

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ:  
การวิเคราะห์อภิมาน

จัดทำโดย

รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

ดร. พิชชาดา ประสทธิโชค

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ภายใต้โครงการทุน Newton Fund  
พ.ศ. 2563

## บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ และ 2) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่ได้รับการลงตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล SCOPUS ระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2017 จำนวน 30 เรื่อง เครื่องมือที่นำมาใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสรุปลักษณะคุณลักษณะงานวิจัยและแบบประเมินคุณงานวิจัย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1981) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 109 ค่า

ผลการสังเคราะห์สามารถสรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล SCOPUS ระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2017 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และมีแบบแผนการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 53.33) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test (ร้อยละ 19.75) และตัวแปรตามของงานวิจัยส่วนใหญ่ คือ Glycemic Control, BMI และ Systolic Blood Pressure ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย พบว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกส่วนใหญ่มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่และโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Mindfulness, Self-Efficacy และ Self-Regulation ตามลำดับ

## สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	คำถามการวิจัย.....	3
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของการวิจัย.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
	ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก.....	6
	แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	7
	การวิเคราะห์อภิมาน.....	8
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	13
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	14
	วิธีดำเนินการวิจัย.....	14
	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	15
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	15
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	16
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	17
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	27
	บรรณานุกรม.....	30

## สารบัญรูปภาพ

### ภาพประกอบที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดการสังเคราะห์งานวิจัย

13

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแจกแจงความถี่คุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นเล่มงานวิจัย.....	17
2	การแจกแจงความถี่ค่าขนาดอิทธิพล (d) จำแนกตามโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ.....	19

# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases: NCDs) นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของประชากรโลกมาจากโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรโลก (WHO, 2017) เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากการสำรวจสัดส่วนการเสียชีวิตของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากที่สุด โดยเฉพาะประชากรตั้งแต่อายุ 45 ปีขึ้นไป (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) และก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) มากถึงร้อยละ 75.4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในปี พ.ศ. 2556 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศ ทำให้โรคเรื้อรังไม่ติดต่อจัดได้ว่าเป็นวาระที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญและดำเนินการเพื่อป้องกัน จัดการ และควบคุมโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่องและจริงจัง (เนติมา คูณีย์, 2557)

โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เป็นภาวะการเจ็บป่วยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัวอย่างโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ ซึ่งไม่สามารถพยากรณ์ได้ จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต้องได้รับการดูแล ฟันฟูอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ในการทำงานของร่างกาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งเสริมการปรับตัวให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีแรงจูงใจ มีพลังในการต่อสู้หรือเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ คือ การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยการนำจุดแข็งของบุคคลมาเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มขีดความสามารถในการดำรงอยู่กับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับโรค และควบคุมอาการของโรคไม่ให้รุนแรงหรือเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการและพึ่งพาตนเอง ซึ่งแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก

ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) มาปรับและประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ดูแล ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นในรูปแบบต่างๆ เนื่องจากจิตวิทยาเชิงบวกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด (สูดาร์ตัน ตันตวิวิทน์, 2560) แนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกได้ถูกพัฒนาต่อยอดมาจากแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยามนุษยนิยม (Humanistic Psychology) เช่น ทฤษฎี

ลำดับชั้นความต้องการ (Hierarchy of Needs) (Maslow, 1943) ทฤษฎีคุณลักษณะ (Trait Theory) (Allport, 1955) ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self Determination Theory) (Ryan & Deci, 1985) ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting Theory) (Locke & Latham, 1990) ทฤษฎีความหวัง (Hope Theory) (Synder, 1994) และทฤษฎีขยายและสร้างความตระหนักรู้ (The Broaden and Build Theory) (Frederickson, 1998) เป็นต้น โดยแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกนั้นเป็นแนวคิดวิทยาศาสตร์ทางสังคม ที่เน้นการนำจุดแข็งของบุคคลมาเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เช่น การมองโลกทางบวก (Optimism) ความหวัง (Hope) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และความสุข (Happiness) เป็นต้น (Seligman, 1998; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)

ประโยชน์ของการนำแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้ในการส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง สงบสุข สามารถเข้าใจตนเอง มองโลกในแง่บวก และมีความยืดหยุ่นในการปรับปรุงตัวดีขึ้น ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ รู้ทันความคิด การกระทำและคำพูดของตนเอง อีกทั้งยังทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อความเครียดและความวิตกกังวลได้ดี และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยช่วยประคับประคองเวลาที่มีปัญหา ทำให้บุคคลมีการทำงานของสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่สมดุล นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Boehm, Peterson, Kivimaki, & Kubzansky, 2011; Ghosh, & Deb, 2016; Huffman, DuBois, Millstein, Celano, & Wexler, 2015)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) เป็นมโนทัศน์ที่กว้าง การให้ความหมายหรือนิยามจำกัดความ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมุมมองหรือวัตถุประสงค์ในการวิจัยในแต่ละเรื่อง สำหรับในกรณีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้นมุ่งเน้นที่การลดอัตราการเกิดโรค การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่อาจเกิดจากการรักษา งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นทำการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Health Outcomes) (Lee et al., 2017) ด้านสุขภาพจิตใจ (Psychological Health Outcomes) (Carreira, Williams, Müller, Harewood, & Bhaskaran, 2017) รวมทั้งมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่เน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายด้านแบบผสมผสานกัน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (นรลักษณ์ เอื้อกิจและวรวรรณ ชันติชัยธร, 2553)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น การรวบรวมงานวิจัย เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณวิธีหนึ่งที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาในประเด็นหรือปัญหาเดียวกัน โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพล อันเป็นดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วสังเคราะห์ค่าประมาณดัชนีจากงานวิจัยทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ ในงานวิจัยเชิงทดลองค่าขนาดอิทธิพลจะเป็นตัวบอกลถึงการประมาณค่าความสำคัญของตัวแปรจัดกระทำ ซึ่งจะแสดงถึงผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ข้อสรุปของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับกลุ่มผู้ป่วย

โรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมานนี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางสาธารณสุขบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ได้ ทำให้ได้แนวทางในการตัดสินใจในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อได้ รวมทั้งเกิดการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนและผู้รับบริการได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับสภาพสังคมและสถานการณ์เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังเป็นยกระดับมาตรฐานในการส่งเสริมสุขภาพนำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อมาทำการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาน เพื่อให้ได้ข้อสรุปของการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านใดที่ถูกนำมาศึกษาวิจัยมากที่สุดและคุณลักษณะงานวิจัยใดที่มีอิทธิพลต่อค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้ทราบแนวโน้มที่ผ่านมาของงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อและสามารถเห็นแนวทางในการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อต่อไป รวมทั้งนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นความรู้ว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละด้านสามารถส่งเสริมได้ด้วยโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกใดบ้างให้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพได้ นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางการสาธารณสุขที่ก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

### คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นอย่างไร
2. ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นอย่างไร

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ

### ขอบเขตของการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยและค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass, Megaw และ Smith (1981)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล SCOPUS ในปี ค.ศ. 2008 ถึง 2018 ที่เกี่ยวกับของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ซึ่งใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Intervention) หมายถึง การจัดกระทำเพื่อมุ่งเน้นศึกษาการบ่มเพาะความแข็งแกร่ง การค้นพบและส่งเสริมพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคล ตลอดจนให้ได้รับประสบการณ์ที่ดี รู้สึกมีคุณค่า และมีความสุขในทุกๆ ด้าน

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า/ตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรมที่เข้ามากระตุ้นและคุกคาม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases: NCDs) หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือติดต่อผ่านตัวนำโรคหรือสารคัดหลั่งต่างๆ แต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ความเครียด และการใช้สารเสพติด เป็นต้น และต้องใช้เวลายาวนานในการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องการการดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยในการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติในงานวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งข้อสรุปใหม่ในภาพรวมของปัญหาตามวิธีของ Glass, Megaw และ Smith (1981)

คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of Research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งสามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) แหล่งข้อมูล เช่น ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์ เป็นต้น 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดกระทำต่างๆ เป็นต้น 3) แบบแผนการวิจัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง 4) ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 6) วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิธีการสุ่มตัวอย่าง 7) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 8) ค่าสถิติ ได้แก่ ค่า  $r$ ,  $t$ ,  $F$  เป็นต้น และ 9) ผลการวิจัยที่สำคัญ

ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่แสดงผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านต่างๆ ที่วัดในงานวิจัยแต่ละเรื่องทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหารกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและนำค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณจากสูตรของ Glass, Megaw และ Smith (1981) และแปลความหมายค่าขนาดอิทธิพลโดยเทียบเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพทำให้ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงและใช้ในการอ้างอิง เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป
2. ด้านการศึกษาวิจัยได้เห็นประเด็นในการทำวิจัยทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อทั้งที่ยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่เคยมีใครศึกษามาก่อนเป็นแนวทางพัฒนางานวิจัยทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนางานองค์ความรู้ทางสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้ามากขึ้นในอนาคต

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเรื่อง “โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ: การวิเคราะห์ห่อภิมาน” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ และเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก
2. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. การวิเคราะห์ห่อภิมาน
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

โปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions) มาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) โดย Seligman & Csikszentmihalyi (2000: 5) ได้ให้ความหมายของจิตวิทยาเชิงบวก ว่าเป็นจิตวิทยาของการทำหน้าที่ของมนุษย์ในทางบวก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บรรลุการทำความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ และกระตุ้นการจัดกระทำที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการเจริญเติบโตให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบัน เริ่มมีการจัดกระทำหรือโปรแกรมที่อยู่บนพื้นฐานทางแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีวิจัย และเครื่องมือทางจิตวิทยาเชิงบวกมากขึ้น โดยมีความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายของการเพิ่มพูนสุขภาวะและส่งเสริมความเจริญงอกงาม (Seligman, 2011) ซึ่งโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง วิธีการรักษาบำบัดหรือกิจกรรมต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกฝนให้เกิดความรู้สึกทางบวก พฤติกรรมทางบวก หรือการรู้คิดทางบวก (Sin & Lyubomirsky, 2009: 468) โปรแกรมเหล่านี้จะมีทั้งแบบฝึกหัดอย่างเดียว (เช่น เขียนจดหมายขอบคุณ) ถึงโปรแกรมระยะยาว (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009) ในปัจจุบัน มีการศึกษาการประเมินโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก โดยลักษณะของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก เช่น การนับจำนวนคำอวยพร (Counting your blessings) (Emmons & McCullough, 2003; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) การฝึกความเมตตา (Practicing kindness) (Otake, Shimai, Tanaka-Matsumi, Otsui & Fredrickson, 2006) การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล (Setting personal goals) (Sheldon, Kasser, Smith & Share, 2002; Green, Oades & Grant, 2006) การแสดงการขอบคุณ (Expressing gratitude) (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005;

Sheldon & Lyubomirsky, 2006) และการใช้จุดแข็งส่วนบุคคล (Using personal strengths) (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้นได้พัฒนาขึ้นจากตัวแปรทางจิตวิทยาที่มีความหลากหลาย เช่น ความรู้สึกขอบคุณ (Gratitude) ความหวัง (Hope) ความเห็นใจผู้อื่น (Compassion) อารมณ์ขัน (Humor) เป็นต้น และมีการใช้เทคนิคที่มีความหลากหลาย (Gander, Proyer & Ruch, 2016)

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ช่วยเพิ่มสุขภาวะเชิงอัตวิสัย สุขภาวะทางจิต และช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Sin & Lyubomirsky, 2009; Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer, 2013) ส่วนงานวิจัยอื่นๆ มีผลทางบวกเกี่ยวกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต การจัดการกับปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ดีใกล้ชิดมากขึ้น (Cohn & Fredrickson, 2010) นอกจากนี้ ยังพบประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ (Huffman, Mastromauro, Boehm, Seabrook, Fricchione, Denninger & Lyubomirsky, 2011; Macaskill, 2016) โรคเบาหวาน (Huffman, DuBois, Millstein, Celano & Wexler, 2015; Macaskill, 2016) และโรคมะเร็ง (Macaskill, 2016) เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกหมายถึง วิธีการบำบัดรักษาหรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกฝนให้เกิดความรู้สึกทางบวก พฤติกรรมทางบวก หรือการรู้คิดทางบวก ซึ่งโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการนำตัวแปรทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกมาปรับใช้ มีเทคนิควิธีการต่างๆ มากมาย ทั้งยังช่วยทำให้สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอาการที่ดีมากขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) เป็นโมโนทัศน์ที่กว้าง ทำให้การให้นิยามหรือความหมาย รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันออกไปในหลากหลายมิติ ขึ้นอยู่กับมุมมองหรือวัตถุประสงค์ในการศึกษา สำหรับในกรณีของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือปฐมพยาบาล โดยวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออัตราการตายจากโรคนั้นๆ รวมทั้งการคงไว้ของภาวะสุขภาพ (Healthcare Financial Management Association, 2016: 5 cited in Frommer, Rubin & Lyle, 1992; Lang, 1976: 10; Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998) จากการประมวลแนวคิดที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพทำให้สามารถจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Health Outcomes) คือ สิ่งที่ยังชี้ผลการเปลี่ยนแปลงของสภาวะและอาการของผู้ป่วยที่แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ และอวัยวะในร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและสมรรถภาพการประกอบ

กิจกรรมของร่างกาย รวมทั้งผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ และสามารถคิดค่าสถิติได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิต อัตราการหายใจ สมรรถภาพทางกาย และอุณหภูมิของร่างกาย (Jike, Itani, Watanabe, Buysse, & Kaneita, 2017; Lee, et al., 2017)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological Health Outcomes) คือ สภาวะที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วย เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความหวัง (Gu, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2015; Holland et al., 2017; Rogers, Ferrari, Mosely, Lang, & Brennan, 2017)

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Outcomes) เป็นการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพในหลายๆ ด้าน ที่บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ คุณภาพชีวิต (Sazlina, Zaiton, Nor Afiah, & Hayati, 2012)

## การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยปริมาณที่ได้รับการพัฒนาและมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากในปัจจุบัน หลักการในการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการสรุปข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องในรูปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และเป็นการอธิบายว่าข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความแตกต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกิดขึ้นจากการปรับแก้จุดอ่อนของวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้อยู่เดิมให้ดีขึ้น การพัฒนาข้างต้นมีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นระบบ มีความเป็นปรนัย และมีความถูกต้องเที่ยงตรงสูง (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2541)

### ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเรื่องเดียวกัน เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปที่มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ (Glass, McGaw & Smith, 1981; Hedge & Olkin, 1985; Mullen, 1989) โดยข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ประกอบด้วยดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์การวิจัย คือ งานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์ คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ควรพิจารณาทำความเข้าใจการวิเคราะห์ห่อภิมาณใน 3 ประเด็นหลักๆ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) นั่นคือ

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาหรือประเด็นเดียวกัน ผู้วิจัยควรกำหนดนิยามและขอบเขตของการวิจัยให้มีความชัดเจน จะทำให้สามารถคัดเลือกงานวิจัยที่มีปัญหาวิจัยตรงกัน แม้จะ

ใช้แบบแผนการวิจัยต่างกัน เครื่องมือวิธีการวัดต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ต่างกันได้ ก็สามารถนำมาสังเคราะห์ได้

2. ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยผลการวิจัยแต่ละเรื่อง และคุณลักษณะงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษาตัวแปรต่างกัน หรือตัวแปรเดียวกันแต่ใช้เครื่องมือต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยแต่ละเรื่องจึงไม่อยู่ในสเกลเดียวกัน จึงจำเป็นต้องทำให้อยู่ในรูปดัชนีมาตรฐาน (Standard indices)

3. หน่วยการวิเคราะห์ สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีลักษณะแตกต่างจากหน่วยการวิเคราะห์ในงานวิจัยโดยทั่วไป คือ หน่วยตัวอย่างแต่ละคนที่ให้ข้อมูล ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีหน่วยการวิเคราะห์ทั้งระดับนักเรียน และระดับโรงเรียน แต่การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีหน่วยการวิเคราะห์ คือ รายงานการวิจัยแต่ละเรื่อง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลผลการวิจัย และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย

#### **ลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ**

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีการกำหนดนิยามตัวแปร และกำหนดนิยามคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ
2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นั่นคือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ด้วย
3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณทุกเรื่อง จะมีตัวแปรตามเป็นดัชนีมาตรฐานเสมอ
4. แบบแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความแตกต่างของปรากฏการณ์ นักวิจัยต้องสำรวจรายงานการวิจัยแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่จะใช้เป็นตัวแปรต้นหรือตัวแปรปรับในการอธิบายความแตกต่างของดัชนีมาตรฐาน
5. ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวแปรตามในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือผลการวิจัยซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยวัดในรูปดัชนีมาตรฐาน ส่วนตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย หัวใจสำคัญอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาในงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีค่าเป็นเท่าไรในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ลักษณะความสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบมีเงื่อนไขที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ทำให้ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีความลึกซึ้งลุ่มลึกมากกว่าผลการวิเคราะห์เดิม

#### **ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ**

เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์รวบรวมเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้น มีแบบแผนการวิจัยต่างกัน มีการวัดตัวแปรต่างกัน และมีการวิเคราะห์ทางสถิติต่างกัน ทำให้ผลการวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันมีผลที่อยู่ในรูปที่แตกต่างกัน ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้ จะทำได้ก็ต่อเมื่อเปลี่ยนผลการวิจัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันก่อน นั่นคือทำให้อยู่ในรูปของดัชนีมาตรฐาน โดยดัชนีมาตรฐานแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะงานวิจัย นั่นคือ (1) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size: d) เป็นดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิจัยเชิง

ทดลอง และ (2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients:  $r$ ) เป็นดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

สำหรับค่าขนาดอิทธิพล ( $d$ ) เป็นค่าสถิติที่บอกถึงปริมาณผลของตัวแปรจัดกระทำ ที่มีต่อตัวแปรตามในงานวิจัยเชิงทดลอง เป็นค่าที่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และทำให้อยู่ในรูปคะแนนมาตรฐานโดยการหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) มีการเสนอให้ตีความหมายใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีนัยสำคัญหรือไม่ (2) ระบุทิศทางของความสัมพันธ์ (3) ระบุขนาดของความสัมพันธ์ และ (4) ระบุปริมาณความแปรผันร่วมจากค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of determination:  $r^2$ ) นั่นคือ ปริมาณความแปรปรวนในตัวแปรตามที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระ

สำหรับหน่วยในการวิเคราะห์ของการวิเคราะห์ถ้อยความ งานวิจัยแต่ละเรื่องถูกนำมาใช้ในรูปของดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งในงานวิจัยแต่ละเรื่อง ส่วนใหญ่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมากกว่า 2 ตัวแปร ดังนั้น ดัชนีมาตรฐานที่ได้ จึงมีมากกว่า 1 ค่า เรียกว่าการทดสอบสมมติฐานแต่ละชุดเป็นหน่วยการวัด

### ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ถ้อยความ

การดำเนินการในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ถ้อยความ ให้ความสำคัญในเรื่องการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1) การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ หลังจากที่นักวิจัยได้ทำการบันทึกข้อมูลจากรายงานการวิจัย และได้ตรวจสอบการลงรหัสตัวแปรว่าถูกต้องแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการเตรียมไฟล์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยต้องสร้างไฟล์ข้อมูล และต้องตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดที่มีค่าขาดหาย (Missing) บ้าง ถ้ามีค่าที่ขาดหายมากต้องตรวจสอบว่าการขาดหายเกิดขึ้นโดยสุ่มหรือมีระบบ เช่น ถ้างานวิจัยจากหน่วยงานส่วนใหญ่ ข้อมูลเกี่ยวกับปีที่พิมพ์หายไป แสดงว่าค่าของตัวแปรปีที่พิมพ์ขาดหายไปเฉพาะกลุ่ม ไม่ใช่การขาดหายแบบสุ่ม กรณีนี้ต้องย้อนกลับไปตรวจสอบและเก็บข้อมูลเสริมจากแหล่งอื่น ในกรณีที่ค่าขาดหายเป็นแบบสุ่ม นักวิจัยสามารถประมาณค่าทดแทนได้ วิธีในการประมาณค่าทดแทนค่าที่ขาดหายไปอาจใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรนั้น หรือใช้ค่าประมาณค่าที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวแปรที่มีข้อมูลที่มีการขาดหายกับตัวแปรที่สัมพันธ์กัน

2) การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร นักวิจัยต้องทำตารางแจกแจงความถี่เพื่อดูลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และหาค่าสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบว่าการแจกแจงของตัวแปรนั้นๆ เป็นโค้งปกติหรือไม่ มีความจำเป็นต้องมีการปรับตัวแปรหรือไม่ อย่างไร และต้องมีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) เพราะสถิติวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์จะใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นหลัก นอกจากนี้ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลง

เบื้องต้นที่จะใช้สถิติวิเคราะห์แต่ละประเภทหรือไม่ เช่น ในกรณีเป็นตัวแปรปรับ เป็นตัวแปรนามบัญญัติ ถ้าใช้การวิเคราะห์การถดถอย ต้องเปลี่ยนให้เป็นตัวแปรตัวมีก่อน จึงจะสามารถวิเคราะห์ได้

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรที่สำคัญ เช่น

- การทำตารางไขว้ (Cross tabulation) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเบื้องต้น

- การทำกราฟเพื่อเสนอค่าดัชนีมาตรฐาน เช่น แผนภูมิต้น-ใบ (Stem-leaf plot) เพื่อแสดงลักษณะการกระจายของดัชนีมาตรฐาน แผนภูมิกล่อง (Box plot) เพื่อแสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานระหว่างกลุ่มงานวิจัยที่มีการแบ่งกลุ่มตามตัวแปรปรับ เป็นต้น

4) การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัย หลักการสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ เป็นการวิเคราะห์ผลในรูปของดัชนีมาตรฐานทั้งหมด ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าเหมือนกันจะทำการสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัย แต่ถ้าแตกต่างกันต้องทำการวิเคราะห์ต่อไปว่ามีความแตกต่างกันเกิดขึ้นเนื่องจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยสามารถทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีการเชิงปริมาณ

แม้ว่าหลักการในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยจะเป็นแบบเดียวกัน แต่มีวิธีการวิเคราะห์ที่แตกต่างกัน โดยมีรูปแบบ 6 วิธี ดังนี้

4.1) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass

การวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass โดยจะมีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากการวิจัยเชิงทดลอง โดยให้นำค่าเฉลี่ยจากกลุ่มทดลองลบด้วยค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม แล้วหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม นอกจากนั้น Glass ยังได้เสนอการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็นสมการสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

จุดเด่นของวิธีการของ Glass คือ สูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีแบบแผนการทดลองแตกต่างกันหลายแบบ และมีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ มาเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันได้ นอกจากนี้จะสนใจกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานซึ่งเปรียบได้กับผลของงานวิจัย ยังให้ความสนใจอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานและการวิเคราะห์การถดถอย โดยแบ่งตัวแปรคุณลักษณะเป็นตัวแปรต้นและมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม เพื่อหาข้อสรุปว่าความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานที่เกิดขึ้นนั้นได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวแปรใด

4.2) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Rosenthal

การวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Rosenthal จะมีการนำค่าระดับนัยสำคัญมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และมีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใน 2 ลักษณะ โดยลักษณะแรก เป็นการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติจากการทดสอบสมมติฐาน และลักษณะที่สอง เป็นการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ โดยใช้สูตรในการประมาณค่าตามแนวคิดของ Cohen ที่ใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมเป็นตัวหาร



การสังเคราะห์งานวิจัยมีสูตรการหาค่าดัชนีมาตรฐาน ทั้งที่เป็นขนาดอิทธิพลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สำหรับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ต้องมีการเปลี่ยนค่าสหสัมพันธ์ให้เป็นคะแนน Fisher's Z ก่อนที่จะมีการวิเคราะห์ และมีการแบ่งแยกสังเคราะห์งานวิจัยตามตัวแปรคุณลักษณะ

#### 4.3) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Hunter

การวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Hunter ใช้วิธีการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen เช่นเดียวกับ Rosenthal แต่ให้ความสำคัญกับการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์มากกว่าเชิงทดลอง วิธีของ Hunter จะให้ความสำคัญกับการปรับแก้ความคลาดเคลื่อน 3 ประเภท ได้แก่ 1) การปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการวัด (Correction for measurement error) 2) การปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Correction for sampling error) และ 3) ความคลาดเคลื่อนด้วยการจำกัดของพิสัย (Correction for range restriction) ก่อนที่จะมีการสังเคราะห์จากค่าดัชนีมาตรฐาน เมื่อปรับแก้แล้วจึงให้ตรวจสอบสมมติฐานว่ามีความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานหรือไม่ หากมีความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐาน ขึ้นต่อไปเป็นการหาตัวแปรปรับเพื่อแยกกลุ่มของงานวิจัยก่อนทำการสังเคราะห์และสรุปผลต่อไป

#### 4.4) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Hedges

การวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Hedges ใช้วิธีการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen เช่นเดียวกัน วิธีของ Hedges ให้ความสำคัญกับคุณสมบัติในการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน โดยเฉพาะค่าขนาดอิทธิพล และการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนตามวิธีของ Hunter แต่มีความแตกต่างกันที่ วิธีนี้ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการสังเคราะห์ Hedges & Olkin (1985) ได้นำเสนอสูตรการคำนวณค่าเฉลี่ยโดยการถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง และใช้ค่าสถิติ Q ที่มีการแจกแจงแบบไค-สแควร์ ก่อนการสังเคราะห์งานวิจัย

#### 4.5) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Slavin

การวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Slavin ให้ความสำคัญกับการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เนื่องจากเชื่อว่าถ้างานวิจัยเดิมไม่มีคุณภาพ ผลการสังเคราะห์ย่อมไม่มีคุณภาพด้วย ดังนั้น จึงต้องให้มีการประเมินคุณภาพงานวิจัย และทำการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาทำการสังเคราะห์ต่อไป Slavin เรียกว่าเป็นการวิเคราะห์อภิมานว่าเป็นการสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุด (Best evidence synthesis) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลอาจใช้วิธีของใครก็ได้ที่กล่าวมาแล้ว แต่วิธีการของ Slavin มีข้อจำกัดในการปฏิบัติจริง เพราะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีจำนวนไม่มากนัก เมื่อคัดเลือกเฉพาะงานที่มีคุณภาพดี ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์อภิมานมีจำนวนน้อยลงไปอีก การสรุปอ้างอิงจึงมีข้อจำกัด

#### 4.6) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Mullen

การวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Mullen ใช้ในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen เช่นกัน และใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนน Fisher's Z ในการวิเคราะห์การประมาณค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานใช้การหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก

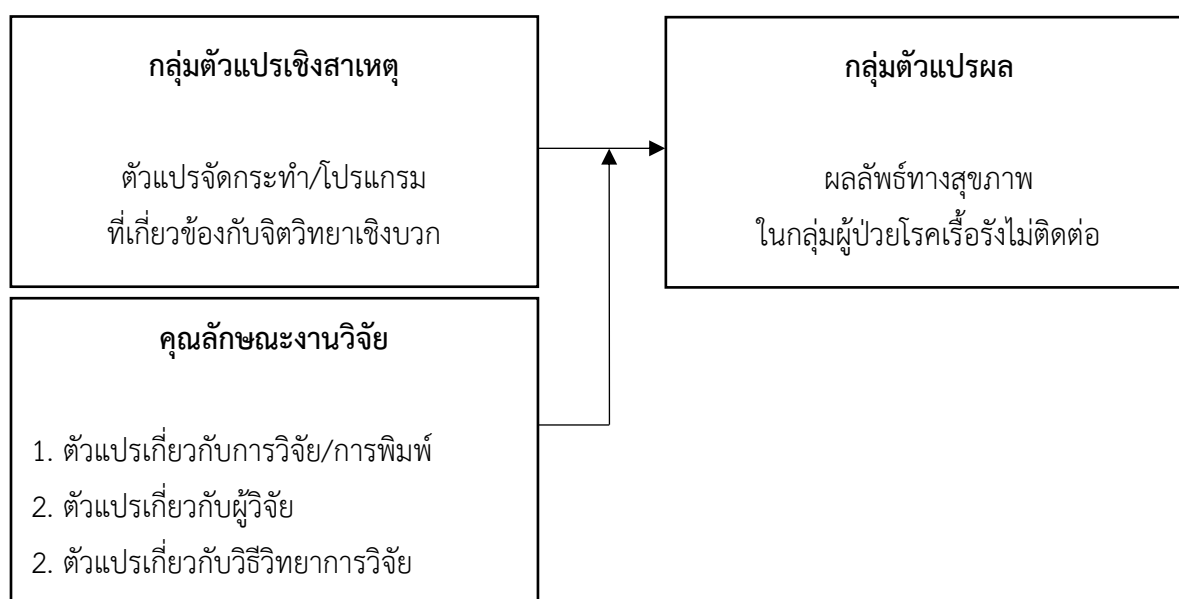
จุดเด่นของวิธีนี้ มีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ BASIC Meta-Analysis เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์อภิมานโดยตรง โดยหลักการของโปรแกรม ประกอบด้วย Module คือ โมดูลการจัดการ

ฐานข้อมูล โมดูลการวิเคราะห์เปรียบเทียบและการรวม โมดูลศึกษาวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรพยากรณ์และการวิเคราะห์ทดสอบโมเดล และโมดูลแสดงแผนภูมิที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของดัชนีมาตรฐาน การตรวจสอบว่าตัวแปรปรับใดที่สามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้ดีมากที่สุด นั่นคือ เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบโมเดลซึ่งเป็นแนวโน้มใหม่ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ในการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีของ Glass เป็นหลัก เนื่องจากวิธีดังกล่าวสามารถทำการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งงานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์และการวิจัยเชิงทดลองที่มีแบบแผนการทดลองที่แตกต่างกันได้ และวิธีการของกลาสมีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ มาเป็นแบบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีการอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวน รวมทั้งสถิติขั้นสูงอื่นๆ โดยมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม และตัวแปรปรับเป็นตัวแปรอิสระ จึงถือได้ว่าวิธีการของ Glass เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ที่ดำเนินการวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ ระหว่างปี ค.ศ. 2008-2017 จากฐานข้อมูล SCOPUS โดยผู้วิจัยใช้หลักการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามแนวคิดของ Glass, McGaw & Smith (1981) ประกอบด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจัดกระทำหรือตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ซึ่งถูกประมาณค่าเพื่อให้ได้ดัชนีมาตรฐาน หรือที่เรียกว่าขนาดอิทธิพล โดยถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรตามในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีตัวแปรอิสระ ประกอบด้วยคุณลักษณะของงานวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการสังเคราะห์งานวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ และมีงานวิจัยเป็นจำนวนมาก รวมทั้งได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยและประมาณค่าอิทธิพลที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำ ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) มีขอบเขตการวิจัยครอบคลุมบทความวิจัยในฐานข้อมูล SCOPUS ระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2017 จำนวน 3,416 เรื่อง เป็นประชากร และทำการคัดสรรบทความวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์และมีเนื้อหาเพียงพอสำหรับการสังเคราะห์ทั้งสิ้น จำนวน 30 เรื่อง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนิยาม และแนวทางการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์อภิมานเพื่อให้ได้กรอบแนวคิดการสังเคราะห์งานวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกงานวิจัย เป็นการคัดเลือกงานวิจัยในฐานข้อมูล SCOPUS ที่มีความสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการสังเคราะห์งานวิจัย ซึ่งต้องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีโปรแกรมจัดกระทำเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก คัดเลือกเพื่อทำการวิเคราะห์อภิมาน

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ เป็นการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการทดลองใช้ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 5 การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) รวบรวมบันทึกข้อมูลบทความวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูล และ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย บันทึกข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย ค่าสถิติต่างๆ จากงานวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อกำหนดค่าสถิติเชิงบรรยาย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของบทความวิจัย ได้แก่ 1) ตัวแปรเกี่ยวกับการวิจัยและการพิมพ์ 2) ตัวแปรเกี่ยวกับผู้วิจัย และ 3) ตัวแปรวิธีวิทยาการวิจัย

ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์อภิมานเป็นขั้นตอนการประมาณค่าขนาดอิทธิพล รวมถึงศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพล

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นขั้นตอนของการสรุปองค์ความรู้ที่ได้ จัดทำรายงาน การวิจัย และจัดทำบทความเพื่อเผยแพร่

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2551) และได้ ปรับให้เข้ากับลักษณะของงานวิจัยในครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. เอกสารและเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัย รับรองจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมในมนุษย์ จาก (the IRB of Srinakharinwirot University, Certificate of approval No. SWUEC/E-264/2560)

2. สร้างเครื่องมือ/แบบบันทึกข้อมูลให้เก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาความถูกต้องครบถ้วน ความเป็นไปได้ ในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลบทความวิจัยจำนวน 10 เรื่อง จากงานวิจัย ประเภทเชิงทดลอง และเมื่อพบปัญหาในการบันทึกข้อมูล หรือมีข้อมูลบางประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ ปรับปรุงเครื่องมือวัดอีกครั้งก่อนที่จะนำไปเก็บจริง ตามแบบบันทึกในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยหัวข้อและ ประเด็น ดังนี้

- 1) แหล่งข้อมูล เช่น ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์ เป็นต้น
- 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดทำต่างๆ เป็นต้น
- 3) แบบแผนการวิจัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง
- 4) ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- 5) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 6) วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิธีการสุ่มตัวอย่าง
- 7) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 8) ค่าสถิติ ได้แก่ ค่า  $r$ ,  $t$ ,  $F$  เป็นต้น
- 9) ผลการวิจัยที่สำคัญ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลบทความวิจัยในฐานข้อมูล SCOPUS ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561 รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. สํารวจรายชื่อบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวจะต้องตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2560 (ปี ค.ศ. 2008-2017)
2. พิจารณาอ่านงานวิจัยโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกงานวิจัย
3. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยเพื่อใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย โดยนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ
4. ผู้วิจัยอ่านบทความวิจัยที่คัดเลือกมาอย่างละเอียด ทำการบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย และค่าสถิติต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูล
5. ทำการเตรียมไฟล์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สรุปผลการวิจัย และจัดทำรายงานผลการสังเคราะห์งานวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลในการรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ
- ตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของรายงานการวิจัย โดยใช้ความถี่ และร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มาตรวัดแบบมาตราส่วน ใช้วิธีการคำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามแนวคิดของ Glass, McGaw & Smith (1981) โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพล

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ และมีงานวิจัยเป็นจำนวนมาก และได้ประมาณค่าอิทธิพลที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำ ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) มีขอบเขตการวิจัยครอบคลุมบทความวิจัยในฐานข้อมูล SCOPUS ในช่วงปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2017 จำนวน 3,416 เรื่อง โดยมีงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์และมีเนื้อหาเพียงพอสำหรับการสังเคราะห์ทั้งสิ้น จำนวน 30 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทั้ง 30 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด เนื่องจากงานวิจัยจะต้องศึกษาในประเด็นตัวแปรอิสระเกี่ยวกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก และศึกษาในประเด็นตัวแปรตามเดียวกัน นั่นคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และต้องเป็นงานวิจัยที่ให้ค่าสถิติเพียงพอต่อการนำไปคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw & Smith (1981) จำนวน 30 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในสุขภาพของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือประชากร อันเนื่องมาจากตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรม โดยในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ใน 14 ด้าน คือ 1) Glycemic control 2) BMI 3) C-Reactive Protein 4) Body Fat Mass 5) Fasting Insulin 6) Fasting Glucose 7) Waist Circumference 8) Total Cholesterol 9) LDL 10) HDL 11) Triglycerides 12) Systolic Blood Pressure 13) Diastolic Blood Pressure และ 14) Weight

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถแบ่งรายละเอียดการนำเสนอได้ดังนี้

#### 4.1 ข้อมูลพื้นฐานคุณลักษณะของงานวิจัย

ตารางที่ 1 การแจกแจงความถี่คุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นเล่มงานวิจัย

ชื่อตัวแปร	ค่าตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
1. ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่	1. ค.ศ. 2008	1	3.33
	2. ค.ศ. 2009	2	6.67
	3. ค.ศ. 2012	4	13.33
	4. ค.ศ. 2013	3	10.00
	5. ค.ศ. 2014	2	6.67

ชื่อตัวแปร	ค่าตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
	6. ค.ศ. 2015	6	20.00
	7. ค.ศ. 2016	6	20.00
	8. ค.ศ. 2017	6	20.00
	รวม	30	100.00
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม	30	100.00
	รวม	30	100.00
3. แบบแผนการวิจัย	1. การวิจัยเชิงทดลอง	30	100.00
	รวม	30	100.00
4. ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1. Glycemic control	17	15.60
	2. C-Reactive Protein	3	2.75
	3. BMI	13	11.93
	4. Body Fat Mass	5	4.59
	5. Fasting Insulin	3	2.75
	6. Fasting Glucose	5	4.59
	7. Waist Circumference	9	8.26
	8. Total Cholesterol	7	6.42
	9. LDL	7	6.42
	10. HDL	4	3.67
	11. Triglycerides	6	5.50
	12. Systolic Blood Pressure	10	9.17
	13. Diastolic Blood Pressure	10	9.17
	14. Weight	10	9.17
	รวม	109	100.00
5. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	1. กลุ่มโรคเบาหวาน	16	53.33
	2. กลุ่มโรคอ้วน	11	36.67
	3. กลุ่มโรคหัวใจ	2	6.67
	4. กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง	1	3.33
	รวม	30	100.00
6. ประเภทของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1. Wilcoxon Signed Rank	3	3.70
	2. t-test	16	19.75
	3. Chi-Square	13	16.05



ชื่อตัวแปร	ค่าตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
	4. ANOVA	10	12.35
	5. ANCOVA	11	13.58
	6. MANOVA	1	1.24
	7. MANCOVA	3	3.70
	8. Mixed-Model Analysis	9	11.11
	9. Regression	11	13.58
	10. Correlation	4	4.94
	รวม	81	100.00

จากตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นเล่มงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2015, 2016 และ 2017 จำนวนปีละ 6 เรื่อง (ร้อยละ 20.00) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (ร้อยละ 100) และมีแบบแผนการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (ร้อยละ 100) งานวิจัยส่วนใหญ่ ศึกษาตัวแปรตาม Glycemic Control (ร้อยละ 15.60) รองลงมาคือ BMI (ร้อยละ 11.93) งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือ โรคอ้วน (ร้อยละ 36.67) และงานวิจัยส่วนใหญ่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test (ร้อยละ 19.75) รองลงมาคือ Chi-square (ร้อยละ 16.05)

ตารางที่ 2 การแจกแจงความถี่ค่าขนาดอิทธิพล (d) จำแนกตามโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย
1. Glycemic Control	1. Mindfulness-based Intervention (Mind-STRIDE)	Mindfulness	0.418
	2. Mindful Self-Compassion Intervention	Mindfulness, Kindness	0.381
	3. Partners in Care	Self-Efficacy	1.091
	4. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	1.290
	5. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.067
	6. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.811

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
	7. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.182
	8. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.111
	9. Mindfulness-based Stress Reduction Intervention	Mindfulness	2.143
	10. RB-DSME Intervention	Resilience	0.261
	11. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.133
	12. Self-Regulation Weight Reduction Intervention	Self-Regulation	0.500
	13. Educational Guidance (E-Guide)	Self-Efficacy	1.167
	14. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.340
	15. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.353
	16. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.150
	17. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.736
2. C-Reactive Protein	1. Seligman Positive Psychology Intervention	Gratitude, Forgiveness, Happiness, Optimism, Resilience, Strength and Virtues, Meaning in Life	4.806
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.246
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.600
3. BMI	1. Choices Intervention	Resilience	0.460
	2. Kg-Free Intervention	Mindfulness, Compassion	0.121
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.545
	4. Mindfulness-based Weight Loss Intervention	Mindfulness	0.549
	5. RB-DSME Intervention	Resilience	0.147
	6. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.526

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
	7. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.366
	8. Self-Regulation Weight Reduction Intervention	Self-Regulation	1.175
	9. Web-based Intervention	Mindfulness	0.313
	10. Educational Guidance (E-Guide)	Self-Efficacy	0.161
	11. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.312
	12. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	1.934
	13. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.793
4. Body Fat Mass	1. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.315
	2. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.285
	3. Self-Efficacy Intervention	Self-Efficacy	0.111
	4. BITES Intervention	Self-Regulation	0.062
	5. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	1.398
5. Fasting Insulin	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness	0.326
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.569
	3. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.342
6. Fasting Glucose	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness	0.465
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	3.018
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.653
	4. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.221
	5. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.251
7. Waist Circumference	1. Kg-Free Intervention	Mindfulness, Compassion	0.136
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.237
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.583

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
	4. RB-DSME Intervention	Resilience	0.448
	5. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.554
	6. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.406
	7. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.082
	8. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	1.231
	9. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.461
8. Total Cholesterol	1. Kg-Free Intervention	Mindfulness, Compassion	0.759
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.213
	3. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.324
	4. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.117
	5. BITES Intervention	Self-Regulation	0.203
	6. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.106
	7. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.354
9. LDL	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	2.864
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.441
	3. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.080
	4. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.109
	5. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.141
	6. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.185
	7. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.868
10. HDL	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.700
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.808
	3. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.374
	4. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.547

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
11. Triglyceride	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	2.586
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.431
	3. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.084
	4. BITES Intervention	Self-Regulation	0.286
	5. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.284
	6. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.227
12. Systolic Blood Pressure	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	0.882
	2. Web-based Mindfulness Intervention	Mindfulness	0.237
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.974
	4. Mindfulness-based Stress Reduction Intervention	Mindfulness	2.188
	5. Mindfulness-based Intervention (ELDERSHINE)	Mindfulness	0.683
	6. RB-DSME Intervention	Resilience	0.344
	7. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.140
	8. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.287
	9. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.335
	10. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.350
13. Diastolic Blood Pressure	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.400
	2. Web-based Mindfulness Intervention	Mindfulness	0.104
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.486
	4. Mindfulness-based Stress Reduction Intervention	Mindfulness	4.016
	5. Mindfulness-based Intervention (ELDERSHINE)	Mindfulness	0.330
	6. RB-DSME Intervention	Resilience	0.172
	7. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.331
	8. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.219
	9. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.383

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
14. Weight	10. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.225
	1. Choices Intervention	Resilience	0.231
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.952
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	3.750
	4. Mindful Loving Kindness Meditation	Mindfulness, Kindness	1.084
	5. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.050
	6. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.115
	7. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.514
	8. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.183
	9. Self-Regulation Weight Reduction Intervention	Self-Regulation	0.732
	10. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.065

จากตารางที่ 2 การแจกแจงความถี่ของค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล (d) ของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาแยกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า

1. Glycemic Control โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Glycemic Control ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Stress Reduction Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness (d = 2.143) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy (d = 1.290)

2. C-Reactive Protein โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ C-Reactive Protein ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Seligman Positive Psychology Intervention ใช้แนวคิด Gratitude, Forgiveness, Happiness, Optimism, Resilience, Strength and Virtues, Meaning in Life (d = 4.806) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation (d = 1.600)

3. BMI โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ BMI ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Individual Health Management Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy (d = 1.934) รองลงมาคือ Self-Regulation Weight Reduction Intervention ใช้แนวคิด Self-Regulation (d = 1.175)

4. Body Fat Mass โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Body Fat Mass ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Individual Health Management Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 1.398$ ) รองลงมาคือ Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 0.315$ )

5. Fasting Insulin โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Fasting Insulin ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Forgiveness ( $d = 0.569$ ) รองลงมาคือ Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 0.342$ )

6. Fasting Glucose โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Fasting Glucose ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 3.018$ ) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Forgiveness ( $d = 0.653$ )

7. Waist Circumference โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Waist Circumference ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 1.583$ ) รองลงมาคือ Individual Health Management Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 1.231$ )

8. Total Cholesterol โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Total Cholesterol ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Kg-Free Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Compassion ( $d = 0.759$ ) รองลงมาคือ Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 0.354$ )

9. LDL โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ LDL ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 2.864$ ) รองลงมาคือ Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 0.868$ )

10. HDL โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ HDL ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 1.700$ ) รองลงมาคือ RB-DSME Intervention ใช้แนวคิด Resilience ( $d = 0.808$ )

11. Triglyceride โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Triglyceride ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 2.586$ ) รองลงมาคือ RB-DSME Intervention ใช้แนวคิด Resilience ( $d = 0.431$ )

12. Systolic Blood Pressure โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Systolic Blood Pressure ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Stress Reduction Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 2.188$ ) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 0.974$ )

13. Diastolic Blood Pressure โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Diastolic Blood Pressure ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Stress Reduction Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d$

= 4.016) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 1.400$ )

14. Weight โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Weight ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 3.750$ ) รองลงมาคือ Mindful Loving Kindness Meditation ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness ( $d = 1.084$ )



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Glass McGaw และ Smith (1981) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ และเพื่อศึกษาค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ จากงานวิจัยเชิงทดลองที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล SCOPUS ในปี ค.ศ. 2008 ถึง 2017 ที่เกี่ยวกับของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ จำนวน 3,416 เรื่อง โดยมีงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์และมีเนื้อหาเพียงพอสำหรับการสังเคราะห์ทั้งสิ้น จำนวน 30 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด เนื่องจากงานวิจัยจะต้องศึกษาในประเด็นตัวแปรอิสระเกี่ยวกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก และศึกษาในประเด็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และต้องเป็นงานวิจัยที่ให้ค่าสถิติเพียงพอต่อการนำไปคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1981) งานวิจัยทั้งหมดได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ใน 14 ด้าน คือ 1) Glycemic Control 2) BMI 3) Systolic Blood Pressure 4) Diastolic Blood Pressure 5) Weight 6) Waist Circumference 7) Total Cholesterol 8) LDL 9) Triglyceride 10) Fasting Glucose 11) Body Fat Mass 12) HDL 13) C-Reactive Protein 14) Fasting Insulin โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกส่วนใหญ่มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่และโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Mindfulness, Self-Efficacy และ Self-Regulation ตามลำดับ

#### อภิปรายผลการวิจัย

**เพื่อศึกษาคคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ**

จากผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยมากที่สุด ได้แก่ 2015-2017 ซึ่งสัมพันธ์กับความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อพัฒนาโปรแกรมและหารูปแบบที่เหมาะสมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จึงเป็นเหตุให้มีจำนวนงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น 14 ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) Glycemic control 2) BMI และ 3) Systolic Blood Pressure ซึ่งสัมพันธ์กับสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ

## เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่า ขนาดอิทธิพลโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Mindfulness, Self-Efficacy และ Self-Regulation ตามลำดับ

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Mindfulness มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด โดยมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นักวิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ทำให้ได้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมที่ใช้แนวคิด Mindfulness เพื่อส่งเสริมการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต้อมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เนื่องจากการฝึกสติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเข้าสู่สมาธิขั้นสูงที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการหลั่ง endorphin and serotonin ซึ่งนำไปสู่การตอบสนองของ norepinephrine และกระตุ้น parasympathetic response (Chiesa & Serretti, 2010) และลดปริมาณฮอร์โมนคอร์ติซอลที่เกี่ยวกับความเครียด (Jennifer, 2012) ทำให้ช่วยบรรเทาอาการจากโรคเรื้อรังไม่ติดต้อต่างๆ และทำให้ร่างกายและจิตใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hilton et al., 2017) สอดคล้องกับ Farver-Vestergaard, Jacobsen, และ Zachariae (2015) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของ Psychosocial Interventions ที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยด้วย Chronic Obstructive Pulmonary Disease ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณจำนวน 20 เรื่อง ที่พบว่า โปรแกรมที่ใช้แนวคิด Mindfulness (e.g. mindfulness-based therapy, yoga, and relaxation) มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Casellas-Grau, Font, & Vives (2014) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของ positive psychology interventions ในผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 16 เรื่อง พบว่า โปรแกรม positive psychology interventions ที่ใช้แนวคิด Mindfulness มีการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ และทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี มีความหวัง

รองลงมา โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Self-Efficacy มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริม Self-Efficacy ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Bandura, 1997; Gancarczyk, Czekierda, & Luszczynska, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Olander และคณะ (2013) ที่ศึกษาเทคนิคที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 61 เรื่อง พบว่า โปรแกรม Self-Efficacy มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลง physical activity behavior โดยมีขนาดอิทธิพลปานกลาง

และสุดท้าย โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Self-Regulation มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก Self-Regulation เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเองและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง โดยบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการด้วยตนเอง (Sniehotta et al., 2005) ซึ่ง สอดคล้องกับ Maes และ Karoly (2005) ที่พบว่า จากการทบทวนวรรณกรรม 15 เรื่อง โปรแกรม Self-Regulation มีประสิทธิภาพต่อการจัดการอาการโรคเรื้อรัง (Chronic Illness Management) อย่างไรก็ตาม

ข้อค้นพบที่ได้ทำให้ได้ข้อสรุปความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมดและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยระดับนานาชาติ เนื่องมาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์ประการหนึ่งว่า ต้องเป็นงานวิจัยที่การศึกษาตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยระดับนานาชาติ ซึ่งนับได้ว่าเป็นงานวิจัยที่ดีและมีคุณภาพ แต่อาจทำให้วิทยานิพนธ์ ช้อมลจากเอกสารบางอย่างไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้ามา นำไปสู่การที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ และอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกงานวิจัยได้

### ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้า หรือเผยแพร่ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

ควรมีการจัดทำคู่มือและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเลือกใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

หากจะมีการนำโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้ ควรพิจารณาความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการนำไปใช้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำงานวิจัยเชิงทดลองควรแสดงค่าสถิติที่จำเป็นสำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล เพื่อประโยชน์สำหรับการสังเคราะห์งานวิจัยต่อไป

ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัย ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์มีค่าความตรงภายในมากขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์ห่อถักนให้มากขึ้นด้วย

ควรมีการติดตามผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว และควรมีการพัฒนางานวิจัยเพื่อควบคุมโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์อภิมาน Meta-Analysis*. กรุงเทพฯ: นิซินแอดเวอร์ตีทิงกรุ๊ป.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. (2541). *การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อภิมานและการวิเคราะห์เนื้อหา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ  
สำนักนายกรัฐมนตรี.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และวรวรรณ ชันติชัยธร. (2553). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทพยาบาลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 24(3), 85-100
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2551). *รายงานการวิจัยฉบับที่ 115 เรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., & Bhaskaran, K. (2017). Adverse mental health outcomes in breast cancer survivors compared to women who did not have cancer: systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6, 162.  
<http://doi.org/10.1186/s13643-017-0551-2>
- Cohn, M. A. & Fredrickson, B. L. (2010). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 355-366
- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
- Gander, F., Proyer, R. T. & Ruch, W. (2016). Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: A randomized, placebo-controlled online study. *Frontiers in Psychology*, 7, 686.
- Glass, G. V.; McGaw, B.; & Smith, M. L. (1981). *Meta-Analysis in Social Research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Green, L. S., Oades, L. G. & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 142-149.

- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Healthcare Financial Management Association. (2016). *Introduction to health outcomes*. Bristol: Healthcare Financial Management Association
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-Analysis*. San Diego: Academic Press.
- Holland, C., Boukouvalas, A., Wallis, S., Clarkesmith, D., Cooke, R., Liddell, L., & Kay, A. (2017). Transition from community dwelling to retirement village in older adults: cognitive functioning and psychological health outcomes. *Ageing and Society, 37*(7), 1499-1526. doi:10.1017/S0144686X16000477
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M. & Wexler, D. (2015). Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: Rationale, theoretical model, and intervention development. *Journal of Diabetes Research*.
- Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J. K., Seabrook, R., Fricchione, G. L., Denninger, J. W. & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart International, 6*(2), e14.
- Lang, N. M. & Marek, K. D. (1991). Outcome that reflect clinical practice. *Nursing Clinic of North America, 32*(3), 579-587.
- Lee, K. Y., Lam, M. H. S., Lei, Y., Ho, R. K. S., Cheung, B. C. M., et al. (2017) Effects of Physical Activity on Functional Health of Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Athletic Enhancement, 6*:3.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. & Diener. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803-855.
- Macaskill, A. (2016). Review of positive psychology applications in clinical medical populations. *Healthcare, 4*, 66
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370- 96.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care, Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship, 30*: 43-46. doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x
- Mullen, B. (1989). *Advanced BASIC Meta-Analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K. & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindness intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 361-375.
- Rogers, J. M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C. P., & Brennan, L. (2017). Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity Reviews*, 18(1), 51-67. doi:10.1111/obr.12461
- Sazlina, S. G., Zaiton, A., Nor Afiah, M. Z., & Hayati, K. S. (2012). Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *J Nutr Health Aging*, 16(5), 498-502.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, 293-311.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A, Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotions: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K. & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70(1), 5-31.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.

- Baig, A. A., Benitez, A., Locklin, C. A., Gao, Y., Lee, S. M., Quinn, M. T., Solomon, M. C., Sanchez-Johnson, L., Burnet, D. L. & Chin, M. H. (2015). Picture good health: A church-based self-management intervention among Latino adults with diabetes. *Journal of General Internal Medicine, 30*(10), 1481-1490.
- Cai, C. & Hu, J. (2016). Effectiveness of a family-based diabetes self-management educational intervention for Chinese adults with type 2 diabetes in Wuhan, China. *The Diabetes Educator, 42*(6), 697-711.
- Chacko, S. A., Yeh, G. Y., Davis, R. B. & Wee, C. C. (2016). A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine, 28*, 13-21.
- Daubenmier, J., Lin, J., Blackburn, E., Hecht, F. M., Kristeller, J., Maninger, N., Kuwata, M., Bacchetti, P., Havel, P. & Epel, E. (2012). Changes in stress, eating, and metabolic factors are related to changes in telomerase activity in a randomized mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology, 37*, 917-928.
- Daubenmier, J., Moran, P. J., Kristeller, J., Acree, M., Bacchetti, P., Kemeny, M. E., Dallman, M., Lustig, R. H., Grunfeld, C., Nixon, D. F., Milush, J. M., Goldman, V., Laraia, B., Laugero, K. D., Woodhouse, L., Epel, E. S. & Hecht, F. M. (2016). Effects of a mindfulness-based weight loss intervention in adults with obesity: A randomized clinical trial. *Obesity, 24*, 794-804.
- DiNardo, M., Saba, S., Greco, C. M., Broyles, L., Terhorst, L., Chasens, E. R., Bair, B., Charron-Prochownik, D. & Cohen, S. (2017). A mindful approach to diabetes self-management education and support for veterans. *The Diabetes Educator, 43*(6), 608-620.
- Dreger, L. C., Mackenzie, C. & McLeod, B. (2015). Feasibility of a mindfulness-based intervention for Aboriginal adults with type 2 diabetes. *Mindfulness, 6*, 264-280.
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G. & Consedine, N. S. (2016). Kindness matters: A randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA<sub>1c</sub> among patients with diabetes. *Diabetes care, 39*, 1963-1971.
- George, J. T., Valdovinos, A. P., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., Torgenson, D. J., Wells, T. & Thow, J. C. (2008). Clinical effectiveness of a brief educational intervention in type 1 diabetes: Results from the BITES (Brief intervention in type 1 diabetes, education for self-efficacy) trial. *Diabetic Medicine, 25*, 1447-1453.

- Hartmann, M., Friederich, H., Kopf, S., Kieser, M., Kircher, C., Bierhaus, A., Faude-Lang, V., Humpert, P. M., Djuric, Z., Herzog, W., Augstein, F. & Nawroth, P. P. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*, *35*, 945-947.
- Huisman, S., de Gucht, V. , Maes, S., Schroevers, M., Chatrou, M. & Haak, H. (2009). Self-Regulation and Weight Reduction in Patients with Type 2 Diabetes: A Pilot Intervention Study. *Patient Education and Counseling*, *75*, 84-90.
- Luszczynska, A., Hagger, M. S., Banik, A., Horodyska, K., Knoll, N. & Scholz, U. (2016). Self-efficacy, planning, or a combination of both? A longitudinal experimental study comparing effects of three interventions on adolescents' body fat. *PLoS ONE*, *11*(7), e0159125.
- Mantzios, M. & Wilson, J. C. (2015). Exploring mindfulness and mindfulness with self-compassion-centered interventions to assist weight loss: Theoretical considerations and preliminary results of a randomized pilot study. *Mindfulness*, *6*, 824-835.
- McKee, H. C. & Ntoumanis, N. (2014). Developing self-regulation for dietary temptations: Intervention effects on physical, self-regulatory and psychological outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*, 1075-1081.
- Melchart, D., Low, P., Wuhr, E., Kehl, V. & Weidenhammer, W. (2017). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention (TALENT) study on weight reduction: A randomized controlled trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, *10*, 235-245.
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A., Nagaraja, H. & Miser, F. (2012). Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*, 1835-1842.
- Nikrahan, G. R., Laferton, J. A. C., Asgari, K., Kalantari, M., Abedi, M. R., Etesampour, A., Rezaei, A., Suarez, L. & Huffman, J. C. (2016). Effects of positive psychology interventions on risk biomarkers in coronary patients: A randomized, wait-list controlled pilot trial. *Psychosomatics*, *57*, 359-368.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. & Cunha, M. (2017). Exploratory the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, *112*, 107-116.



- Palta, P., Page, G., Piferi, R. L., Gill, J. M., Hayat, M. J., Connolly, A. B. & Szanton, S. L. (2012). Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older adults. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(2), 308-316.
- Rader, S., Dorner, T. E., Schoberberger, R. & Wolf, H. (2017). Effects of a web-based follow-up intervention on self-efficacy in obesity treatment for women. *Wien Klin Wochenschr*, 129, 472-481.
- Shomaker, L. B., Bruggink, S., Pivarunas, B., Skoranski, A., Foss, J., Chaffin, E., Dalager, S., Annameier, S., Quaglia, J., Brown, K. W., Broderick, P., & Bell, C. (2017). Pilot randomized controlled trial of a mindfulness-based group intervention in adolescent girls at risk for type 2 diabetes with depressive symptoms. *Complementary Therapies in Medicine*, 32, 66-74.
- Sinclair, K. A, Makahi, E. K., Shea-Solatorio, C., Yoshimura, S. R., Townsend, C. K. M. & Kaholokula, J. K. (2013). Outcomes from a diabetes self-management intervention for native Hawaiians and Pacific people: partner in care. *Annals of Behavioral Medicine*, 45, 24-32.
- Siwik, V., Kutob, R., Ritenbaugh, C., Cruz, L., Senf, J., Aickin, M., Going, S. & Shatte, A. (2013). Intervention in overweight children improves body mass index (BMI) and physical activity. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26, 126-137.
- Steinhardt, M. A., Brown, S. A., Dubois, S. K., Harrison, Jr., L., Lehrer, H. M. & Jagers, S. S. (2015). A resilience intervention in African-American adults with type 2 diabetes. *American Journal of Health Behavior*. 39(4), 507-518.
- Tapper, K., Shaw, c., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52, 396-404.
- Van Son, J., Erdtsieck, R. J., Nyklicek, I., Spooren, P. F., Pop, V. J., Toorians, A. W., Blonk, M. C. & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA<sub>1c</sub> in outpatients with diabetes. *Diabetes Care*, 36, 823-830.
- Wongrochananan, S., Tuicomepee, A., Buranarach, M. & Jiamjarasrangsi, W. (2015). The effectiveness of interactive multi-modality intervention on self-management support of type 2 diabetic patients in Thailand: A cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35(Suppl. 2), S230-S236.

- Yamamoto, T., Moyama, S. & Yano, H. (2017). Effect of a newly-devised nutritional guide based on self-efficacy for patients with type 2 diabetes in Japan over 2 years: 1 year intervention and 1-year follow-up studies. *Journal of Diabetes Investigation*, *8*, 195-200.
- Younge, J. O., Wery, M. F., Gotink, R. A., Utens, E. M. W. J., Michels, M., Rizopoulos, D., van Rossum, E. F. C., Hunink, M. G. M. & Roos-Hesselink, J. W. (2015). Web-based mindfulness intervention in heart disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *10*(12), e0143843.
- Yu, C. H., Parsons, J. A., Mamdani, M., Lebovic, G., Hall, S., Newton, D., Shah, B. R., Bhattacharyya, O., Laupacis, A. & Straus, S. E. (2014). A web-based intervention to support self-management of patients with type 2 diabetes mellitus: Effect on self-efficacy, self-care and diabetes distress. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, *14*, 117.