

# การพัฒนาเครื่องมือประเมินผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

วนิดา ตูรงค์ฤทธิชัย\* ส.ด (การพยาบาลสาธารณสุข)

หทัยชนก บัวเจริญ\* พร.ด (การพยาบาล)

จริยาวัตร คมพยัคฆ์\*\* ส.ด (การพยาบาลสาธารณสุข)

**บทคัดย่อ:** งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาเครื่องมือประเมินผู้ให้บริการในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และเพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือดังกล่าวกับผู้ให้บริการในชุมชนจำนวน 14 ราย การพัฒนาเครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดเป็นหลัก มีโครงสร้าง 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ให้บริการจำนวน 13 ข้อ 2) ข้อมูลลักษณะและความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและครอบครัวกับชุมชนที่อาศัยอยู่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย บทบาทของผู้ให้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกหรือปรุงอาหาร การออกกำลังกายในชุมชน การไม่สูบบุหรี่ในชุมชน การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ กับครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับการเลือกอาหารและการจัดการความเครียด ข้อสังเกตที่ได้จากการพัฒนาเครื่องมือคือ 1) โครงสร้างและองค์ประกอบของเครื่องมือได้จากความรู้วิทยาการระบาดโยงโยกับสาเหตุปัญหาเพื่อให้มองเห็นปัจจัยเสี่ยงของโรค ส่วนทฤษฎีการพยาบาลของคิง เป็นการนำแนวคิดย่อยในระบบต่างๆ มากำหนดข้อคำถามซึ่งจะช่วยให้การประเมินทั้งมิติทางการพยาบาลและมิติของการเจ็บป่วยได้อย่างครอบคลุม 2) แบบประเมินในแต่ละส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิดต้องใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขยายความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงของผู้ให้บริการการตามทฤษฎีการพยาบาลของคิงได้ชัดเจน 3) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้การตรวจสอบทั้งความตรงเชิงเนื้อหา ความน่าเชื่อถือ และการตรวจสอบสามเส้า ซึ่งข้อมูลที่ได้มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 4) การประเมินในแต่ละข้อคำถาม จะตีความตามแนวคิดย่อยของทฤษฎีได้มากกว่า 1 แนวคิดและมีความเชื่อมโยงระหว่างระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคม การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาลจึงต้องตีความทั้ง 3 ระบบควบคู่กันไป 5) การสร้างเครื่องมือโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐานต้องคัดเลือกแนวคิดของทฤษฎีที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคที่ศึกษาเท่านั้น เพื่อลดข้อมูลที่ไม่จำเป็นและเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการเพื่อการตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2550 ; 22(3) 55-66

**คำสำคัญ :** โรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาเครื่องมือ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\* คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

## ความเป็นมาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีความชุกสูงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และเริ่มพบมากขึ้นในกลุ่มคนวัยทำงานจากการศึกษาร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> พบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชายและทุก 6 นาทีจะมีคนไทยส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง นับได้ว่าเป็นอัตราที่สูงมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งด้านพันธุกรรมและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันแบบไม่ตรงไปตรงมา อาการของโรคก่อตัวขึ้นอย่างช้า ๆ และขยายไปอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีความผิดปกติให้เห็น เมื่อมีอาการเกิดขึ้นก็แสดงว่าอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว และภายหลังการรักษาจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง ซึ่งอาการของโรคกำเริบเป็นระยะ ๆ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ กระทั่งต่อวิถีชีวิต กลายเป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพที่ต้องจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว<sup>2</sup>

โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภาวะวิกฤติที่ไม่สามารถทำนายได้ล่วงหน้า แต่ป้องกันได้หากสามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนการก่อตัวของโรค โดยเฉพาะพฤติกรรม

สุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง สาเหตุที่พบได้บ่อยของโรคนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงและจากการสูบบุหรี่<sup>3</sup> จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคนั้น มีทั้งกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่ยังมีสุขภาพดี และกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ แล้วทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน สัมผัสปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และจะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเมื่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์ กันจนกระทั่งแสดงอาการของโรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้

ดังนั้น การจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้รับบริการในชุมชนจึงต้องค้นหาปัจจัยเสี่ยงอย่างรอบด้านทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนจึงจะสามารถสะท้อนปัจจัยในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ใช้บริการเพื่อหาทางลดความเสี่ยงให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องด้วยการวัดหรือประเมินด้วยเครื่องมือที่สามารถบ่งชี้ได้ถึงพฤติกรรมของบุคคล และปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แล้วนำผลที่ได้มากำหนดเป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ เพื่อหยุดยั้งหรือลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ทฤษฎีการพยาบาลของคิงเป็นทฤษฎีเชิงระบบที่ให้ความสำคัญและสะท้อนวิถีชีวิตของผู้รับบริการด้วยระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคม มองว่าทั้งพยาบาลและผู้ให้บริการต่างมีความเป็นบุคคลและเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับบริบทตามธรรมชาติของผู้ใช้บริการและวิธีการให้บริการ

สุขภาพของพยาบาลในชุมชน<sup>4-7</sup> ดังนั้น ทฤษฎีการพยาบาลของคิงจึงสามารถนำมาเป็นแนวทางในการอธิบายปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้รับบริการในชุมชนที่นอกจากจะทำให้เข้าใจสาเหตุในระดับบุคคลแล้วยังช่วยสะท้อนให้เห็นปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวและบริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องได้อย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีการพยาบาลของคิงได้ถูกนำมาใช้ในการสร้างเครื่องมือประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีงานนำแนวคิดนี้มาใช้ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้บริการในชุมชน<sup>5,7</sup>

ดังนั้น การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ใช้บริการในชุมชนตามแนวคิดหลักและแนวคิดย่อยต่างๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของคิงน่าจะช่วยทำความเข้าใจบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทที่เป็นจริงของชุมชนได้อย่างถูกต้องนำไปสู่การจัดการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การจัดการกลุ่มเสี่ยงที่ทุกฝ่ายในชุมชนร่วมมือกันป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือนี้โดยเลือกสรรแนวคิดหลักและแนวคิดย่อยที่สำคัญในทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของเครื่องมือรวมทั้งกำหนดสเกลและดัชนีชี้วัดที่สะท้อนค่าของปัจจัยที่สนใจเพื่อให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความแม่นยำ เชื่อถือได้และมีความไวเพียงพอ

ที่จะวัดปัจจัยเสี่ยงได้ซึ่งจะให้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ใช้บริการในชุมชนได้ครอบคลุมทุกระดับ และสามารถนำไปสู่การจัดการร่วมกันอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้รับบริการในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

เนื่องจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น โรคเบาหวาน อายุ เพศ เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการที่ผู้รับบริการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลักษณะชุมชนและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อยู่ในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคมตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง ซึ่งหากพยาบาลสามารถประเมินแนวคิดต่างๆ ที่อยู่ภายในระบบทั้ง 3 ระบบได้อย่างถูกต้องก็จะนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์และเกิดการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การประเมินปัจจัยเสี่ยงตามทฤษฎีการพยาบาลของคิงได้เลือกเฉพาะแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น โดยแนวคิดในระบบบุคคลประกอบด้วย 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรค 2) พัฒนาการและการเจริญเติบโตของร่างกาย 3) การเรียนรู้เกี่ยวกับโรค 4) ขอบเขตพื้นที่ชีวิต 5) ภาพลักษณ์ต่อตนเอง และ 6) การจัดการปัญหา แนวคิดในระบบระหว่างบุคคลประกอบด้วย 1) การสื่อสาร 2) การมีปฏิสัมพันธ์และ 3) การจัดการ ส่วนแนวคิดในระบบ

สังคมประกอบด้วย 1) องค์กร 2) อำนาจ 3) หน้าที่ 4) ความรับผิดชอบ และ 5) สถานภาพทางสังคม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง
2. ประเมินคุณภาพของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้น

### วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มจากการนำความรู้วิทยาการระบาดโยงโยสาเหตุของปัญหาเพื่อให้เห็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรค ซึ่งพบว่าได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความเครียด หลังจากนั้นนำแนวคิดย่อยในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคมตามทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาพิจารณาว่าปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยที่พบอยู่ในระบบของทฤษฎีแล้วจึงกำหนดข้อความให้ครอบคลุมมากที่สุด นิยามเชิงปฏิบัติการข้อความเพื่อกำหนดการวัดที่เหมาะสม จัดหมวดหมู่ข้อความ ตัดข้อความ ที่ซ้ำซ้อนออกเพื่อให้แบบประเมินกระชับที่สุดแต่ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษามากที่สุด ในขั้นนี้ หมวดหมู่คำถามที่ได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความทั้งปลายปิดและปลายเปิดและข้อมูลสุขภาพจำนวน 36 ข้อ

เป็นข้อความแบบลิเกิร์ตสเกล 2) ข้อมูลลักษณะและความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับครอบครัวที่อาศัยจำนวน 25 ข้อเป็นข้อความแบบลิเกิร์ตสเกล

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพด้านความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน การพยาบาล 1 ท่านและการพัฒนาเครื่องมือ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง การเลือกใช้แนวคิดย่อยที่สอดคล้องกับภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการและครอบครัวในชุมชน ประเมินความสมเหตุสมผลของภาษาซึ่งพบว่าสิ่งที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ การใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย ชัดเจน เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทชุมชน การสร้างข้อความให้มีความครบถ้วนการใช้ข้อความที่สื่อให้ผู้ตอบตอบตามสเกลที่กำหนดไว้อย่างเป็นธรรมชาติและแยกแยะความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบในแต่ละสเกลได้อย่างชัดเจน การให้ความสำคัญกับความคิดเห็น ทำให้อารมณ์และความรู้สึกขณะที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลเนื่องจากทฤษฎีการพยาบาลของคิงให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการที่จะนำไปสู่การแก้ไขสาเหตุของผู้ให้บริการได้อย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot study) กับผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปเก็บรวมข้อมูลกับผู้ให้บริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ต้องการศึกษาจำนวน 10 ราย พร้อมกับบันทึกและสังเกตผลการใช้เครื่องมือเกี่ยวกับความยากง่ายในการใช้และตอบ

แบบประเมิน การสื่อและเข้าใจความหมายตรงกัน ระหว่างผู้ถามและผู้ตอบแบบประเมิน ทำที่และการตอบสนองของทั้งผู้ใช้บริการและสมาชิกในครอบครัวต่อข้อความทั้งฉบับและรายชื่อเพื่อหาความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน นำผลที่ได้มาปรับปรุงโครงสร้างและรายละเอียดในแบบประเมินทั้งหมดและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำรวมทั้งสิ้น 3 รอบ

**ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้เครื่องมือหลังการปรับปรุงในกลุ่มเป้าหมาย** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงไปสอบถามกับผู้ให้บริการในชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีอายุ 40 ปีขึ้นไปอาศัยประจำอยู่ในชุมชนนั้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคของหลอดเลือดสมองมาก่อนจำนวน 14 ราย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในและความเหมาะสมของแบบประเมินตามขั้นตอนที่ 3 อีกครั้ง

ตลอดกระบวนการวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในชุมชนโดยเคารพความเป็นส่วนตัวและปกปิดความลับ มีการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการให้ข้อมูลซึ่งสามารถยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล นอกจากนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

**ผลการวิจัย แบ่งออกได้เป็น 4 ช่วง คือ**

**ช่วงที่ 1 ผลการสร้างเครื่องมือจากการศึกษาเชิงคุณภาพรวมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง** จากการศึกษาข้อมูลชุมชนทั้งข้อมูลปฐมภูมิและ

ทุติยภูมิเพื่อใช้ในการกำหนดหมวดสาระและจำนวนของข้อความย่อยในแต่ละหมวด ข้อมูลปฐมภูมิได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้อาวุโสและประชาชนในชุมชน ส่วนข้อมูลทุติยภูมิได้จากการศึกษาเอกสารหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกประวัติชุมชน บันทึกบุคคลสำคัญในชุมชน กฎระเบียบทางศาสนา ผลการพัฒนาชุมชนและแฟ้มครอบครัวของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังใช้การสร้างแผนที่เดินดินเพื่อให้เห็นภาพการเคลื่อนไหวของวิถีชีวิตของคนในชุมชนนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมากำหนดข้อความในแบบประเมินที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในวิถีชีวิตของผู้ใช้บริการให้มากที่สุดครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคที่พบในชุมชน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และความเครียด รวมทั้งครอบคลุมระบบทั้ง 3 ระบบในทฤษฎีการพยาบาลของคิง นิยามเชิงปฏิบัติการข้อความทุกข้อเพื่อกำหนดการวัดที่เหมาะสม จัดหมวดหมู่ข้อความ ตัดข้อความที่ซ้ำซ้อนออก ซึ่งแบบประเมินที่ได้ในช่วงนี้มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ** ของผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา น้ำหนักตัว ส่วนสูง ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบันและรายได้ของครอบครัว ข้อมูลสุขภาพประกอบด้วยระดับความดันโลหิตอาหารที่บริโภคประจำความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน การจัดการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย โรคประจำตัว ญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน

และโรคอ้วน ข้อมูลส่วนนี้วัดด้วยแบบสอบถาม ปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 15 ข้อ และมีการวัดความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยข้อคำถามแบบ ลิเกิร์ตสเกลเลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่เป็นความจริงมากที่สุด เป็นความจริงปานกลาง เป็นความจริงเล็กน้อยและไม่เป็นความจริงจำนวน 36 ข้อ โดยคิดคะแนนข้อคำถามเชิงบวกจากมากไปหาน้อย ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนจากน้อยไปหามาก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะและความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและครอบครัวกับชุมชนที่อาศัยอยู่ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ได้จากการเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และความเครียดกับประเด็นหลักที่ครอบคลุมแนวคิดในระบบต่างๆ ของทฤษฎีการพยาบาลของ คิง 6 ประเด็น คือ การยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับสมาชิกในครอบครัว การปรับสุข ปรับทุกข์กับสมาชิกในครอบครัว การแลกเปลี่ยนข่าวสารในชุมชน การใช้บริการสุขภาพใกล้บ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชนและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว หรือวิถีชีวิตของ คนในชุมชนต่อพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ส่วนนี้มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 25 ข้อ กำหนดคำตอบแบบ ลิเกิร์ตสเกลเลือกตอบ 4 ระดับ โดยให้คะแนนลักษณะเดียวกับข้อคำถามในส่วนที่ 1

ข้อคำถามทั้งสองส่วนนี้ครอบคลุมแนวคิดในระบบบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค พัฒนาการและการเจริญเติบโตของร่างกาย การเรียนรู้เกี่ยวกับโรค ขอบเขตพื้นที่ชีวิต ภาพลักษณ์ต่อตนเองและการจัดการปัญหา แนวคิดในระบบระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ และการจัดการ และแนวคิดในระบบสังคมเกี่ยวกับองค์กร อำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบและสถานภาพทางสังคม

## ช่วงที่ 2 ผลการทดลองใช้ (Pilot study) เครื่องมือที่สร้างขึ้น

ภายหลังการทดลองใช้กับผู้ให้บริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ผู้วิจัยได้นำผลการบันทึกและการสังเกตเกี่ยวกับความยากง่ายในการใช้และตอบแบบประเมิน การสื่อและเข้าใจความหมายตรงกันระหว่างผู้ถามและผู้ตอบแบบประเมิน ทำที่และการตอบสนองของทั้งผู้ให้บริการและสมาชิกในครอบครัวต่อข้อคำถามทั้งฉบับและรายข้อ รวมทั้งผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดที่เป็นลิเกิร์ตสเกลมาปรับปรุง ขัดเกลาโครงสร้างและองค์ประกอบของแบบประเมินเพื่อให้มีความชัดเจน ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความสามารถในการสื่อความของข้อคำถามและความยาวของเนื้อความในแต่ละข้อคำถามที่เหมาะสม โดยยังคงโครงสร้างและองค์ประกอบภายในเครื่องมือเกี่ยวกับระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคมตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง และถูกต้องตามความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของการวิเคราะห์โยงโยสาเหตุปัญหาตามที่กำหนดไว้

## ช่วงที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความแม่นยำเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดในทุกรอบ เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ยังคงมีโครงสร้างและองค์ประกอบเดิมแต่มีรายละเอียดบางส่วนเปลี่ยนไป ในส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ให้บริการปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดยังคงเดิม แต่จะใช้เฉพาะข้อ

คำถามที่มีทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 13 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่เป็นลิเกิร์ตสเกลตัดทิ้งทั้งหมด ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะและความสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและครอบครัวกับชุมชนที่อยู่อาศัย ยังคงมีโครงสร้าง 4 ส่วน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และความเครียด ข้อคำถาม ที่เป็นลิเกิร์ตสเกลตัดทิ้งทั้งหมดเช่นเดียวกันมีข้อคำถามปลายเปิดข้อละ 1 คำถาม รวม 10 ข้อ จะเป็นข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ 1) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและภาวะไขมันในเลือดสูงต่อความเสี่ยงในการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต 2-3) การรับประทานอาหาร ไขมันหรือน้ำตาลสูง/ต่ำต่อความเสี่ยงหรือป้องกันการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต 4) บทบาทของผู้ใช้บริการในการเลือกหรือปรุงอาหารในครอบครัว 5) การพูดคุยแสดงความคิดเห็นของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานภายในครอบครัว 6) การออกกำลังกาย ต่อการป้องกันการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต 7) บทบาท ของผู้ใช้บริการและครอบครัวในการออกกำลังกายในชุมชน 8) การสูบบุหรี่ ยาเส้น ใบจากต่อความเสี่ยงในการเป็น อัมพฤกษ์ อัมพาต 9) บทบาทของผู้ใช้บริการและครอบครัวในการ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในชุมชน และ 10) การปรึกษากับครอบครัว เมื่อผู้ใช้บริการมีความเครียด

#### ช่วงที่ 4 การปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการในชุมชนเป้าหมายที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 14 รายพร้อมทั้งสังเกต บันทึก บันทึกเทปและบันทึกภาพหลังจากนั้น

นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์เนื้อหาภายใต้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility) และการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อยืนยันคุณภาพของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกขั้นตอน และมีประสบการณ์การทำงานวิจัย เชิงคุณภาพมาก่อน ผู้วิจัยแสดงบทบาทความเป็นกลางในชุมชน และสังเกตอย่างเอาใจใส่ในข้อมูลและบริบทแวดล้อมของการให้ข้อมูลทั้งในแง่ บุคคล เวลา และสถานที่ โดยยึดทฤษฎีการพยาบาลของคิง และการวิเคราะห์โยงโยสาเหตุปัญหาคือเป็นหลักการวิเคราะห์ข้อมูลตลอดช่วงเวลาของการศึกษา

ผลจากการทดลองใช้พบว่าแบบประเมินหลังการปรับปรุงท้ายสุดมีคำถามปลายเปิดเป็นหลัก มีโครงสร้าง 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา น้ำหนักตัว ส่วนสูง ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ระดับความดันโลหิต อาหารที่บริโภคประจำ ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน การจัดการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย โรคประจำตัว ญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและโรคอ้วน จำนวน 13 ข้อ

2) ข้อมูลลักษณะและความสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและครอบครัวกับชุมชนที่อาศัยอยู่ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดข้อละ 1 คำถาม รวม 10 ข้อ โดยถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความคิดเห็นเกี่ยวกับอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยป้องกันของ

โรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย  
บทบาทของผู้ให้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับการ  
เลือกหรือปรุงอาหาร การออกกำลังกายในชุมชน  
การไม่สูบบุหรี่ในชุมชน การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์  
ของผู้ให้บริการกับครอบครัวเกี่ยวกับอาหารและ  
การจัดการความเครียด

### การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยง  
ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอภิปราย ได้ดังนี้

1. แบบประเมินที่สร้างขึ้นบนทฤษฎีการ  
พยาบาลของคิง ผสมกับการวิเคราะห์โยโย  
สาเหตุของปัญหาภายใต้ความรู้ทางวิทยาการระบาด  
ทำให้สามารถกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบ  
ภายในแบบประเมินที่เฉพาะเจาะจงต่อความเสี่ยง  
ของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชนต่อการเกิด  
โรคหลอดเลือดสมองทั้งในมิติเชิงกว้างและเชิงลึก  
เนื่องจากทฤษฎีการพยาบาลของคิง ช่วยในการ  
กำหนดปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล รวมทั้ง  
ช่วยให้มองเห็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ที่  
มีผลต่อการเกิดโรคตามวิถีชีวิตจริงในชุมชนได้  
อย่างครอบคลุม ในขณะที่ความรู้ทางวิทยาการ  
ระบาดช่วย ในการวิเคราะห์สาเหตุทางด้านพยาธิ  
สรีรวิทยาของโรคซึ่งเน้นปัจจัยภายในบุคคลเป็นหลัก  
สอดคล้องกับที่ ดี เวลลิส<sup>8</sup> กล่าวว่าทฤษฎีเป็นแกน  
หลักที่จะช่วยในการกำหนดว่ามีแนวคิดใดบ้างที่ต้อง  
วัดและบ่งชี้ว่าวิธีใดที่จะใช้วัดได้ ส่วนแนวคิดทาง  
วิทยาการระบาดเป็นองค์ความรู้ที่ช่วยทำให้เข้าใจ  
ธรรมชาติ การเกิดปัญหาสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับ  
สาเหตุ แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์และปัจจัย  
เสี่ยงที่สัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งนิยม

ศึกษาปัจจัยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ (Host) สิ่งที่ทำให้  
เกิดปัญหาสุขภาพ (Agent) และสิ่งแวดล้อมที่  
เอื้ออำนวยต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ<sup>9,10</sup> นอกจากนี้  
โรคหลอดเลือดสมองยังมีสาเหตุ ที่สลับซับซ้อน  
และสัมพันธ์กับปัจจัยหลายปัจจัยซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่  
เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต พฤติกรรม พันธุกรรม  
และสภาพแวดล้อม<sup>2</sup> การค้นหาสาเหตุจึงต้อง  
ครอบคลุมปัจจัยทุกระดับและค้นหาสาเหตุที่เฉพาะ  
ต่อโรคให้ได้อย่างแท้จริง จึงจะนำไปสู่การป้องกัน  
การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

2. แบบประเมินที่สร้างขึ้นไม่สามารถนำ  
แนวคิดย่อยทั้งหมดที่อยู่ในแต่ละระบบของทฤษฎี  
การพยาบาลของคิง มาสร้างเครื่องมือได้ เนื่องจาก  
มีแนวคิดย่อยที่อยู่ในแต่ละระบบ บางแนวคิดทำให้  
แบบสอบถามมีจำนวนข้อมากเกินไปโดยไม่จำเป็น  
และข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้น้อย  
ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องคัดเลือกเฉพาะบางแนวคิดโดย  
พิจารณาจากแนวคิดที่มีความสำคัญตามการ  
วิเคราะห์โยโยสาเหตุของปัญหาและเป็นปัจจัยที่  
จะนำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาล  
และผู้ให้บริการได้ สอดคล้องกับที่ ดี เวลลิส<sup>8</sup> ระบุว่า  
ความยาวหรือความมากน้อยของแบบประเมินที่  
สร้างขึ้นจะขึ้นอยู่กับผู้สร้างแบบประเมินเป็นหลักที่  
จะต้องพิจารณาความเหมาะสม ซึ่งแม้ว่าแบบวัดที่  
มีความยาวมากหรือครอบคลุมแนวคิดที่ต้องการ  
ศึกษาทั้งหมดย่อมทำให้แบบวัดนั้นมีความเชื่อมั่น  
มากขึ้น แต่แบบวัดที่มีความยาวไม่มากนักย่อมเป็น  
ผลดีต่อผู้ตอบมากกว่า นอกจากนี้ คิง<sup>5</sup> ได้เสนอ  
แนะไว้ว่าแนวคิดที่ปรากฏในทฤษฎีเป็นแนวคิดที่  
สามารถอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้อย่าง  
กว้างขวางที่สุดและเป็นระบบเปิดที่มีความเป็น

พลวัตร ซึ่งยากที่จะระบุได้ว่าแนวคิดใดสำคัญและจำเป็นในการนำมาอธิบายปรากฏการณ์แต่ละปรากฏการณ์ จึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้เป็นหลัก

3.แบบประเมินนี้สามารถใช้ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มและระดับชุมชน มองเห็นปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ใช้บริการมีต่อครอบครัวและชุมชนของตนที่เป็นวิถีชีวิตแท้จริง ซึ่งในทางกลับกันนั้นทำให้เห็นช่องทางการนำศักยภาพของบุคคล กลุ่ม และชุมชนมาใช้ในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพได้ รวมทั้งยังสามารถนำมาใช้เป็นสื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและพยาบาลในการตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันสุขภาพร่วมกันได้ในระยะยาว สอดคล้องกับวิธีการสร้างเครื่องมือการศึกษาวิถีชุมชนที่เสนอโดยโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่เกิดจากการผสมผสานแนวคิดทางสังคม วัฒนธรรมวิถีการดำเนินชีวิตและเงื่อนไขการดำเนินชีวิต ในสิ่งแวดล้อมของชุมชนเข้ากับภาวะสุขภาพ<sup>11-12</sup> และเช่นเดียวกับที่กรีน<sup>13</sup> ระบุว่าในการประเมินสุขภาพบุคคลนั้นจำเป็นต้องมองให้ลึกเข้าไปในสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีลักษณะทางนิเวศวิทยา และลักษณะทางประชากรเป็นองค์ประกอบด้วย

4. เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้จากข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยข้อมูลปฐมภูมิเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยขยายและอธิบายข้อมูลทุติยภูมิให้มีความชัดเจนลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ช่วยให้มองเห็นภาพการเคลื่อนไหวของผู้ใช้บริการในชุมชนสร้างความเข้าใจในโครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของชุมชนที่มีต่อการดำเนินชีวิตและมีผลกระทบต่อภาวะเกิดโรคหลอดเลือด

สมองได้ สอดคล้องกับที่ชนินฐา นันทบุตร<sup>11</sup> กล่าวว่าไว้ว่าคนและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสาเหตุหรือเป็นเงื่อนไขของการเกิดปัญหาสุขภาพ การที่จะเข้าใจเงื่อนไขเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้ข้อมูลมาจากแหล่งนั้นโดยตรง จึงจะสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

5. การนำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เครื่องมือมีความโดดเด่นในเรื่องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งนอกจากจะช่วยค้นหาสาเหตุที่เฉพาะเจาะจงต่อโรคแล้ว ยังช่วยให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต พันธุกรรมและสภาพแวดล้อมอย่างรอบด้านและลึกซึ้ง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและดำเนินการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพด้วยตนเองได้มากยิ่งขึ้น<sup>14</sup>

6. ในช่วงแรกของการพัฒนาเครื่องมือนี้ มีการสร้างข้อคำถามแบบลิเกิร์ตสเกลในการวัดปัจจัยเสี่ยงและแนวคิด ซึ่งแม้จะมีประโยชน์ในการนำไปคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แต่ก็พบว่ามีควมยากลำบากในการนำไปใช้ในเนื่องจากจะมีปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้ใช้บริการซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องอายุและการศึกษา<sup>15</sup> นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินในข้อคำถามแต่ละส่วนสามารถตีความตามแนวคิดในทฤษฎีการพยาบาลของคิง ได้มากกว่า 1 แนวคิด รวมทั้งสามารถแปลความเชื่อมโยงไปยังข้อคำถามในส่วนอื่นๆ ได้อีกด้วย เช่น “สมาชิกในครอบครัวยอมรับความคิดเห็น

ซึ่งกันและกัน ไม่มีการขัดแย้งกัน” วัดได้ทั้งแนวคิด การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ “ท่านรู้จักเพื่อนบ้าน ที่อยู่ใกล้เคียงเป็นอย่างดี” วัดได้ทั้งแนวคิดอำนาจ และสถานภาพทางสังคม เป็นต้น แบบวัดส่วนนี้จึง ถูกตัดทิ้งทั้งหมดและใช้การสร้างข้อคำถามปลาย เปิดที่เน้นข้อมูลคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งกลับพบว่า ช่วยให้ได้อะไรเชิงลึกที่เข้าถึงความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน มากขึ้น แบบประเมินจึงมีลักษณะใกล้เคียงกับ เครื่องมือบันทึกทางการแพทย์ที่มักใช้ข้อมูล คุณภาพในการวางแผนและให้การดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับเครื่องมือบันทึกการพยาบาลที่สร้าง โดยของคิง<sup>5</sup> นั้น บางส่วนของเครื่องมือใช้วิธีการ สัมภาษณ์ โดยเฉพาะแนวคิดบทบาท ความเครียด จากสภาพแวดล้อม การรับรู้ต่อเหตุการณ์ ค่านิยม เป้าหมายชีวิตและสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ซึ่งข้อมูล เหล่านี้มีความจำเป็นต่อการตัดสินใจที่จะใช้กำหนด ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตั้งเป้าหมายทางการ พยาบาลและวิธีการปฏิบัติพยาบาลกับผู้ใช้บริการ ต่อไป<sup>4</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไป ใช้ซ้ำกับกลุ่มเป้าหมายในจำนวนที่มากกว่าการศึกษา ครั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือให้มีความ แม่นตรงและความเชื่อมั่นมากขึ้น รวมทั้งช่วยในการ ตรวจสอบความถูกต้องของแนวคิดในระบบต่างๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของ คิง

2. ควรปรับปรุงทั้งจำนวนและเนื้อความของ ข้อคำถามที่สามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ยังคงอยู่ภายใต้โครงสร้าง

และองค์ประกอบที่สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาล ของ คิง และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางวิทยา การระบาดอย่างสมบูรณ์ เพื่อยืนยันความถูกต้อง และตรวจสอบความสามารถในการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีในชุมชน

3. ควรนำผลการให้ข้อมูลของผู้ใช้บริการมา วิเคราะห์หาประเด็นคำตอบหรือจัดหมวดหมู่คำตอบ โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นบริบทของผู้ใช้ บริการด้วย เช่น ความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก และปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ แล้วนำสิ่งที่ได้มาสร้างข้อคำถามใหม่โดยพิจารณา ให้เหมาะสมสอดคล้องรวมทั้งช่วยเติมเต็มหรือ ทำให้ข้อคำถามเดิมที่มีอยู่สมบูรณ์มากขึ้น นำไป ทดลองใช้อีกครั้ง ตรวจสอบความแม่นยำและความเชื่อมั่นทางสถิติ ซึ่งน่าจะช่วยพัฒนาคุณภาพ ของแบบประเมินได้อีกทางหนึ่งเนื่องจากมีปรับปรุง ข้อคำถามที่ให้ความสำคัญกับบริบทของผู้ใช้บริการ อย่างรอบด้านมากกว่าที่จะเน้นการสร้างให้ครอบคลุม แนวคิดให้มากที่สุด แบบประเมินกระชับที่สุด แต่ ไม่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดจากผู้ใช้บริการได้อย่าง แท้จริง

### เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2549). **บทความโรค หัวใจขาดเลือดคนไทย**. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. Available from: [http://elib.fda.moph.go.th/default.asp?page=news\\_detail&id=186](http://elib.fda.moph.go.th/default.asp?page=news_detail&id=186).
2. Callaghan, D. Chronic illness. In J E. Hitchcock, J E. Schubert, & Thomas, **Community health nursing** 2<sup>nd</sup> ed. United states: Thomson delmar learning, 2003

3. Thailabonline iHealthSite: **Healthcare & Diagnostic information**. 2550 โรคหลอดเลือดสมอง. Available from: <http://www.thailabonline.com/sec31stroke.htm>
4. Fawcett, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1995
5. King I M. **The theory of goal attainment in research and practice**, 1996 Available from: <http://www.King.Entrez>
6. Pender N J. **Health promotion in nursing practice**. 3<sup>rd</sup> ed. London: Prentice hall international, 1996
7. Meleis A I. **Theoretical nursing development and progress**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, 1997
8. DeVellis, R.F. **Scale development: Theory and applications**. Newbury: SAGE publications. 1991
9. ชัยนัทรธร ปทุมานนท์. **ระบาดวิทยาการแพทย์**. เชียงใหม่: A PHRCG Publication, 2541
10. ลักขณา ไทยเครือ. **รูปแบบการศึกษาทางระบาดวิทยา. ใน คู่มือการดำเนินงานทางระบาด. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**, 2542
11. ชนิษฐา นันทบุตร. **กระบวนการพยาบาล ชุมชน**. ขอนแก่น: คลังนา, 2546
12. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรรณญา เพ็ชรคง. **วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้ชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545
13. Green. In Hitchcock Schubert & Thomas. S A **Community health nursing: Caring in action**. 2<sup>nd</sup> ed. United state: Thomson delmar learning, 2003
14. Green L W & Kreuter M **Health Promotion planning: an educational and environmental approach**. Mountain View, CA Mayfield, 1991
15. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. **แนวคิดการสร้างเครื่องมือวิจัยในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลผู้ใหญ่**. การประชุมวิชาการภาควิชา การพยาบาล ศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 7 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 21-23 มีนาคม 2544 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร, 2544

## Tool Development of Stroke Risk Assessment for Client in Community Underpinning King's Nursing Theory

Vanida Durongritichai\* Dr. P.H

Hathaichanok Buajaroen\* Ph.D (Nursing)

Jariyawat Kompayak\*\* Dr. P.H

**Abstract :** This research objectives were to develop the assessment tool for clients who risk to stroke disease in community underpinning King's Nursing Theory and to evaluate the validity and reliability of the assessment tool for clients who risk to stroke disease in community underpinning King's Nursing Theory. 14 subjects were studied under ethical consideration. The results found that the open-ended questionnaire was the appropriate tool for stroke risk assessment. It composed of 2 main parts. The first part was individual characteristic and health status of clients in 13 items. The second part was the characteristic and relationship of clients to their families and communities in 10 items. The second part involved the client's perception and idea to the diseases and risk factors which lead to stroke, client's and family's roles in selecting and cooking foods for family, exercising in community, quitting smoking in community, and the communication and interaction patterns of clients and their families to community, and stress management. The findings indicated that 1) the structural and components of risk assessment tool brought from web of causation of stroke disease and the operational definitions of concepts in King's Nursing Theory. It helped to adequately assess risk factors in nursing and epidemiology dimensions 2) The open-ended questions and qualitative method were mainly employed in each parts for deeply understanding risk factors of clients in community underpinning King's Nursing Theory 3) Content validity, reliability, and triangulation were used for testing the quality of quantitative and qualitative data 4) Data from each items could be interpreted according to more than one concept and one system in King's Nursing Theory. 5) The concepts in King's Nursing Theory for this tools were considerably selected. This helped to reduce the redundancy data and increase the quality of interactions and the appropriate goal setting between nurse and client in community.

*Thai Journal of Nursing Council 2007; 22(3) 55-66*

**Key word:** Stroke disease, Tool development, King's Nursing Theory.

---

\* Instructor Faculty of Nursing, Huachiew Chalearmprakiet University.

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalearmprakiet University.