

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนาย ของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ความเครียดในบทบาท การสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล ต่อความพร้อมในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ณ โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยมี รายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียงขึ้นไป ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากพบสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นจำนวนมาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐดังกล่าว เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงที่มีข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลดังกล่าว มีแพทย์เฉพาะทาง ด้านระบบประสาท และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับด้านนโยบายและการดูแลผู้ป่วย พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล ชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพระปกเกล้า มีระบบการให้บริการ และการดูแลที่คล้ายคลึงกันเนื่องจาก เป็นโรงพยาบาลต้นสังกัดเดียวกัน โดยมี Care map ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขาดเลือด ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงวันจำหน่าย รวมทั้งแนวทางการวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ในเรื่องโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และการรักษา รวมถึงมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และมีการฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัวและการจัดทำ รวมถึงการเคลื่อนย้ายและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ในช่วง 4-5 วัน ที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาท สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และยังมีระบบการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อทำการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 2,098 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่บ้านอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่า Power เท่ากับ .80 และค่า Effect Size เท่ากับ .25 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (52.7%) มีค่า Effect Size น้อยกว่า .30 (Burns & Grove, 2005) จากนั้นนำไปเปิดตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Hungler (1995) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 126 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำให้ผลวิจัยในครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือได้อย่างน้อยควรมีจำนวน 126 ราย ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลไว้ดังนี้

### คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยพิจารณาจากอาการ และผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แสดงให้เห็นว่ามีภาวะสมองขาดเลือด โดยผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอาการอัมพาตครึ่งซีก หรือมีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง และต้องการการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมจากผู้ดูแล ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

### คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่บ้านอย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแล และเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จาก โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออก ซึ่งมีจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เพื่อให้เป็นตัวแทนโรงพยาบาล โดยการจับฉลากชนิดไม่แทนที่ (Sampling Without Replacement) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550) เพื่อให้ได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนจำนวน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยทั้ง 3 โรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีความพร้อมในด้านบุคลากร และการดูแล รวมถึงมีแนวทางการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและญาติไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลดังกล่าว โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละโรงพยาบาล (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

| ชื่อโรงพยาบาล       | จำนวนผู้ป่วย | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|---------------------|--------------|--------------------|
| โรงพยาบาลชลบุรี     | 1,130        | 68                 |
| โรงพยาบาลระยอง      | 472          | 28                 |
| โรงพยาบาลพระปกเกล้า | 496          | 30                 |

ภายหลังได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในแต่ละวัน ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จากนั้นทำการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยแบบไม่คืนที่ เพื่อสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยที่มาตามนัดในแต่ละวัน เพื่อเป็นตัวแทนของผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเก็บข้อมูล จากนั้นพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลของผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประกอบด้วยแบบบันทึก 2 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย โรคที่พบร่วมกับการเจ็บป่วย ความพิการที่พบ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สิทธิที่ใช้ในการรักษา และ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities Daily Living) ของ สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (2545) ซึ่งปรับมาจากแบบประเมินของ Mahoney และ Barthel (1965) ได้มีการนำไปใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงระดับการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการความช่วยเหลือที่สถาบันประสาทวิทยา โดยไม่มีการรายงานค่าความเที่ยง

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 2545)

คะแนน 0 - 20 หมายถึง ระดับความสามารถน้อยมาก

คะแนน 25 - 45 หมายถึง ระดับความสามารถน้อย

คะแนน 50 - 75 หมายถึง ระดับความสามารถปานกลาง

คะแนน 75 - 95 หมายถึง ระดับความสามารถมาก

คะแนน 100 หมายถึง ระดับความสามารถปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประกอบด้วยแบบบันทึก 6 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล ผู้ช่วยเหลือในการดูแล ปัญหาสุขภาพ/ โรคประจำตัว ข้อมูลที่ได้รับ และภาระหน้าที่ในการดูแลบุคคลอื่น

2. แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล

ประเมินโดยใช้ แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ของ สุปราณี สมบูรณ์ (2548) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของ Stewart and Archbold (1986, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยมีการรายงานค่าความตรงของเครื่องมือ (Content Validity Index) เท่ากับ 0.98 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

จำนวน 10 ราย และนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ความพร้อมการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล จำนวน 3 ข้อ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล จำนวน 2 ข้อ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ จำนวน 3 ข้อ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน จำนวน 4 ข้อ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล จำนวน 2 ข้อ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม จำนวน 1 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale 5 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ดูแลประเมินว่าไม่มีความพร้อมในการดูแล

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมในการดูแลเล็กน้อย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมในการดูแลปานกลาง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมในการดูแลมาก

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด

การคิดคะแนนและการแปลผลโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งจะมี

ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27 - 135 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ (สุปราณี สมบูรณ์, 2548)

ค่าเฉลี่ย 27 - 49 หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแล

ค่าเฉลี่ย 50 - 71 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลเล็กน้อย

ค่าเฉลี่ย 72 - 93 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 94 - 115 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลมาก

ค่าเฉลี่ย 116 - 135 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด

### 3. แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The SF-36 Health Survey) ของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) ซึ่งปรับมาจากของ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2545) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินของ Ware and Sherbourne (1993) โดยมีการรายงานค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 จากนั้นได้นำไปใช้กับผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 80 ราย มีการรายงานค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการดูแล รวมข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งออกเป็นด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพด้านการทำงานของร่างกาย ด้านการมีกิจกรรมของร่างกาย ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป จำนวน 22 ข้อ ส่วนภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการดำรงชีวิต จำนวน 14 ข้อ โดยวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิต (Likert Scale) แล้วคิดคะแนนรวมกับคะแนนย่อยทุกหมวดรวมกัน โดยมีรายละเอียดของข้อคำถามและคะแนน ดังนี้

คำถามข้อที่ 1 และ 2 ประกอบไปด้วย 5 Likert Scale

คำถามข้อที่ 3-12 ประกอบไปด้วย 3 Likert Scale

คำถามข้อที่ 13-36 ประกอบไปด้วย 5 Likert Scale

การให้ค่าคะแนนในส่วนค่าลิเกิต 5 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด/ ตลอดเวลา

ระดับคะแนน 4 คะแนน หมายถึง มาก/ เป็นส่วนมาก

ระดับคะแนน 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง/ เป็นบางครั้ง

ระดับคะแนน 2 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย/ นาน ๆ ครั้ง

ระดับคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย

การให้ค่าคะแนนในส่วนค่าลิเกิต 3 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1 คะแนน หมายถึง มีความจำกัดมาก

ระดับคะแนน 2 คะแนน หมายถึง มีความจำกัดเล็กน้อย

ระดับคะแนน 3 คะแนน หมายถึง ไม่จำกัดเลย

การคิดคะแนนและการแปลผล โดยนำคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งจะมียค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-160 คะแนน โดยแบบวัดมีข้อคำถามทางบวก 29 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ คือ ข้อที่ 24, 25, 28, 29, 31, 33, 35 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะสุขภาพไม่ดี ปานกลาง และดี โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550)

ระดับคะแนน 36-77 คะแนน หมายถึง มีภาวะสุขภาพไม่ดี

ระดับคะแนน 78-119 คะแนน หมายถึง มีภาวะสุขภาพปานกลาง

ระดับคะแนน 120-160 คะแนน หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี

#### 4. แบบประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (The Caregiver Role Strain Scale) ของ วิลเฟรด ศรีธเรศ (2546) ซึ่งปรับมาจากของ วิราพรณ วิโรจน์ (2545) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินของ (Archbold, 1991; Archbold et al. 1995) โดยมีการรายงานค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 จากนั้นได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 80 ราย มีการรายงานค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 และ วิลเฟรด ศรีธเรศ (2546) ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70

ลักษณะแบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ ด้านความขัดแย้งในบทบาท บทบาทไม่ตรงกับความคาดหวัง ความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น และความเครียดในบทบาทโดยรวม โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามในด้านที่ 4 ประกอบไปด้วย 7 ข้อคำถาม โดยข้อ 1-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่แตกต่างในการดูแล และในข้อที่ 7 ถามถึงระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียดเลย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

ระดับคะแนน 2 หมายถึง รู้สึกเครียดค่อนข้างมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

ระดับคะแนน 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

การคิดคะแนนและการแปลผล โดยการรวมคะแนนของข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า 14 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทโดยรวมสูง และคะแนนที่มีค่าน้อยกว่า 14 หมายถึง มีความเครียดในบทบาทโดยรวมต่ำ (วิลเฟรด ศรีธเรศ, 2546)

#### 5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ ภรภัทร อิมโอฐ (2550) ซึ่งสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ House (1981) โดยมีการรายงานค่าความตรงของเครื่องมือ (Content Validity Index) เท่ากับ 0.78 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.76

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ ด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามมี 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ได้รับมากน้อยเพียงใด ตอนที่ 2 ได้รับจากใคร ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้  
 ระดับคะแนน 5 มากที่สุด หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด  
 ระดับคะแนน 4 มาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก  
 ระดับคะแนน 3 ปานกลาง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง  
 ระดับคะแนน 2 เล็กน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเล็กน้อย  
 ระดับคะแนน 1 ไม่มีเลย หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้นเลย  
 การคิดคะแนนและการแปลผล โดยนำคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งจะ  
 มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ได้รับการ  
 สนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ปานกลาง และน้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (กรภัทร  
 อิมโอฐ, 2550)

คะแนนเฉลี่ย 67 - 90 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 43 - 66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 18 - 42 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

#### 6. แบบประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล (Mutuality) ของ วิไลพร ศรีเรศ (2546) ซึ่งปรับมาจากแบบประเมินของ Wirojratana (2002) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินของ Arhbold et al. (1990, 1995) โดยมีการรายงานค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ 0.92 จากนั้นได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 80 ราย มีการรายงานค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 และวิไลพร ศรีเรศ (2546) ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึก และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ในช่วงเวลาระหว่างให้การดูแล มีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง เล็กน้อย



ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มาก

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มากที่สุด

การคิดคะแนนและการแปลผล โดยการรวมคะแนนทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งจะมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า 30 หมายถึงมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่สูง และคะแนนที่มีค่าน้อยกว่า 30 หมายถึงมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ต่ำ (วิไลพร ศรีเชเรศ, 2546)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการปรับเนื้อหาและข้อคำถามในแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท 1 ท่าน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ค่า CVI ที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยค่า CVI ของแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เท่ากับ 0.83 สำหรับในแบบสอบถามชุดอื่น ๆ ได้แก่ แบบสอบถาม ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและข้อคำถามจึงไม่ได้มีการนำไปหาค่าความตรงของเนื้อหา

#### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ต่าง ๆ ได้แก่ แบบประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของ

ผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งใช้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .80 ขึ้นไปซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ Nunnally (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2550) และเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นซ้ำจากข้อมูลที่ได้จริงทั้งหมด ( $n = 130$ ) อีกครั้งนำเสนอการเปรียบเทียบค่าความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำแบบสอบถามไปใช้และหลังนำแบบสอบถามไปใช้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าความเที่ยงของเครื่องมือระหว่างก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง และหลังนำแบบสอบถามไปใช้จริง

| แบบสอบถาม                             | ค่าความเที่ยง (Cronbach's coefficient Alpha) |               |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|
|                                       | ก่อนนำไปใช้จริง                              | นำไปใช้จริง   |
|                                       | ( $n = 20$ )                                 | ( $n = 130$ ) |
| 1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล               | 0.90                                         | 0.83          |
| 2. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล        | 0.76                                         | 0.89          |
| 3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล      | 0.89                                         | 0.90          |
| 4. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล | 0.94                                         | 0.94          |
| 5. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล       | 0.97                                         | 0.96          |

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมแต่ละ โรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการทำการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ของการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ ถึงงานวิจัยครั้งนี้ ไม่มีความเสี่ยงต่อร่างกาย และจิตใจ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดต่อไป โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย

ใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจแล้ว ให้ลงนามเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอายุรกรรมไม่ต่ำกว่า 3 ปี จำนวน 3 คน โรงพยาบาลละ 1 คน โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### ขั้นตอนการเตรียมเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่เป็นสถานที่ในการเก็บกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
3. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาท ที่ต้องการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดย ดำเนินการดังนี้
  - 4.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 4.2 อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการใช้ และบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ โดยใช้คู่มือการตอบแบบสอบถามเป็นแนวทางในการอธิบายและสาธิต
  - 4.3 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาเป็นแบบอย่าง ตั้งแต่การแนะนำตัว การอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขอความร่วมมือ วิธีการอธิบายแบบสอบถาม และวิธีตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติให้ดูจนสามารถทำได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนดในคู่มือและตรงกับผู้วิจัย

### ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่เสนอไว้ในข้างต้น โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาทในแต่ละวัน และจะทำการเก็บข้อมูลขณะที่กลุ่มตัวอย่างพาผู้ป่วยมานั่งรอรับการตรวจที่คลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาท

6. เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

7. หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และดำเนินการขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการทำแบบสอบถามหลังจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการตรวจตามนัดเรียบร้อยแล้ว จากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถามในห้องที่จัดเตรียมไว้ใกล้กับคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาท ซึ่งในขณะที่ผู้ดูแลทำแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้คอยดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ในกรณีที่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในเรื่องการมองเห็น และการอ่านภาษาไทย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยฟัง และให้ตอบที่ละข้อจนครบตามแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ขีดเครื่องหมาย “✓” ลงในแบบสอบถามของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามได้ตลอดเวลาหากไม่เข้าใจข้อความจากแบบสอบถาม ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าคะแนน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาหาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation)

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05