บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้อาการเตือน ที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการสุขภาพ ในรพ.สต. 3 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านสันต้นแหน ตำบลแม่คือ รพ.สต.บ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน และรพ.สต.บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 384 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการสุขภาพ ในรพ.สต. 3 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านสันต้นแหน ตำบลแม่คือ รพ.สต.บ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน และรพ.สต.บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2554ของ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่งเป็นฐานในการคำนวณ จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำตามตารางของ เครซี่ และ มอร์แกน (Krejcie& Morgan, 1970 อ้างในสุจิตราบุณยรัตพันธุ์, 2534) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 191 คน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) (ธวัชชัย วรพงศธร, 2543) ดังนี้

ขั้นตอนแรก แบ่งพื้นที่ในเขตอำเภอดอยสะเก็ดออกเป็น 15 กลุ่ม ตามเขตความรับผิดชอบของ รพ.สต. และเลือก รพ.สต. แบบเจาะจง โดยเป็น รพ.สต. ที่ประจำอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านสันต้นแหน ตำบลแม่คือ รพ.สต.บ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน และรพ.สต.บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

ขั้นตอนที่สอง เนื่องจาก รพ.สต.ทั้ง 3 แห่งมีจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกัน จึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างมาแห่งละ 65 คนโดยการเรียงลำดับหมายเลขทะเบียน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผู้ป่วย (Hospital Number) จากน้อยไปมาก ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

2) เป็นผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3) เป็นผู้ที่ใช้บริการทางด้านสุขภาพใน รพ.สต. ของอำเภอดอยสะเก็ด

4) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี

5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (ธวัชชัย วรพงศธร, 2543) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (จรัญ จันทลักขณา, 2540 อ้างใน ศรีสุดา หร่มระฤก และ วรรณี อู่ไพบูรณ์, 2540) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาปรับปรุงจากแบบประเมินการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหัสยาพร มะโน(2552)

ส่วนแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองผู้ศึกษาพัฒนาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแนวปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้นำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ (ภาคผนวก ก)มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกคนทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง และทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงของโรคนั้นๆ แต่ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยอมรับว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ตระหนักต่อความรุนแรงของการเกิดโรค อีกส่วนหนึ่งเกิดจากตนเองไม่สามารถจดจำรายละเอียดที่แพทย์แนะนำได้ทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมองว่าโรคต่างๆ ในปัจจุบันหรือแม้แต่โรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้น ล้วนแล้วแต่มีสาเหตุมาจาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

พฤติกรรมแทบทั้งสิ้น ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคดังกล่าวเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำรงชีวิตภายใต้กระแสสังคมที่พวกเขาไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นพวกเขาจึงมีความจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ เช่น “ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มและผงชูรส” ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมองว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากในปัจจุบันคนส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารจากร้านค้ารับประทานกันมากขึ้น โดยอ้างว่าไม่มีเวลาในการประกอบอาหารเนื่องจากทำงานหนัก และบางรายยอมรับว่าอาหารที่ซื้อจากร้านค้ามีรสชาดอร่อยกว่าอาหารที่ปรุงเอง ถึงแม้จะทราบดีว่าอาหารเหล่านั้นมีผลเสียต่อร่างกายแต่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก็เลือกที่จะรับประทานอาหารจากร้านค้ามากกว่า, “การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์จะทำให้ร่างกายแข็งแรงและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค”ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่รพ.สต. เคยรณรงค์ให้มีการออกกำลังกายทุกเย็น แต่ด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัวและอาชีพการงานทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้นจึงมองว่าการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ยากเช่นกัน และ “ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน” ในผู้ป่วยโรคเบาหวานแพทย์มักแนะนำให้รับประทานข้าวสวยแทนข้าวเหนียว เนื่องจากในปริมาณที่เท่ากันข้าวสวยจะมีน้ำตาลน้อยกว่าข้าวเหนียว แต่ด้วยลักษณะวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมหรืออาจเรียกได้ว่าเป็นวัฒนธรรมของชาวเหนือที่รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ดังนั้นการจะเปลี่ยนวิถีชีวิตเหล่านี้จึงเป็นเรื่องค่อนข้างยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังรู้สึกว่าการรับประทานข้าวสวยทำให้หิวบ่อย ซึ่งส่งผลให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นกว่าเดิมเป็นต้น แต่พฤติกรรมเหล่านี้จะเปลี่ยนไปเมื่อใกล้ถึงวันนัดพบแพทย์ โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะพยายามปฏิบัติตัวตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเพราะกลัวว่าผลการตรวจร่างกายจะผิดปกติ

โดยแบบสัมภาษณ์ของการศึกษานี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน (ภาคผนวก ข) คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ความถี่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือการตรวจตามนัด ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11ข้อ

2.2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7ข้อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ และ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน จำนวน 8 ข้อ

2.4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน11 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพมีลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 อันดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน ระดับความคิดเห็น

1 เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อหรือความนึกคิดตรงกับข้อความนั้นๆ

0 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อหรือความนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นๆ

0 ไม่มั่นใจ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจกับข้อความนั้นๆ

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของการรับรู้ทั้งโดยรวมและรายด้าน พิจารณาจากคะแนนดิบของการรับรู้ โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/3 ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม (ช่วง 24 – 46 คะแนน)

24 – 31 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ

32 – 39 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง

40 – 47 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ช่วง 1 – 11 คะแนน)

1 – 4 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะเสี่ยงระดับต่ำ

5 – 8 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะเสี่ยงระดับปานกลาง

9 – 12 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะเสี่ยงระดับสูง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (ช่วง 3 - 7 คะแนน)

3 - 4 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ

5 - 6 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง

7 - 8 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้ประโยชน์ของโรคหลอดเลือดสมอง (ช่วง 12 - 18 คะแนน)

12 - 14 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ

15 - 17 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง

18 - 20 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้อุปสรรคของโรคหลอดเลือดสมอง (ช่วง 0 - 11 คะแนน)

0 - 3 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับต่ำ

4 - 7 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง

8 - 11 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน8 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 อันดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน ระดับความคิดเห็น

1 เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อหรือความนึกคิดตรงกับข้อความนั้นๆ

0 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อหรือความนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นๆ

0 ไม่มั่นใจ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจกับข้อความนั้นๆ

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากคะแนนดิบของการรับรู้ โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/3 ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง(ช่วง 2 – 8คะแนน)

2 - 4 คะแนน หมายถึง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ

5 - 7 คะแนน หมายถึง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง

8 - 10 คะแนน หมายถึง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน ระดับการปฏิบัติ

0	ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย
1	ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย หรือ สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง
2	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง
3	ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นสม่ำเสมอทุกวัน

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากคะแนนดิบของพฤติกรรม โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/3 ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง (ช่วง 11 - 45 คะแนน)

11 - 22	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ
23 - 34	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
35 - 46	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity)

แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษานำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกจำนวน 1 ท่าน จากนั้นปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมด้านเนื้อหา ความชัดเจนด้านภาษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน(Kuder - Richardson)โดยใช้สูตร KR_{20} ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ0.69 และค่าความเชื่อมั่นรายด้าน คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ0.84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ0.65 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ0.81 และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.82

2. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) โดยใช้สูตร KR_{20} ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.63

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อผ่านการอนุมัติผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ทุกเวลา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทันทีที่ต้องการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาเท่านั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

2. ผู้ศึกษาสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ข้อมูลเกี่ยวกับ รพ.สต.ในเขตอำเภอดอยสะเก็ด โดยใช้ฐานข้อมูลจากรพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และ จากนั้นทำการเลือก รพ.สต. โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

3. ผู้ศึกษาส่งหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การทำสนทนากลุ่มในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังผู้อำนวยการ รพ.สต. พร้อมทั้งประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานตรวจคัดกรองความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

4. ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลเบื้องต้นของการศึกษานี้โดยการทำสนทนากลุ่ม ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการสุขภาพใน รพ.สต.บ้านสันต้นแหน ตำบลแม่คือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่และข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือของการศึกษาครั้งนี้

5. ผู้ศึกษาทำการเรียงลำดับหมายเลขทะเบียนผู้ป่วยจากน้อยไปมาก ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ตรงกับกลุ่มที่ต้องการ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

6. ผู้ศึกษาเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

7. ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

8. ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ที่จัดเก็บได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเบื้องต้นจากการทำสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมไปกับการรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลและตีความหมายหาคำอธิบาย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองทั้งข้อมูลโดยรวมและรายด้านวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Pearson’s correlation

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved