

บทที่ 3

วิสัยทัศน์การวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study)

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดจำนวนทั้งหมด 7 แห่งในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 กรุงเทพมหานคร โดยชุมชนแออัดแต่ละแห่งจะมีจำนวนประชากรอยู่รวมกันเป็นครอบครัว ตั้งแต่ 68 - 317 ครอบครัว และแต่ละครอบครัวอยู่รวมกันในหลังคาเรือน ตั้งแต่ 49 - 243 หลังคาเรือน

ตัวอย่าง คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนตัวอย่าง ที่ได้รับเลือกมาโดย วิธีสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวนร้อยละ 30 ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมดในชุมชนแออัดแต่ละแห่ง ได้หลังคาเรือนที่เป็นตัวอย่างทั้งสิ้นรวม 273 หลังคาเรือน และเนื่องจากบางหลังคาเรือนประกอบด้วยหลายครอบครัวรวมอยู่รวมกัน จึงกำหนดครอบครัวที่จะใช้เป็นตัวแทนการให้ข้อมูล หลังคาเรือนละ 1 ครอบครัว โดยวิธีสุ่มเลือกอย่างง่าย เช่นกัน ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4

ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 กรุงเทพมหานคร

ชุมชนแออัดในความรับผิดชอบ

ชุมชน	ชุมชนแออัดในความรับผิดชอบ							รวม
	อภัยรัตน	ถวัลย์ศักดิ์	อินทมระ 1	อินทมระ 10	อินทมระ 29	สุขสวัสดิ์	วัดมะกอก	
จำนวน								
หลังคาเรือน	243	171	49	52	62	120	213	(910)

(สุ่มเลือกมา 30% โดยวิธี Simple random sampling)

จำนวน	ชุมชนแออัดในความรับผิดชอบ							รวม
หลังคาเรือน	73	51	15	15	18	36	64	(273)
ตัวอย่าง								
(sampling units)								

(หลังคาเรือนและ 1 ครอบครัว โดยวิธี Simple random sampling)

จำนวน	ชุมชนแออัดในความรับผิดชอบ							รวม
ครอบครัว	73	51	15	15	18	36	64	(273)

ที่ศึกษา
(study units)

ในการคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว เป็นปัญหาที่โต้แย้งกันมากกว่า สารมีหรือกรรยาเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว และใครที่เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีรักษา แมคคลีน (Maclean,

1965) ได้ศึกษาพบว่า อานาจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว เป็นหน้าที่ของฝ่ายชาย และยังพบอีกว่าบุคคลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสุขภาพของบุคคลในครอบครัว เป็นฝ่ายชาย(สามี)ร้อยละ 65 และเป็นฝ่ายหญิง (ภรรยา)ร้อยละ 25 (Maclean, 1966) และจากการศึกษาของโรซา และคณะ (Kosa, et al., 1967)พบว่า ภรรยาหรือแม่บ้านจะเป็นผู้รู้เรื่องเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัวมากกว่าคนอื่น

สำหรับประเทศไทย ลักษณะความรับผิดชอบภายในครอบครัวยังยึดถือว่า สามีเป็นผู้นำ เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และมีอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งการตัดสินใจเลือกอาชีพรักษาด้วย ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ จึงได้ยึดถือหัวหน้าครอบครัวเป็นหลักการเข้าสัมภาษณ์ ถ้าหัวหน้าครอบครัวไม่อยู่จึงจะสัมภาษณ์ภรรยาแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสอบถามเอง ลักษณะของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

หมวดข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประกอบไปด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้ คือ จำนวนครอบครัวในหนึ่งหลังคาเรือน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ ของหัวหน้าครอบครัวและสมาชิกทุกคนภายในครอบครัว

หมวดเศรษฐกิจและสังคม ประกอบไปด้วย ตัวแปรดังต่อไปนี้ คือ สถานภาพการอยู่อาศัย จำนวนผู้มีรายได้ในครอบครัว อาชีพหลัก อาชีพรองของผู้มีรายได้ รายได้รวมต่อเดือน และเศรษฐกิจของครอบครัว

หมวดข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการอนามัย ประกอบไปด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้คือ การไปใช้บริการอนามัยภายในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาของสมาชิกในครอบครัว ประเภทของบริการอนามัย ระยะเวลาที่ป่วยก่อนไปรักษา ระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวหลังการเจ็บป่วย สถานที่ไปรับบริการ เหตุผลในการเลือกสถานบริการอนามัยในด้านของที่ตั้ง ความสะดวก ความพร้อมในการให้บริการ ค่าบริการ อรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และคุณภาพของการบริการ พฤติกรรมการใช้บริการอนามัย เพื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยและ เจ็บป่วยมาก ทั้งของเด็กและผู้ใหญ่

เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา นำมาแก้ไขปรับปรุง แล้วนำไปทดสอบวัดยาศีวิชีสัมพันธ์หัวหน้าครอบครัว หรือ สามี

หรือภรรยาของหัวหน้าครอบครัว ในชุมชนแออัดหลังวัดไผ่ตันซึ่งอยู่ในเขตพัฒนาโทเช่นเดียวกับชุมชนแออัดที่จะนำไปศึกษาจริง เพียงแต่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 51 วัดไผ่ตัน โดยกำหนดให้ใช้แบบสอบถาม ครอบครัวละ 1 ชุดรวมทั้งสิ้นจำนวน 15 ชุด เพื่อตรวจสอบและค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อที่จะนำมาแก้ไขให้สมบูรณ์ และเหมาะสม ก่อนที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 11 เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ชุมชนแออัด จำนวน 7 แห่ง ภายในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 กรุงเทพมหานคร
2. ทำการประสานและขอความร่วมมือจากหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ในแต่ละเขตของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอบรมวิธีการสัมภาษณ์ ตลอดจนซักซ้อมความเข้าใจในการใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บข้อมูล ซึ่งก็ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่ง
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกำหนดการที่ได้วางไว้ ทุกวัน ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลาประมาณ 8.00 - 12.00 น. ของวันทักเร (จันทร์ - อังคาร, 1 วันวันหยุดราชการ) พร้อมกันในทุกชุมชน จนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ ใช้เวลาประมาณ 2 เดือนตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2536 พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ โดยถ้าข้อมูลมีความบกพร่อง ไม่ครบถ้วน จะมีเกรนากลับไปสอบถามซ้ำอีกครั้งจนได้ข้อมูลครบ 273 ชุด ตามที่ได้วางแผนไว้ ปัญหาที่พบในขั้นตอนนี้ คือ พบว่าผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็พยาบาลวิชาชีพหนึ่งบางคนยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันในการลงข้อมูลแบบสอบถาม ซึ่งภายหลังจกที่ได้ชี้แจงและหาความเข้าใจ ก็สามารถที่จะลงข้อมูลแบบสอบถามได้ถูกต้องมากขึ้น
4. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากแบบสอบถามมาแปลงเป็นรหัสตัวเลข(Coding) โดยลงงานลงในสัรหัสที่เตรียมไว้ ตามคู่มือการรหัสที่ได้จัดเตรียมไว้แล้ว และบันทึกข้อมูลลงงานแก่ความจำด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ เพื่อตอบคำถาม การวิจัยที่ได้ตั้งไว้ สถิติที่ใช้ คือ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) เช่น รายได้รวมของครอบครัว อายุ เป็นต้น จะนำมาคำนวณหาค่า Mean, Standard deviation และนำเสนอในรูปแบบของ ฮิสโตแกรม

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ซึ่งได้จากการแจกแจง เช่น เพศ เชื้อชาติ อาชีพ เป็นต้น จะนำมาคำนวณหาค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบของตาราง

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

- ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ และความแตกต่างของข้อมูล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square test) และ T-test ตามความเหมาะสม