องสมุด และการตีพิมพ์ในวารสารเพื่อขยายองค์ความรู้ให้แพร่หลาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาหลายด้าน และหลายรายย่อย ทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำงานศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพรายย่อยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อให้ครอบคลุมและสามารถให้การสนับสนุนได้

2. เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกเป็นส่วนใหญ่ ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นน้อย ดังนั้นจึงควรมีการขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่มีอุบัติการณ์การเกิดรองลงไป

3. เนื่องจากตำแหน่งของโรคมะเร็งและเพศ มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ มะเร็งเต้านม หรือ มะเร็งปากมดลูก เท่านั้น เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจง นำไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

4. เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละโรคแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำผลงานวิจัยด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในแง่ของความคุ้มค่า ความคุ้มทุน และความสะดวกในการใช้

5. การมีข้อจำกัดในการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ซึ่งการที่ค่าอิทธิพลโดยส่วนมากมีค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดที่ใหญ่ และมีค่าขนาดอิทธิพลที่มีค่าสูงมากจะทำให้การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ อาจมีการตัดค่าขนาดอิทธิที่มีขนาดสูงโด่งออก หรือ อาจต้องใช้สถิติทดสอบตัวอื่นแทน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541. ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา . ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค. 2543): 1-15.

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. 2527. **หลักการสอน**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองการพิมพ์.

กระจ่างวงศ์ ศิริวัฒนา. 2532. เนื้องอก. ใน กระจ่างวงศ์ ศิริวัฒนา และพรทิพย์ โรจนสุนันท์ (บรรณาธิการ), **พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล,** หน้า 119-141. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรองได อุณหสูตร. 2539. การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์เมต้า. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14 (เมษายน-มิถุนายน): 12-17.

กริช โพธิสุวรรณ, ศุภกรณ์ โรจนนินทร์ และปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ. 2548. Surgical Operation in Breast Cancer. ใน วัชระ จามจุรีรักษ์ และสุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). **หนังสือการประชุมวิชาการ 5th BGH Annual Academic Meeting**. พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 455. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส. รุ่งทิพย์ออฟเซท.

กฤษณา จันทร์อรุณ. 2549. **รูปแบบการให้สุขศึกษาในการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลมหาโพธิ์ อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

กฤษณา ศักดิ์ศรี. 2530. **จิตวิทยาการศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: บำรุงสาสน์.

กฤษดา แสวงดี, บรรณาธิการ. 2547. **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

กานดา พูนลาภทวี. 2539. **สถิติเพื่อการวิจัย.** กรุงเทพมหานคร. ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.

กิตติมา สำราญไชยธรรม. 2541. **การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรีรัตน์ นวมะชิติ. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. 2528. **ประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาในคลินิกสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลศิริราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จาง เมยเฟน. 2540. **รูปแบบการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับการรักษาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จารุวรรณ กฤตย์ประชา. 2538. **ปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรรณ ทองสุโชติ. 2535. **ผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินดา อุไรรัตน์ พรรณนิภา ธรรมวิรัช และประอรนุช ตุลยาทร. 2543. **การพยาบาลนรีเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2532. การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม. ใน ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (บรรณาธิการ). **เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15**, หน้า 379-421. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุขโขทัยธรรมาธิราช.

จินตนา ยูนิพันธุ์ และปาหนัน บุญหลง. 2528. **การพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฑากานต์ กิ่งเนตร. 2539. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฑารัตน์ สว่างชัย. 2541. **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฬาลักษณ์ กวีวิวิธชัย. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชาญชัย อินทรประวัติ. 2523. **วิธีการสอนทั่วไปและการสอนแบบจุลภาค.** พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: โครงการบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา.

ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. 2544. **การวิเคราะห์อภิมานคุณภาพแบบสอบถามหลายตัวเลือกที่มีรูปแบบของแบบสอบบริบทของแบบสอบถามและวิธีการตรวจให้คะแนนต่างกัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ. 2542. **ประสิทธิผลของการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม: รายงานการวิจัย**. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงแข อมราพิทักษ์. 2537. **เปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยายและการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพบริการทางเพศ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538. **ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ทองประทีป. 2543. กิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล** 15(3): 55-64.

ทัศนีย์ นะแส. 2542. **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: เทมการพิมพ์.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. 2533. **ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และคณะ. 2546. **ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม: รายงานการวิจัย.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ. 2547. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม: รายงานการวิจัย.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. 2539. **การเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัดในห้องตรวจศัลยกรรม 1โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่: รายงานการวิจัย.** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.

ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2547-2548. 2547. กรุงเทพฯ; อัลฟารีเสิร์ช.

เทียม ศรีคำจักร. 2540. **กิจกรรมบำบัดแนวจิตวิเคราะห์.** เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธนิญา น้อยเปียง. 2544. **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธนิต วัชรพุกก์. 2546. เต้านม. ใน ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ). **ตำราศัลยศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 273-293. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2540. สังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. ใน ทิศนา แขมมณี และสร้อยสน สกลรักษ์ (บรรณาธิการ). **แบบแผนและเครื่องมือวิจัยทางการศึกษา.** พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. 2541. **การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อภิมานและการวิเคราะห์เนื้อหา: รายงานการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542. **การวิเคราะห์อภิมาน**. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิ่งกรุ๊ฟ.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2545. การเชื่อมโยงองค์ความรู้จากงานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. **วารสารวิธีวิทยาการวิจัย** 15 (กันยายน-ธันวาคม): 295-329.

นที เกื้อกูลกิจการ. 2541. **การสอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นันทา เล็กสวัสดิ์, พิชาณี แสนมโนวงศ์, ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และเพชรา หาญศิริวัฒนกิจ. 2545. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเตานมที่ได้รับเคมีบำบัด. **วารสารสภาการพยาบาล** ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 1-15.

นาตยา เกษมสงคราม. 2549. **ผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

นิตยา โรจน์ทินกร. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นวลสกุล แก้วลาย. 2545. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2532. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเหนื่อยล้า. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 12** (มกราคม-มีนาคม): 23-26.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. 2533. **ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. 2545. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุบผา ชอบใช้. 2536. **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. 2544. **ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เบญจรัตน์ ชีวพูนผล. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.**

ประทุม สร้อยวงศ์. 2538. **แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประทุม สร้อยวงศ์. 2546. **อาการไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม: รายงานการวิจัย.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปัทมา คุปตจิต. 2537. การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ภายหลังผ่าตัดเต้านม: การพยาบาล. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี** 6 (1): 29-37.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีรพัธนา.

ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. 2543. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ผกา สัตยธรรม. 2524. **หลักและวิธีการสอนระดับอุดมศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ผ่องรัตน์ รัตนไทย. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต. 2536. **ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ้งนภา ผาณิตรัตน์. 2540. การรับรู้ภาวการณ์เจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 15 (4): 61-71.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2542. **จิตวิทยาการศึกษา (Educational Psychology).** กรุงเทพมหานคร: วิสิทธิ์พัฒนา.

พรรณี ช. เจนจิต. 2538. **จิตวิทยาการเรียนการสอน.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: คอมแพคท์พริ้นท์.

พัทรีญา แก้วแพง. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิไลรัตน์ ทองอุไร. 2541. **การพยาบาลจิตสังคมผู้ป่วยเรื้อรัง**. สงขลา: โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. 2536. **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: อัลลายด์เพรส.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขัมภลิขิต และทัศนีย์ นะแส. 2539. **วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ**. สงขลา: โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พจนี รอดจินดา. 2541. **ผลของการปรึกษาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์. 2547. การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 48 (9): 639-655.

เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพิ่มพูล ธรรมเจริญ. 2536. **ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฟองคำ ติลกสกุลชัย, พรทิพย์ อาปณกะพันธ์ และดรุณี กาญจนคุณกร. 2543. การสำรวจการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย**. วารสารพยาบาลศาสตร์** ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 44-54.

ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. 2534. **ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภิรดี วัชรสิน. 2544. **การวิเคราะห์อภิมานงานวิจัยเฉพาะรายของผลการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก: การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประมาณค่าขนาดอิทธิพล 3 วิธี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลัย แทนธานี. 2527. **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกซึมเศร้า ภาพลักษณ์และความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มรรยาท ณ นคร. 2532. **ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. ภาควิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุพิน เพียรมงคล. 2543. **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุธวัฒนะ และรุจิเรศ ธนูรักษ์. 2540. **วิจัยทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามศิลปะการพิมพ์จำกัด.

รัชนี นามจันทรา. 2535. **ความวิตกกังวล ความพร่องในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรวัต พันธุ์วิเชียร และวรชัย รัตนธราธร. 2538. Tumor biology. ใน วรชัย รัตนธราธร (บรรณาธิการ), **ตำรารักษาโรคมะเร็ง**, หน้า 1-18. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่งจำกัด.

ฤทัยวรรณ โต๊ะทอง. 2541. Cancer metastasis. ใน วรชัย รัตนธราธร(บรรณาธิการ), **ตำรารักษาโรคมะเร็ง 2**, หน้า 64-79. กรุเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

ละเอียด ภักดีจิตต์. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณี อริยสินสมบูรณ์. 2544. **การสังเคราะห์งานวิจัยในสาขาวิชาจิตวิทยาศึกษา: การวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สารัตถศึกษา). สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณวิมล แก้วประถม. 2543. **การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วราภรณ์ ทิพย์สุวรรกุล. 2541. **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในก่อนระยะการได้รับการวินิจฉัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรัญญา ภัทรสุข. 2545. ใน พิษเณศ เจษฎาฉัตร (บรรณาธิการ). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัชรี กิตติมศักดิ์. 2543. **ผลของการใช้รูปแบบการสอนแนะต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดดัดแปลง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. **การวิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิจิตร ภักดีรัตน์. 2530. **วิธีการสุขศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.

วิจิตร อาวะกุล. 2537. **หลักการสอนทั่วไป.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวในในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร ขัมภลิขิต. 2539. **แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล.** พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการพิมพ์.

ศิริพร สิงหเนตร. 2531. **หลักการสอนผู้ป่วย.** ภาควิชาบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริยุภา พูลสุวรรณ. 2536. **การศึกษาประสิทธิภาพของการสอนโดยการวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ศิริอร สินธุ. 2542. ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง. ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สัณหจริยา และศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**, หน้า 365-416. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.

สถาพร ลีลานันทกิจ. 2537. **แผนการรักษาและบำบัดเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนส่งคลินิกระงับปวด.** กรุงเทพฯ: คลินิกระงับปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สภาการพยาบาล. 2542. **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540.** นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548: Public health Statistic 2005.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สารสภาการพยาบาล. 2541. **คำประการสิทธิของผู้ป่วย.** 13 (2): 32.

สายใจ พัวพันธ์. 2529. **ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมออก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายปัญญา คงพันธ์. 2535. **ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สินีนาฎ ลิขิตรัตนเจริญ. 2542. **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สินีนุช เสนีวงศ์ ณ อยุธยา. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริลักษณ์ จันเทร์มะ. 2541. **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุคนธา ผดุงวัตร. 2537. **ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.

สุพรรณี เลิศผดุงกุลชัย. 2538. **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาพร องค์สุริยานนท์. 2536. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด.** เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

สุมิตรา เวฬุนารักษ์. 2539. **การนำผลการวิจัยทางการพยาบาลไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์. 2545. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรีย์พร มาลา. 2534. **ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูล และการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณี สิริเลิศตระกูร และวรชัย รัตนธราธร. 2541. Quality of life: Psychological aspect. ใน วรชัย รัตนธราธร (บรรณาธิการ), **ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2**, หน้า 399-418. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่งจำกัด.

สุวัฒน์ นิยมค้า. 2531. **ทฤษฎีและทางปฏิบัติในการสอนวิทยาศาสตร์แบบสืบเสาะหาความรู้เล่ม 1.** กรุงเทพมหานคร: เนเจอร์รัลบุ๊คส์ เซนเตอร์ จำกัด.

สุวัฒนา สุวรรณเขตนิคม. 2530. การวิเคราห์เมตต้าของงานวิจัย. **รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.

สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. 2543. **ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สดใส เกตุไนย. 2543. **ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิธีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมเกียรติ โพธิสัตย์, รัตนา พันธ์พานิช และโยธี ทองเป็นใหญ่. **คู่มือการทบทวนอย่างเป็นระบบ Systemic Reviews.** นนทบุรี : สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2536. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน พรศรี คิดชอบ, วิบุล สัจกุล, นภดล วรอุไร และสาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์ (บรรณาธิการ), **มะเร็งวิทยา**, หน้า 241-267. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2537. ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนุเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**, หน้า 94-120. กรุงเทพฯ: วี เจ พริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2546. **แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมพร ศักดิ์ชินบุตร. 2545. **ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพร ชินโนรส และคณะ. 2541. ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ: รายงานการวิจัย. **วารสารพยาบาล** 47 (4): 285-297.

หัทยา เจริญรัตน์. 2531. **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิรดี ลดาวรรย์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และวันธณี วิรุฬห์พานิช. 2548. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. **สงขลานครินทร์เวชสาร** ปีที่ 23 ฉบับพิเศษ (2) (ตุลาคม): 285-295.

อัจฉรา นุตตะโร. 2546. **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคผ่อนคลายกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัศนี วันชัย. 2539. **ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อาภรณ์ คำก้อน. 2545. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อิทธิฤทธิ์ พงษ์ปิยะรัตน์. 2542. **อิทธิพลของปัจจัยด้านนักเรียน ครู และโรงเรียนที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์: การวิเคราะห์อภิมานด้วยโมเดลเชิงเส้นตรงระดับลดหลั่นและวิธีการของกลาส.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบล จ๋วงพานิช. 2536. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุบล จ๋วงพานิช, สมจิตร์ หร่องบุตรศรี, รัชนีพร คนชุม. 2542. **ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด: รายงานวิจัย.** งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุบลรัตน์ ดีพร้อม. 2545. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์. 2541. โรคมะเร็ง. **วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์** 12 (54): 43-54.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2531. **ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้าเพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บปวดและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย สนใจยุทธ. 2539. **ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพินธ์ ใจสุนทร. 2542. **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวี ในเขตภาคเหนือตอนบน โดยวิธีวิเคราะห์อภิมาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. 2531. **การสังเคราะห์งานวิจัย: เชิงปริมาณ เน้นวิธีวิเคราะห์เมต้า.** พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: ฟันนี่พับบลิชชิ่ง.

ภาษาอังกฤษ

Ali, N. S., 1993. Preparing student nurses for patient education. **Nursing educator** 18 (2): 27-29.

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

American cancer society. 2004. **Cancer and figure-2004**. Retrived October 5, 2004 from http://www.cancer.org/cancerinfo/sitecancer.html

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

Arman, M., and Backman, M. 2007. A longitudinal study on women's experiences of life with breast cancer in anthroposophical (complementary) and conventional care. **European Journal of Cancer Care**: 1-7.

Atiken, D. R., and James, A. G. 1997. Seromas and physiotherapy after mastectomy. **Ann Surg Oncol** 4 (4): 293-297.

Baxter, N. N., Goodwin, P. J., Meleod, R. S., Dion, R., Devins, G., and Bombardier, C. 2006. Reliability and Validity of the Body Image after Breast Cancer Questionaire. **The Breast Journal** 12 (3): 221-232.

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

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

Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmound, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., and Belin, T. R. 2000. Fatigue in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, and Impact on Quality of Life**.** **Journal of Clinical Oncology** 18 (4): 743.

Brindle, L. A., Oliver, S. E., Dedman, D., Donovan, J. L., Neal, D. E., Hamdy, F. C., Lane, J. A., and Peters, T. J. 2006. Measuring the psychosocial impact of population-based prostate-specific antigen testing for prostate cancer in the UK. **BJU International** 98: 777-782.

Brookfield, D.S. 1986. **Understanding and facilitating adult learning.** Oxford: Jossey-Bass.

Brown, A. S. 1991. Measurement of Quality of Primary Studies for Meta-Analysis. **Nursing Research** 40 (November-December): 352-355.

Burns, N.,and Grove, K. S. 1995. **Understanding nursing research.** Philadelphia: W. B. Saunders.

Carignan, J. R. 1993. Cancer biology: Carcinogenesis, on cogenes, and epidermiology. In Rosental S., Carignan J. R., and Smith B. D., (eds.). **Medical care of the cancer patient**. 2nd ed., pp.1-11. London: Philadelphia.

Christman, N. T. 1990. Uncertainty and adjustment during radiotherapy. **Nursing Research** 39 (1): 17-47.

Close, A. 1988. Patient Education: a literature review. **Journal of Advance Nursing** 13 (2): 203-213.

Cohen, J. 1977. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York: Academic Press.

Compas, B. E. and Luecken, L. 2002. Psychological Adjustment to Breast Cancer. **American Psychological Society** 11 (3): 111-114.

Devine, E. C. 2003. Meta-Analysis of the Effect of Psychoeducational Interventions on Pain in Adult with Cancer. **Oncology Nursing Forum** 30 (1): 75-89.

Devine, E. C., and Cook. 1983. A meta- analytic analysis of effect of psycho-educational interventions on length of post surgical hospital stay. **Nursing Research** 32 (5): 267-274.

Devine, E. C., and Cook. 1986. Clinical and cost saving effect of psycho-educational interventions with surgical patients: A meta-analysis. **Research in Nursing and Health** 9 (1): 89-105.

Devine, E. C., and Westlake, S. K. 1995. The Effect of Psychoeducational Care Provided to Adults with Cancer: Meta-Analysis of 116 studies. **Oncology Nursing Forum** 22(9): 1369-1381.

Debbie, A., Lawlor, Hopker, and Stephen, W. 2001. The Effective of Exercise as an Intervention in The Management of Depression: Systematic Review and Meta Regression Analysis of Randomised controlled trials. **British Medical Journal** 322 Iss 7289: 763 – 771.

Ehlke, G. 1988. Symptom distress in breast cancer patients receiving chemotherapy in the outpatient setting. **Oncology Nursing Forum** 15 (3): 343-346.

Epstein, J. H. 1998. Making sense of science: The rise of meta-analysis. **Futurist** 32 (2): 44-45.

Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., and Otis-Green, N. 1998. Quality of life in breast cancer Part II: Psychological and spiritual well-being. **Cancer nursing** 21 (1): 1-9.

Furukawa, T. A. 1999. From effect size into number needed to treat. **Lancet** 353 Issue 9165.

Glass, G. V., Mc Gaw, B., and Smith, M. L. 1981**. Meta-analysis in social research**. Beverly Hills: Sage Publications.

Glass, G. V., McGaw, B. and Smith, M.L. 1987. **Meta – analysis in social research.** 4th ed. California: Sage Publications.

Gordon, M. 1994. **Nursing Diagnosis: Process and Application.** 3rd ed. St.Louis: Mosby.

Gorman, L. M., Sultan. D., and Luna-Raines, M. 1989**. Psychosocial nursing handbook for the nonpsychiatric nurses.** Baltimore: Williams & Wikins.

Hampton, M. R., and Frombach, I. 2000. Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. **Health Care for Women International** 21: 67-76.

Hanucharurnkul, S. 1988. **Social support, Self-care and Quality of life in Cancer Patients Receiving Radiationtherapy in Thailand**. Doctoral Dissertation of Nursing. Wayne State University.

Hanucharurnkul, S. 2001. An integrative review and meta-analysis of Self-Care research in Thailand: 1988-1999. **Thai Journal of Nursing Research** 5 (2): 119-132.

Hedges, L.V., and Olkin, I. 1985. **Statistical Methods for Meta-Analysis**. Orlando, Florida: Academic Press, Inc.

Hopwood, P., and Maguire, G. P. 1988. Body image Problem in cancer patients. **British Journal of Psychiatry** 153 (suppl). 2: 47-50.

Hunter, J. E., and Schmidt, F. 1990. **Methods of Meta-Analysis**. Newbury Park: Sage Publications.

Johnson, J.E. 1972. Effects of structuring patients' expectations on their reactions to threatening events. **Nursing Research** 21: 499-503.

King, I.M. 1981. **A theory for nursing: System, concept, process.** New York: Awiley Medical.

Koopman, C., et al. 2002. Sleep Disturbances in Women with Metastatic Breast Cancer. **The Breast Journal** 8 (6): 362 -370.

Kulik, J. A., and Kulik, C. C. 1989. **Meta-analysis in education**. International Journal of Educational Research 13: 223-240.

Kumar, V., Cotran, R., and Robbins, S.L. 1992. **Basic pathology**. 5thed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Lang, N. M. and Marek, K. D. 1991. Outcome that reflect clinical practice. **Nursing Clinic of North American** 32 (3): 579-587.

Lazarus, R. S., and Folkman, S. 1984. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Spinger.

Leventhal, H., and Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In Wooldridge, P. J., Schmitt, M. H., Skipper, J. K., and Leonard, R. C., (eds.), **Behavioral science and nursing theory**, pp 189-262. St.Louis: Mosby.

Lesage, P., Portenoy, P. K. 2002. **Cancer control.** J Mo Cancer. [serial on the Internet]. [cite December 2]; 6 (2); [about pp 136-145]. Available from: http://www.moffitt.usf.edu/pubs/ccjv6n2//Article2.html

Lindop E. & Cannon S., 2001. Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. **Journal of Advanced Nursing** 34(6): 760-771.

Lovejoy, N. C. 1986. Family response to cancer hospitalization. **Oncology Nursing Forum** 13 (2): 33-37.

Luckman, J., and Soresen, K.C., 1999**. Medical-surgical nursing: A Psychophysiologic Approach.** Philadelphia: W.B. Saunders.

McElroy, J. A., Newcomb, P. A., Titus-Ernstoff, L., Trentham-Dietz, A., Hampton, J. M., and Egan, K. M. 2006. Duration of sleep and breast cancer risk in a large population base case-control study. **European Sleep Research Society** 15: 241-249**.**

Meraviglia, M. G. 1999. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. **Journal of Holistic Nursing** 17: 18-33.

Morris, J. & Ingham, R. 1988. Choice of surgery for early breast cancer: Psychosocial considerations. **Social Science and Medicine** 27: 1257-1262.

Morris, J. & Royle, G. T. 1987. Choice of surgery for early breast cancer: Pre and postoperative levels of clinical anxiety and depression in patients and their husbands. **British Journal of Surgery** 74: 1017-1019.

Moyra, E. M. and Kate, S. 1999. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. **Journal of Clinical Nursing** 8 (6): 631-642.

Mullen, B. 1989. **Advance BASIC Meta-Analysis**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.

National Breast Cancer Centre's specialist breast nurse project team. 2003. **European Journal of Cancer** 12: 91-97.

Nichols, A. 1986. **Psychological care in Physical Illness**. Kent: Mayhew Typesetting.

Northouse, L. L. 1989. The impact of breast cancer on patients and husbands. **Cancer Nursing** 12 (5): 276-284.

Northouse, L. L. 1992. Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. **Journal of the American Medical Women Association** 47 (5): 161-164.

O'Flynm, A. I. 1982. Meta-analysis. **Nursing Research** 31 (5): 314-316.

Obert, M. T., and Scott, D. W. 1988. Post discharge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. **Research in Nursing & Health** 11 (4): 223-233.

Orem, D. E. 2001. **Nursing: Concepts of Practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Padilla, G. V. et al. 1981. Distress reduction and the effect of preparatory teaching films and patient control. **Research in Nursing and Health** 4 (3): 375-387.

Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. **Nursing research: Principle and methods**. 7 th ed. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., and Hungler, J. B. 1999. **Nursing research: Principle and methods**. 6 th ed. Philadelphia: J. B. Lippncott.

Redman, B. K. 1993. **The process of patient education.** 7th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.

Roberts, S., Black, C. and Todd, K. 2002. The Living with Cancer Education Programme. II. Evaluation of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. **European Journal of Cancer Care** 11: 280-289.

Rorden, J.W. 1987. **Nurses as health teachers: A practical guide.** Philadelphia: W. B. Saunders.

Ross, L. A. 1997. Elderly patients' perception of their spiritual needs and care: A pilot study. **Journal of Advanced Nursing** 26: 710-715.

Shamley, D. R., Barker, K., Simonite, V., and Beardshaw, A. 2005. Delay versus immediate exercise following surgery for breast cancer: a systematic review. **Breast Cancer Research and Treatment** 90: 263-271.

Skipper, J. K., and Leonard, R. C. 1975. **Social interaction and patient care.** Philadelphia: Lippincott.

Smith, M. C., and Stullenbarger, E. 1995. An integrative review and meta-analysis of oncology nursing research: 1981-1990. **Cancer Nursing** 18 (3):167-179.

Steinberg, M. D., Juliano, M. A., and Wise, L. 1985. Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. **The American Journal of Psychiatry** 142 (1): 34-39.

Vivar, C. G., and McQueen, A. 2005. Information and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. **Journal of Advanced Nursing** 51 (5): 520-528.

Williams, J., Wood, C., and Cunningham-Warburton, P. 1999. A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. **Oncology Nursing Forum** 26 (9): 1463-1468.

Wochna, V. 1997. Anxiety, needs, and coping in family member of the bone marrow transplant patients. **Cancer Nursing** 20: 244-250.

Wolf. F. M. 1986. **Meta-Analysis: Quantitative Methods for Research Synthesis**. Beverly Hills: Sage Publicatons.

Wong, C. A., and Bramwell, L. 1992. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. **Cancer Nursing** 15: 363-371.

Wyatt, G., Kurtz, M. E., and Liken, M. 1993. Breast cancer survivors: Anexploration of quality of life issues. **Cancer Nursing** 16: 440-448.

Yalom, J.D. 1995. **The theory and practice of group psychotherapy**. 4th ed. New York: Basic Books.

Yucha, B. C., et al. 2001. The Effect of Biofeedback in Hypertension. **Applied Nursing Research** 14 No.1 (February).

Zahlis, E. H. & Shands, M. E. 1993. The impact of breast cancer on the partner 18 mouths after diagnosis. **Seminars in Oncology Nursing** 9: 83-87.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่องานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. 2535. **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. 2535. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรรณ ทองสุโชติ. 2535. **ผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฑากานต์ กิ่งเนตร. 2539. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ใจรัตน์ ศุภกุล. 2530. **ผลการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชฎาพร คงเพ็ชร์. 2529**. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐพร หิรัญศิริ, สิริวดี อินทรกำแหง ณ อยุธยา, อรสา อุณหะเลขกะ, กาญจนา เฉลิมสาร, ยุวดี เกตสัมพันธ์ และนุชนารถ บรรทุมพร. 2542. **ประสิทธิผลของการให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม: รายงานการวิจัย**. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณาตยา ทรัพย์สินธรรม. 2544. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538. **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นนอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. 2533. **ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล , ปิยวรรณ สวัสดิสิงห์, พัชราภรณ์ อารีย์, ขวัญพนมพร ธรรมไชย, ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ และมาลัย มุตตารักษ์. 2547. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม: รายงานการวิจัย.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทา เกียรติกังวาพ. 2540. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นารี ชื่นคล้าย. 2548. **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิภา อัศวเพิ่มพูนผล. 2527. **ผลของการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์. 2547. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. 2533. **ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญชื่น อิ่มมาก. 2538. **การศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญช่วย พึ่งจีน. 2541. **การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพรรณ กาวีวงศ์. 2533. **ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศรีษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พนิตนาฏ ชำนาญเสือ. 2544. **ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พินทุสร โชตนาการ. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์. 2543. **ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลก่อนและหลังรับรังสีรักษาและวิธีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิดของโนวอทนีย์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล. 2538. **ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพิ่มพูล ธรรมเจริญ. 2536. **ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. 2534. **ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มรรยาท ณ นคร. 2532. **ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. ภาควิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แม้นมนา จิระจรัส. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เยาวรัตน์ มัฌชิม. 2542. **ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชนีกร ใจคำสืบ. 2549. **ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนหลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัชรวรรณ จันทรอินทร์. 2548. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัชรี กิตติมศักดิ์. 2543. **ผลของการใช้รูปแบบการสอนแนะต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดดัดแปลง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศิริพร พันธ์พริ้ม. 2549. **ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายปัญญา คงพันธ์. 2535**. ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสุขศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายใหม ตุ้มวิจิตร. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาดา วิภัชชวาที. 2539. **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตนต่อระดับความรู้และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุภาณี คลังฤทธิ์. 2544. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภาพร องค์สุริยานนท์. 2536. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาวดี โสภณวัฒนกุล. 2545**. ผลการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธินี พัควิลัย. 2545. **ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แสงอรุณ สุขเกษม. 2533. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สดใส เกตุไนย. 2543. **ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิธีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนุเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ทิพาพร แสงอรุณ, สุนิสา วัฒนากิตติศักดิ์ และแสงเดือน เทพรักษ์. 2536. **การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา: รายงานการวิจัย**. โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

หัทยา เจริญรัตน์ . 2531. **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภันตรี กองทอง. 2544. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อภิรดี ชูพันธ์. 2544. **ผลของการประยุกต์การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล จ๋วงพานิช. 2536. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุบล จ๋วงพานิช, สมจิตร หร่องบุตรศิริ และรัชนีพร คนชุม. 2542. **ผลการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด รายงานการวิจัย**. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุลัย เกษกัน. 2541. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาคผนวก ข

สาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ (2535)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	อาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ ความพร่องในการดูแลตนเอง
จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน (2535)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ความรู้สึกมีคุณค่า ความสามารถในการดูแลตนเอง
จิราภรรณ ทองสุโชติ (2535)	✓		✓			การสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ (แนวคิดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger, 1990)	ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ความวิตกกังวล
จุฑากานต์ กิ่งเนตร (2539)	✓		✓		✓	ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ความผาสุกในชีวิต
ใจรัตน์ ศุภกุล (2530)	✓		✓	✓		ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1930)	อาการคลื่นไส้ อาเจียน และความวิตกกังวล
ชฎาพร คงเพ็ชร์ (2529)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สถานะสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
ณัฐพร หิรัญศิริ และคณะ (2542)	✓	✓	✓		✓	แนวคิดการให้ความรู้ผู้ป่วยด้านสุขภาพของ สมจิต หนุเจริญกุล (2534) และมาตรฐานการให้ความรู้ด้านสุขภาพของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	ระดับความรู้ ความวิตกกังวล
ฉาตยา ทรัพย์สินธรรม (2544)	✓		✓			ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1986)	ระดับความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538)	✓		✓			แนวคิดการให้ความรู้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Hudak, Gallo, and Benz, 1990) ข้อกำหนดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา	ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ (2547)	✓	✓	✓		✓	ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	คุณภาพชีวิต
นันทา เกียรติกังวาฬ (2540)	✓	✓	✓	✓		แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978)	พฤติกรรมเผชิญความเครียด
นารี ชื่นคล้าย (2548)	✓		✓			ประยุกต์ใช้ The PRO–SELF Pain control Program ของ Dodd et al. (2003) ซึ่ง Dodd et al. (2003) พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995)	ความปวด
นิภา อัศวเพิ่มพูนผล (2527)	✓	✓	✓		✓	ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999)	การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547)	✓		✓			แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (1996) ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995)	เยื่อบุช่องปากอักเสบ
บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
บุญชื่น อิ่มมาก (2538)	✓	✓	✓			แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Norbeck (1991)	คุณภาพชีวิต
บุญช่วย พึ่งจีน (2541)	✓		✓			แนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลซ้ำของ Becker and Maiman รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (1980) และทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977)	ความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบิน ระดับอัลบูมิน และระดับกลอบบูลิน

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
ผ่องพรรณ กาวีวงศ์ (2533)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	คุณภาพชีวิต
พนิตนาฏ ชำนาญเสือ (2544)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย
พินทุสร โชตนาการ (2539)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	เจตคติต่อโรคและการรักษา คุณภาพชีวิต
พรสวรรค์ ธารา ธรรมรัตน์ (2543)	✓		✓			Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud การรับรู้ข้อมูล 2 ระดับ ได้แก่ consciousness และ non-consciousness	ความหวัง
พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538)	✓	✓	✓			แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978)	การปรับตัว
เพิ่มพูล ธรรมเจริญ (2536)	✓	✓	✓			แนวคิดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ของ Aguilera and Messick (1982)	การปรับตัว

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน (2534)	✓		✓			หลักกระบวนการพยาบาล (nursing process) ร่วมกับเทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัด (therapeutic communication)	การปรับตัวทางเพศภาวะซึมเศร้า
มรรยาท ณ นคร (2532)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และการเลียนแบบตัวอย่าง (Social Learning and modeling theory) ของ Bandura (1986) และแนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980) และ Marram (1978)	ทัศนคติในการดูแลตนเอง
แม้นมนา จิระจรัส (2539)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	เจตคติต่อโรคและการรักษา คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
เยาวรัตน์ มัณชิม (2542)	✓	✓	✓			ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977)	การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระดับความรู้ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว
รัชนีกร ใจคำสืบ (2549)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995) ร่วมกับทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983)	อาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล
วัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2544)	✓	✓	✓			แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)	ความเหนื่อยล้า
วัชรี กิตติมศักดิ์ (2543)	✓		✓			แนวคิดการสอนแนะของ Clarke and Spross (1996)	องศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ความพึงพอใจ

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
ศิริพร พันธ์พริ้ม (2544)	✓		✓			แนวคิดการให้ข้อมูล ของ Butcher	อาการเหนื่อยล้า การนอนหลับ ความวิตกกังวล ความผาสุก
สายปัญญา คงพันธ์ (2535)	✓		✓			แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Redman (1980)	ความวิตกกังวล
สายใหม ตุ้มวิจิตร (2547)	✓		✓		✓	แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)	ความเหนื่อยล้า
สุชาดา วิภัชชวาที (2539)	✓		✓	✓		ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (1874-1949) และทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner (1904-1990)	ระดับความรู้ พฤติกรรมเผชิญความเครียด
สุภาณี คลังฤทธิ์ (2544)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventha & Johnson(1983)	การปรับตัว

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
สุภาพร องค์สุริยานนท์ (2536)	✓		✓			ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย ความรู้ สถานะสุขภาพ
สุภาวดี โสภณวัฒนกุล (2545)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
สุทธินี พัควิลัย (2545)	✓	✓	✓			แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
แสงอรุณ สุขเกษม (2533)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	คุณภาพชีวิต
สดใส เกตุไนย (2543)	✓		✓			Psychoanalysis theory ของ Sigmund Freud การรับรู้ข้อมูล 2 ระดับ ได้แก่ consciousness และ non-consciousness	ความหวัง
สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ (2536)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัย	เนื้อหาข้อมูลที่ให้					กรอบแนวคิดที่ใช้	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ศึกษา
	วิธีการ	บ่งบอกความรู้สึก	สิ่งที่ควรปฏิบัติ	วิธีเผชิญความเครียด	ทั่วไป		
หัทยา เจริญรัตน์ (2531)	✓		✓			การสอนอย่างมีแบบแผน	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ
อภันตรี กองทอง (2544)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ความเหนื่อยล้า
อภิรดี ชูพันธ์ (2544)	✓		✓			ทฤษฎีการพยาบาล ของ Orem (1995)	ระดับความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง
อุบล จ๋วงพานิช (2536)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983)	ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน
อุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2542)	✓	✓	✓			ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995)	คุณภาพชีวิต
อุลัย เกษกัน (2542)	✓		✓			แนวคิดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ Watson (1990)	การปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 138 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
ด้านร่างกาย		N	Sample size	Min	Max	S.D	Mean	ขนาด
ปัญหาในการนอนหลับ	การบรรยาย	1	40				5.3030	ใหญ่
	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	40				3.8387	ใหญ่
น้ำหนักตัว	การบรรยาย	1	30				5.0383	ใหญ่
ความเหนื่อยล้า	การบรรยาย	4	110	.7607	5.8657	2.3879	2.4714	ใหญ่
	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	3	80	.5140	1.9231	.7062	1.2463	ปานกลาง
ดัชนีมวลกาย	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	55				1.9540	ใหญ่
	การบรรยาย	1	30				.1967	เล็ก
องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	7	20	.9690	2.5896	.5515	1.8717	ใหญ่
เยื่อบุช่องปากอักเสบ	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	3	40	.8373	2.0287	.5997	1.4732	ปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 27 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกายที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 37 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านร่างกาย	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D	Mean	ขนาด
ความเจ็บปวด	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	2	40	.9394	1.7317	.5603	1.3355	ปานกลาง
	การบรรยาย	1	40				.9989	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	2	40	.5683	1.7823	.8584	1.1753	ปานกลาง
	การบรรยาย	1	40				.9953	ปานกลาง
ระดับอัลบูมิน	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	55				.5094	เล็ก
ระดับกลอบบูลิน	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	55				.4615	เล็ก
อาการไม่สุขสบาย	การบรรยาย	3	54	.2926	.6195	.1660	.4393	เล็ก
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	3	20	.1681	.4998	.1858	.3822	เล็ก
ระดับฮีโมโกลบิน	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	55				.1955	เล็ก
รวม		**37**	**844**	**.1681**	**5.8657**	**1.4218**	**1.5367**	**ปานกลาง**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง28 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D	Mean	ขนาด
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย/พฤติกรรมการดูแลตนเอง	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	1	80				4.7848	ใหญ่
	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	100				2.9942	ใหญ่
	การบรรยาย	6	156	1.6855	4.9160	1.4809	2.9037	ใหญ่
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	2	160	1.5543	3.2066	1.1683	2.3804	ใหญ่
ความสามารถในการดูแลตนเอง	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	55				.6250	ปานกลาง
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	1	40				.0671	เล็ก
ความพร่องในการดูแลตนเอง	การบรรยาย	3	54	.7397	.5413	.0993	.6376	ปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 28 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านพฤติกรรม	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D	Mean	ขนาด
การปรับตัว	การบรรยาย	1	30	.			2.1421	ใหญ่
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	4	78	.5415	2.7808	1.0336	1.6395	ใหญ่
การปรับตัวด้านร่างกาย	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	28				1.2197	ปานกลาง
การปรับตัวทางเพศ	การบรรยาย	1	30				.6304	ปานกลาง
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	28				1.5964	ปานกลาง
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	การบรรยาย	1	16				2.6840	ใหญ่
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	2	40	.1959	1.1692	.6883	.6826	ปานกลาง
รวม		**26**	**925**	**.0671**	**4.9160**	**1.3839**	**1.8755**	**ใหญ่**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง28 (ต่อ) แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 26 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D	Mean	ขนาด
ความวิตกกังวล	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	1	80				5.4839	ใหญ่
	การบรรยาย	6	170	.0259	3.3846	1.2894	1.0202	ปานกลาง
	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	40				1.0000	ปานกลาง
ความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	การบรรยาย	6	304	.2163	4.6750	1.6371	1.3826	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	4	60	.3147	1.1211	.3461	.7764	ปานกลาง
ความหวัง	การบรรยาย	3	80	.0751	.5253	.2599	.2251	เล็ก
ภาวะอารมณ์	การบรรยาย	3	54	.5097	.3622	.0796	.4185	เล็ก
ภาวะซึมเศร้า	การบรรยาย	2	30	.1754	.6522	.3371	.4138	เล็ก
รวม		**26**	**818**	**.0259**	**5.4839**	**1.3711**	**1.0294**	**ปานกลาง**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 29 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้ที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 13 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความรู้	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	SD	Mean	ขนาด
ความรู้	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	100				7.2632	ใหญ่
	การบรรยาย	9	242	.2814	5.8710	1.9333	2.8550	ใหญ่
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	2	160	1.5879	2.6286	.7359	2.1083	ใหญ่
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	1	80				1.6855	ใหญ่
รวม		**13**	**582**	**.2814**	**7.2632**	**2.0841**	**2.9893**	**ใหญ่**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 30 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 11 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านเจตคติและทัศนคติ	**วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล**	**ขนาดอิทธิพล (d)**						
		N	**Sample size**	**Min**	**Max**	**S.D**	**Mean**	**ขนาด**
เจตคติต่อโรคและการรักษา	การบรรยาย	6	37	.0250	.3494	.1217	.2174	เล็ก
ทัศนคติในการดูแลตนเอง	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	20				1.5914	ปานกลาง
ความคาดหวังใน	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	100				9.0130	ใหญ่
ความสามารถของตนเอง	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	40				.5372	ปานกลาง
ความคาดหวังในผลของ	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	100				3.9021	ใหญ่
การปฏิบัติตัว	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	40				.8553	ปานกลาง
รวม		**11**	**197**	**.0250**	**9.0130**	**2.7105**	**1.5640**	**ปานกลาง**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 31 แสดงค่าขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมที่เกิดจากการให้ข้อมูลทางการพยาบาลแต่ละวิธี (ค่าขนาดอิทธิพล 25 ค่า)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม	วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล	ขนาดอิทธิพล (d)						
		N	Sample size	Min	Max	S.D	Mean	ขนาด
สถานะสุขภาพ/ภาวะสุขภาพ	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	120				2.5439	ใหญ่
	การบรรยาย	4	46	.2861	1.2365	.4671	.6993	ปานกลาง
ความผาสุกในชีวิต	การบรรยาย	1	20				1.1556	ปานกลาง
ความพึงพอใจ	การบรรยายร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติ	1	20				2.1111	ใหญ่
การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์	การบรรยาย	1	40				.9216	ปานกลาง
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์	การบรรยาย	1	30				.5214	เล็ก
คุณภาพชีวิต	การบรรยาย	15	520	.0581	1.6381	.4660	.4716	เล็ก
	การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม	1	20				.1970	เล็ก
รวม		**25**	**798**	**.0581**	**2.5439**	**.6585**	**.6929**	**ปานกลาง**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่ วัน เดือน ปี ……..……

แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่องานวิจัย……..……..……..……..……

……..……..……

2. ชื่อผู้วิจัย……..……..……..……

3. ประเภทของงานวิจัย

(1) วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท

(2) วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก

(3) รายงานการวิจัย

……

5. ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล พ.ศ. 25……

ส่วนที่ 2 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

1. กรอบแนวคิด

(1) มี ระบุ ……

(2) ไม่ระบุกรอบแนวคิด

2. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

(1) .....แนวคิดที่ใช้.....

3. ตัวแปรตามที่ศึกษา

(1) .....แนวคิดที่ใช้.....

(2) .....แนวคิดที่ใช้.....

4. สมมติฐานของงานวิจัย

(1) สมมติฐานทางเดียว

(2) สมมติฐานสองทาง

(3) ไม่มีสมมติฐานงานวิจัย

……..

.....

14. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

(1) Dependent t-test (Pair t-test)

(2) Independent t-test (Student t-test)

(3) X^2 – test

(4) ANOVA

(5) ANCOVA

(6) The Wilcoxon Test

(7) The Mann-Whitney U Test

(8) อื่น ๆ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

15. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

รายละเอียดเครื่องมือ	**การสร้างเครื่องมือ**	**ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**	
		การตรวจสอบความตรง	**การทดลองใช้**
…… …… …… …… …… ……	(1) พัฒนาขึ้นใหม่ (2) มีอยู่แล้ว (3) ปรับจากที่มีอยู่แล้ว	……..… ……..… ……..… ……..… ……..… ……..……	…….. …… …….…… …..…… ……..…… ……..……

16. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี …… ชุด ดังนี้

ชื่อเครื่องมือและเจ้าของ	**การสร้างเครื่องมือ**	**ลักษณะของเครื่องมือ**	**ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**					
			ความเที่ยง	**ความตรง**				
				เนื้อหา	**โครงสร้าง**	**สภาพการณ์**	**พยากรณ์**	**อื่น ๆ ระบุ**
1. …… ……..…….. ..……..……..……... ……...……..……... ..……..……... ……...……..……... ……...……..……... ……...……..……...	(1) พัฒนาขึ้นใหม่ (2) มีอยู่แล้ว (3) ปรับจากที่มีอยู่แล้ว	(1) แบบสังเกต (2) แบบสัมภาษณ์ (3) แบบสอบถาม (4) เครื่องมือวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ (5) อื่น ๆ ระบุ.....						
2. ……..…… ……..…… ..……..…….... ……..…… ……...…… ……...…… ……..……..……... ……...…… ……...…….	(1) พัฒนาขึ้นใหม่ (2) มีอยู่แล้ว (3) พัฒนาจากที่มีอยู่แล้ว	(1) แบบสังเกต (2) แบบสัมภาษณ์ (3) แบบสอบถาม (4) อื่น ๆ ระบุ.....						

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

1. วิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาล

(1) การบรรยาย

(2) การอภิปรายกลุ่มหรือการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

.....

.....

6. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

(1) ระยะเวลาให้ข้อมูลทางการพยาบาล.....นาที / ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน……..ครั้ง

.....

10. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีเก็บหลังทดลองครั้งเดียว

ตัวแปรตาม	ค่าสถิติพื้นฐาน				ค่าสถิติทดสอบที่ใช้คำนวณค่า d ในกรณีไม่มีสถิติพื้นฐาน (ค่า t, F)	ค่าขนาดอิทธิพล (d)
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	S.D	X	S.D		
ตัวที่ 1…… ……... กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						
ตัวที่ 2……..…… …… กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						
ตัวที่ 3…….. …… กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ชื่อผู้วิจัย.....รหัสงานวิจัย.....

ชื่อเรื่องงานวิจัย.....

รายการประเมิน	ผลการประเมิน				
	0	1	2	3	4
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา					
2. คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา					
3. สมมติฐานการวิจัยถูกต้อง ชัดเจน ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา					
4. ขอบเขตการวิจัยชัดเจน ครบถ้วน และสมเหตุสมผล					
……...					
.....					
……...					
……...					
24. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย					
25. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย					

แปลความหมายของการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

4 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาเขียนได้ตรงประเด็น ชัดเจนไม่เยิ่นเย่อ มีแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัย และเหตุผลมาสนับสนุนครอบคลุม และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

3 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหามีแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัย และเหตุผลมาสนับสนุนครอบคลุม และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา แต่เขียนเยิ่นเย่อ

2 หมายถึง เขียนความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาตรงประเด็น และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา แต่มีแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัย และเหตุผลมาสนับสนุนยังไม่ครอบคลุม

1 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาไม่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา หรือไม่ระบุให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและความสำคัญในการทำวิจัย

0 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

2. คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

4 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

3 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา แต่ไม่ชัดเจน

2 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจน แต่ไม่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

1 หมายถึง คำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยไม่ชัดเจนและสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา

0 หมายถึง ไม่มีคำถามการวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยของการวิจัย

……..

……..

……..

……..

……..

……..

24. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย

4 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงและเกิดประโยชน์โดยมีเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

3 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงและเกิดประโยชน์ แต่ขาดเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

2 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย แต่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริง

1 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้เป็นข้อเสนอที่เกิดจากความคิดของผู้วิจัยไม่ได้เกิดจากผลการวิจัย/เป็นข้อเสนอแนะทั่ว ๆ ไป ไม่ชัดเจน

0 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย

25. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย

4 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย และเกิดจากข้อบกพร่องในการวิจัยโดยมีเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

3 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปสอดคล้องกับผลการวิจัย และเกิดจากข้อบกพร่องในการวิจัย แต่ขาดเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

2 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย แต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง

1 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปเป็นข้อเสนอแนะทั่ว ๆ ไป ไม่ชัดเจน

0 หมายถึง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย

ภาคผนวก ง

ตารางหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 แสดงผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่

ประเด็นสำคัญในการประเมินคุณภาพงานวิจัย	รายการประเมิน	คะแนนความสอดคล้อง			
		สอดคล้องมาก	ค่อนข้างสอดคล้อง	สอดคล้องน้อย	ไม่สอดคล้อง
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) วิธีดำเนินการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 7) การนำเสนอรายงานการวิจัย 8) คุณภาพงานวิจัยโดยรวม	1. ความชัดเจนของชื่อเรื่องการวิจัย	3		2	
	2. ความชัดเจนและสอดคล้องของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	4	1		
	3. ความชัดเจนและสอดคล้องของวัตถุประสงค์	4	1		
	4. ความชัดเจนและสอดคล้องของคำถามการวิจัย	3	1	1	
	5. ความครอบคลุมและสอดคล้องของแนวคิดและเหตุผล	3	1	1	
	6. ความครอบคลุมและสอดคล้องของสมมติฐานการวิจัย	2	2	1	
	7. ความชัดเจนและสมเหตุสมผลของการกำหนดขอบเขตการวิจัย	2	1	2	
	8. ความชัดเจนของนิยามศัพท์เฉพาะ	5			
	9. ความทันสมัย ความเพียงพอและการสรุปประเด็นไปใช้ของรายงานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5			
	10. ความสอดคล้องของรายงานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความเชื่อมโยงกับงานวิจัยในอดีต	5			
	11. ความเหมาะสม ถูกต้องตามหลักการวิจัยของกรอบแนวคิดการวิจัย	4			1
	12.ความเหมาะสมของการออกแบบการวิจัย	5			
	13. การมีข้อกำหนดในการคัดเลือกและเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	4	1		

ประเด็นสำคัญในการประเมินคุณภาพงานวิจัย	รายการประเมิน	คะแนนความสอดคล้อง			
		สอดคล้องมาก	ค่อนข้างสอดคล้อง	สอดคล้องน้อย	ไม่สอดคล้อง
	14. ความเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง	4	1		
	15. ความเหมาะสมในการสร้างตัวแปรจัดกระทำ	5			
	16. ความชัดเจนและเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	5			
	17. ความเหมาะสมในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน	5			
	18. คุณภาพของเครื่องมือวิจัย	4	1		
	19. ความถูกต้องและเหมาะสมของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	5			
	20. ความชัดเจนและเหมาะสมในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	5			
	21. ความถูกต้องในการแปลความหมายและการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	5			
	22. ความสอดคล้องและครอบคลุมในการอภิปรายผล	3	2		
	23. ความสอดคล้องของข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้	3	2		
	24. ความสอดคล้องของข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	3	2		

ค่า CVI = จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก = 18/24 = .75
จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

สรุป ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องและสอดคล้องมาก ทั้งหมด 18 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และ 24 ส่วนข้อ 1, 4, 5, 6, 7 และ 11 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นการคำนวณค่า CVI ตามสูตรของ Polit & Hungler จะได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .75

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์สินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์

เนื่องด้วย นางสาวสมพร รูปช้าง นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ชื่อนิสิต นางสาวสมพร รูปช้าง โทร. 081-8418512

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

เนื่องด้วย นางสาวสมพร รูปช้าง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ชื่อนิสิต นางสาวสมพร รูปช้าง โทร. 081-8418512

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์

เนื่องด้วย นางสาวสมพร รูปช้าง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ชื่อนิสิต นางสาวสมพร รูปช้าง โทร. 081-8418512

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวสมพร รูปช้าง นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ชื่อนิสิต นางสาวสมพร รูปช้าง โทร. 081-8418512

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

เนื่องด้วย นางสาวสมพร รูปช้าง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของวิธีการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานท่าน อาจารย์สินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์สินีนุช เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ชื่อนิสิต นางสาวสมพร รูปช้าง โทร. 081-8418512

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

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

1. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

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

โดยที่ $\overline{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\overline{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีกลุ่มควบคุมแต่มีการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

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

โดยที่ X_{post} = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง

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

S = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

3. แบบแผนการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม

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

โดยที่ $\overline{X}_1$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\overline{X}_2$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

S_2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

4. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

$$d = (X_{E1} - \overline{X}_C) / S_C$$

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

โดยที่ $\overline{X}_{E1}$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1

$\overline{X}_{E2}$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

5. กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนหลัง และเสนอเฉพาะค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น(Gain score)

$$d = (G_E - \overline{G}_C) / S_G$$

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

โดยที่ G_E = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง

$\overline{G}_C$ = ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

r_{EC} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

S_E = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

S_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

S_G = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มควบคุม

6. กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป และเสนอค่าสถิติ t และ F

เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเท่ากัน

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

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่เท่ากัน

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

โดยที่ N = จำนวนกลุ่มทดลอง

SE = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

เสนอค่า t กลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

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

โดยที่ r_{EC} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เสนอค่า F เมื่อมี 2 กลุ่ม

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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.5 เสนอค่า F เมื่อมี k กลุ่ม

สำหรับกลุ่มที่ i

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

โดยที่ $S_Y = MS_W = MS_B / F$

MS_B = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

7. เสนอค่า U จากสถิติ Mann – Whitney U Test

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

โดยที่ r_{pb} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พ็อยไบซีเรียล

U = Ordinate of unit normal distribution

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

โดยที่ U = ค่าสถิติ Mann – Whitney U Test

8. แบบแผนการวิจัยมีตัวแปรต้นหลายตัว

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

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

โดยที่ $\overline{Y}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\overline{Y}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SY = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

SS_B = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนระหว่างกลุ่ม

SS_{AB} = ผลรวมกำลังสองของค่าปฏิสัมพันธ์

SS_W = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม

df_B = ชั้นความเป็นอิสระระหว่างกลุ่ม

df_{AB} = ชั้นความเป็นอิสระปฏิสัมพันธ์

df_W = ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

9. ตัวแปรตามเป็นคะแนนที่ปรับแก้ตัวแปรร่วม (Covariance adjusted score)

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

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

โดยที่ $\overline{Y}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\overline{Y}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

MS_W = ผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบนภายในกลุ่มที่ปรับแล้ว

df_W = ชั้นความเป็นอิสระภายในกลุ่ม

r_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสมพร รูปช้าง เกิดวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อปีการศึกษา 2535 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย