

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive Predictive Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก และไม่ได้รับการผ่าตัด อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
- 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารได้
- 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power Analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของโคเฮน (Cohen, 1987 cited in Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่า Power Analysis เท่ากับ .80 และ Effect Size เท่ากับ .20 ได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 197 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามแบบเติมข้อความลงในช่องว่างและแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับในปัจจุบัน น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย

1.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยฉบับย่อของไวน์แมนและคณะ (Weinman et al., 2005) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire - revised: IPQ-R) ของมอสส์ - มอริสและคณะ (Moss - Morris et al., 2002) โดยมุ่งสอบถามความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วยเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Consequences) ระยะเวลาของการเป็นโรคและเจ็บป่วย (Timeline) การปฏิบัติและจัดการกับโรค หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมและรักษาโรค (Control/ Cure) ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) ข้อคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ “A Visual Analogue Scale” คือ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) กำหนดให้ 0 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยเลยว่าข้อความนั้นตรงกับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง และ 10 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดว่า ข้อความนั้นตรงกับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามที่ตรงกับ การรับรู้ของผู้ป่วยมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่แสดง	ข้อความที่แสดง
	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 10 คะแนน	ให้คะแนน 0 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 0 คะแนน	ให้คะแนน 10 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรค จะพิจารณาแบ่งคะแนนรวมของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประกอบ กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนช่วง 54 - 80 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับมาก

คะแนนช่วง 27 - 53 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 0 - 26 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับน้อย

1.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัย

ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับปรึกษาในผู้ป่วยวัณโรคของ รจนา โฉน สิงห์ (2550) โดยดัดแปลงและปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้วิจัยทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับปรึกษาต่อเนื่อง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ คือ ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8 และการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อ คือ ข้อที่ 9, 10 และข้อที่ 12 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อ คือ ข้อที่ 11 และข้อที่ 13 ข้อ ปรับลักษณะคำตอบเป็นแบบ “A Visual Analogue Scale” คือ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) กำหนดให้ 0 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เลย และ 10 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตามข้อความนั้น ๆ เป็นประจำทุกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยมากที่สุดเกี่ยวกับการรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัด ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ตามความสม่ำเสมอของพฤติกรรมการรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่แสดง	ข้อความที่แสดง
	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง	ให้คะแนน 10 คะแนน	ให้คะแนน 0 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน	ให้คะแนน 10 คะแนน

คะแนนช่วง 168 - 250 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค
อยู่ในระดับมาก

คะแนนช่วง 84 - 167 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 0 - 83 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค
อยู่ในระดับน้อย

1.5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการ
เผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping-Scale: JSC) (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลโดยปณิ
มิ่งขวัญ (2542) มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
(Confrontive Coping) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 - 13 ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive
Coping) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14 - 22 และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative
Coping) จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 23 - 36 แบบประเมินนี้ผ่านการทดสอบความถูกต้องของการ
แปลด้วยวิธี Back - translation โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 ท่าน และนำไป
ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน มีค่าความเชื่อมั่น
โดยรวมเท่ากับ .86 ส่วนค่าความเชื่อมั่นรายด้าน พบว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ .82
ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .71 และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เท่ากับ .70 ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ระดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการ
ใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียด แบบนี้เลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 1 - 3 ครั้ง/ เดือน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 1 - 2 ครั้ง/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ 3 - 4 ครั้ง/ สัปดาห์
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ เกือบทุกครั้ง

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จะพิจารณาแบ่งคะแนนรวมของ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการมาตรวจตามนัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนช่วง 88 - 130 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและ

การมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับมาก

คะแนนช่วง 44 - 87 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและ

การมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 0 - 43 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและ

การมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับน้อย

1.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยใช้แบบ

สัมภาษณ์พฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของอรุณศวน

นางแย้ม (2550) ข้อคำถามประกอบด้วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการเลือก

รับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ การเลือกซื้ออาหาร การปรุง และการรับประทานอาหาร

จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 6, 9, 10

และข้อที่ 11 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 20 ข้อ คือ ข้อที่ 2 - 5, 7, 8 และข้อที่

12 - 25 ลักษณะคำตอบเป็นแบบ“A Visual Analogue Scale” คือ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) กำหนดให้

0 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เลย และ 10 คะแนน หมายถึง กลุ่ม

ตัวอย่างปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เป็นประจำทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติ

ของผู้ป่วยมากที่สุดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรคใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามความ

สม่ำเสมอของพฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย เกณฑ์ในการให้คะแนน มีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่แสดง	ข้อความที่แสดง
	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
ปฏิบัติทุกวัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 10 คะแนน	ให้คะแนน 0 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน	ให้คะแนน 10 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะโรค จะพิจารณาแบ่ง คะแนนรวมของพฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ระดับ ปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

การให้คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36 - 180 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	ให้ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนาน ๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้ง	ให้ 5 คะแนน

การประเมินผลคะแนน

เนื่องจากไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้ เพราะแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงประเมินโดยใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Vitaliano, Maiuro, Russo & Becker, 1987) คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียด โดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ๆ ได้เป็นค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน จะได้คะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน ซึ่งจะอยู่ระหว่าง 0.01 - 1.00 และเมื่อเทียบกับการใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ย ด้านใดมาก แสดงว่า ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

1.6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยแยกเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในการลด จด หรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ การดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน จำนวน 2 ข้อ การดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ และการควบคุมน้ำหนัก จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 6 - 9 โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ เลย
ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 1 - 2 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 3 - 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 5 - 6 วัน/สัปดาห์

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่แสดง	ข้อความที่แสดง
	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความ

รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนรวม 36 คะแนน จะพิจารณาแบ่งคะแนนรวมของ

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ดังนี้

คะแนนช่วง 28 - 36	หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริม ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก
คะแนนช่วง 19 - 27	หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริม ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 9 - 18	หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริม ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อัยการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลพยาบาลภาควิชาอายุรศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการให้คะแนนแต่ละข้อซึ่งมีช่วงคะแนน 1 ถึง 4 คะแนน หลังจากนั้นนำผลมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 แล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค เท่ากับ .89 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 1.00 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .83

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค เท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำจากข้อมูลทั้งหมด ($n = 197$) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบ

สัมพันธภาพการรับรู้เกี่ยวกับโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 แบบสัมพันธภาพพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 แบบสัมพันธภาพพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหารเฉพาะโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 แบบสัมพันธภาพพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และแบบสัมพันธภาพพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัย พร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสระบุรี และ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเสนอข้อมูลกระทำใน ภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี และ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ ขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากโรงพยาบาลสระบุรี และ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยขอพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี และ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และดำเนินการรวบรวมข้อมูล

3. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียน ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในวันนั้น ๆ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล

4. หลังจากผู้ป่วยได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และรับหมายเลขตรวจเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เช่นต์ไบนินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

5. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ในระหว่างรอเข้าพบแพทย์ หรือหลังจากเข้าพบแพทย์ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับยากลับบ้าน ซึ่งโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ใช้ช่วงเวลา 08.00 - 12.00 น. และโรงพยาบาลสระบุรี ใช้ช่วงเวลา 11.00 - 15.00 น. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์โดยละเอียดและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ในแต่ละข้อคำถาม โดยจะใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 20 - 30 นาที

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ กรณีที่ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์ จะตัดแบบสัมภาษณ์ชุดนั้นออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. กำหนดรหัสการควบคุมความดันโลหิต โดยกำหนดให้กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ เป็น 1 หมายถึง มีค่าความดันซิสโตลิก ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือค่าความดัน โลหิต ไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็น 0 หมายถึง มีค่าความดันซิสโตลิก เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือค่าความดันโลหิต ไดแอสโตลิก เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Logistic Regression เป็นการวิเคราะห์ความถดถอยแบบ 2 กลุ่ม ซึ่งตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ มีค่าได้เพียง 2 ค่า (Dichotomy or Binary Variable)
3. วิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรม

การควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

5. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Logistic Regression