

**APPENDIX D**  
**CASE REPORT FORM**

ID.....ครั้งที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วย

1. ชื่อ.....สกุล.....
2. HN.....AN.....ห้อง-เตียง.....
3. ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์และแผนที่พักหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย  
หรือญาติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

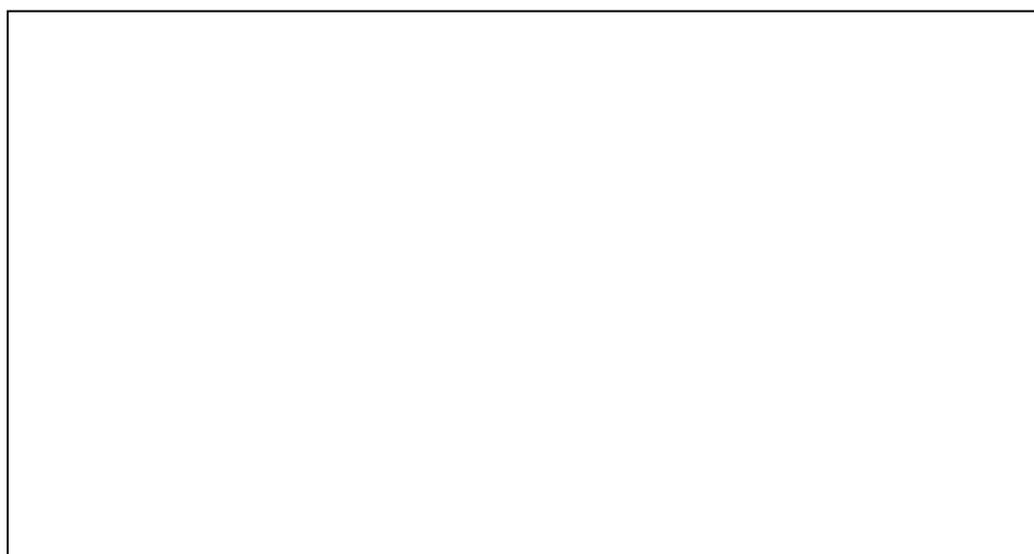
.....

.....

.....

.....

แผนที่



ID.....ครั้งที่.....

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- |  | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็น ischemic stroke                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และเห็นใบยินยอมเข้ารับการศึกษ              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) นักกายภาพบำบัดนักกายภาพบำบัดสะดวก<br>ในการเดินทางไปทำการให้โปรแกรมที่บ้าน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) ไม่สามารถควบคุมความดันเลือดได้                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) เป็นโรคหัวใจระดับรุนแรง หรือความไม่คงที่ของอาการ             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ไม่สามารถดูแลตนเองได้ก่อนเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) พักอยู่กับสถานพยาบาลผู้ป่วยก่อนเกิดอัมพาตครึ่งซีก            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ยังคงได้รับการรักษาโดยใช้ออกซิเจน                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ไม่สามารถเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากมีอาการปวดมาก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย**

1. อายุ .....ปี
2. เพศ  1. ชาย  
 2. หญิง
3. ส่วนสูง .....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. สถานะ  1. โสด  2. หม้าย  
 3. คู่  4. หย่า/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  1. ประถมศึกษา  2. มัธยมศึกษา  
 3.ปริญญาตรี  4. ปวช/ปวส/อนุปริญญา  
 5. ปริญญาโท/เอก
6. อาชีพ  1.ไม่มี  2. เกษตรกร (ทำสวน ไร่ นา)  
 3. ทำงานบ้าน  4. ค้าขาย  
 5. ตัวแทน/ นายหน้า  6. ลูกจ้างในสำนักงาน  
 7. ผู้บริหาร  8. วิชาชีพเฉพาะ ระบุ.....  
 9. อื่นๆ ระบุ.....

ID.....ครั้งที่.....

7. โดยปกติ 2 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่
1. ไม่สูบบุหรี่
2. สูบบุหรี่ ระบุโดยเฉลี่ย.....มวนต่อวัน
8. โดยปกติ 2 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยดื่มเหล้าหรือไม่
1. ไม่ดื่ม
2. ดื่มเหล้า ระบุชนิดและปริมาณโดยเฉลี่ย.....แก้วต่อวัน
9. รายได้ที่แน่นอนต่อเดือน (บาท) ของครอบครัว
1. น้อยกว่า 5,000                       2. 5,001-10,000
3. 10,001-20,000                       4. 20,001-30,000
5. มากกว่า 30,001
10. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
1. ผู้ป่วยเอง                               2. ภรรยา/ลูก/ญาติ
3. บริษัทประกัน/ ที่ทำงาน
11. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย
1. ไม่มี                                       2. ภรรยา/ลูก/ญาติ
3. จ้างผู้ดูแล
12. โดยปกติ ผู้ป่วยออกกำลังกาย
1. ไม่ออกกำลังกาย
2. เป็นบางครั้ง ระบุชนิดกีฬา และความถี่.....
3. เสมอ ระบุชนิดกีฬา และความถี่.....
13. สถานพยาบาลที่ท่านจะทำการติดตามดูแลรักษาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
1. โรงพยาบาลรัฐบาล ระบุ.....
2. โรงพยาบาลเอกชน ระบุ.....
3. คลินิก ระบุ.....
4. สถานพยาบาล หรืออนามัย ระบุ.....
5. ยังไม่แน่ใจ
6. ไม่มี

ID.....ครั้งที่.....

14. หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับแผนการรักษาทางการแพทย์  
อย่างไร

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ไม่มี
- 2. พบแพทย์ตามนัด ระบุ.....
- 3. กายภาพบำบัด ระบุ.....
- 4. กิจกรรมบำบัด ระบุ.....
- 5. อรรถบำบัด ระบุ.....
- 6. กายอุปกรณ์ ระบุ.....
- 7. จิตวิทยา ระบุ.....
- 8. สังคมสงเคราะห์ ระบุ.....
- 9. ฝังเข็ม ระบุ.....
- 10. นวดไทย ระบุ.....
- 11. นวดน้ำมัน ระบุ.....
- 12. อื่น ๆ ระบุ.....

15. ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- 1. ทันทีเมื่อพ้นระยะวิกฤต
- 2. 3 เดือนแรก
- 3. 3 เดือน- 6 เดือน
- 4. 6 เดือน- 1 ปี
- 5. 1 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก

16. ลักษณะของการขาดเลือด (Ischemic stroke)

- 1..เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันของสมองข้างขวา (thrombosis right brain)
- 2..เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันของสมองข้างซ้าย (thrombosis left brain)
- 3. เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่นหรือหัวใจ (embolism)

17. กลไกการเกิด stroke

- 1. Large vessel
- 2. Small vessel
- 3. Cardio embolic
- 4. ไม่ทราบสาเหตุ

18. ตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ

1. Anterior cerebral artery                       2. Middle cerebral artery  
 3. Posterior cerebral artery                       4. Basal ganglia

19. โรคประจำตัวที่ระบุใน medical record (อาจเกิดมากกว่า 1 โรค)

1. ไม่มี

2. มี

2.1. ความดันสูง

2.1.1.Uncontrolled

(ไม่ได้การรักษา หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา)

2.1.2.Moderate control

(ตอบสนองต่อการรักษา แต่ยังไม่ได้ดี)

2.1.3.Good control

(ความดันปกติภายใต้การรักษา)

2.2. เบาหวาน

2.2.1.Uncontrolled

(ไม่ได้การรักษา หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา)

2.2.2.Moderate control

(ตอบสนองต่อการรักษา แต่ยังไม่ได้ดี)

2.2.3.Good control

(น้ำตาลในเลือดปกติภายใต้การรักษา)

2.3. ไขมันในเลือดสูง

2.3.1.Uncontrolled

(ไม่ได้การรักษา หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา)

2.3.2.Moderate control

(ตอบสนองต่อการรักษา แต่ยังไม่ได้ดี)

2.3.3.Good control

(ไขมันในเลือดปกติภายใต้การรักษา)

ID.....ครั้งที่.....

 2.4. Atrial fibrillation / Ischemic heart disease 2.4.1 ใช้ยาควบคุม  2.4.2.ไม่ใช้ยาควบคุม 2.5. อื่นๆ ระบุ.....

20. ยาที่ใช้ป้องกัน

 1. Antiplatelet group เช่น ASA,Plavix, Ticlid 2. Anticoagulation เช่น Warfarin

21. ระยะเวลาการครองเตียง.....วัน

**NIH Stroke Scale**

Instructions	Score
1 a. Level of Consciousness	.....
b. Level of Consciousness Questions	.....
c. Level of Consciousness Commands	.....
2. Best Gaze	.....
3. Visual	.....
4. Facial Palsy	.....
5 Motor Arm	.....
5a. Left arm	.....
5b. Right arm	.....
6. Motor leg	.....
6a. Left leg	.....
6b. Right leg	.....
7. Limb Ataxia	.....
7a. Right arm	.....
7b. Left arm	.....
7c. Right leg	.....
7d. Left leg	.....
8. Sensory	.....
9. Best Language	.....
10. Dysarthria	.....
11. Extinction and Inattention (formerly Neglect)	.....
Total score	.....

**Hospital anxiety and Depression Scale**

ID.....ครั้งที่.....

Instructions	Score
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด (3) เป็นส่วนใหญ่ (2) บ่อยครั้ง (1) เป็นบางครั้ง (0) ไม่เป็นเลย	<hr/>
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้ (0) เหมือนเดิม (1) ไม่มากเท่าแต่ก่อน (2) มีเพียงเล็กน้อย (3) เกือบไม่มีเลย	<hr/>
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับที่กำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น (3) มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย (2) มี แต่ไม่มากนัก (1) มี เพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ (0) ไม่มีเลย	<hr/>
4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้ (0) เหมือนเดิม (1) ไม่มากนัก (2) มีน้อย (3) ไม่มีเลย	<hr/>
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล (3) เป็นส่วนใหญ่ (2) บ่อยครั้ง (1) เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย (0) นานๆครั้ง	<hr/>

Instructions	Score
6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน (3) ไม่มีเลย (2) ไม่บ่อยนัก (1) เป็นบางครั้ง (0) เป็นส่วนใหญ่	<hr/>
7. ฉันสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย (0) ได้ดีมาก (1) ได้โดยทั่วไป (2) ไม่บ่อยนัก (3) ไม่ได้เลย	<hr/>
8. ฉันรู้สึกว่า ฉันทำอะไร คิดอะไรที่ช้าลงกว่าเดิม (3) เกือบตลอดเวลา (2) บ่อยมาก (1) เป็นบางครั้ง (0) ไม่เป็นเลย	<hr/>
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนให้ป่วนป่วนในท้อง (0) ไม่เป็นเลย (1) เป็นบางครั้ง (2) ค่อนข้างบ่อย (3) บ่อยมาก	<hr/>
10. ฉันปล่อยเนื้อ ปล่อยตัวไม่สนใจตัวเอง (3) ใช่ (2) ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร (1) ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน (0) ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม	<hr/>

Instructions	Score
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับอยู่นิ่งๆไม่ได้ (3) เป็นมากที่สุด (2) ค่อนข้างมาก (1) ไม่มากนัก (0) ไม่เป็นเลย	.....
12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ (0) มากเท่าที่เคยเป็น (1) ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น (2) น้อยกว่าที่เคยเป็น (3) เกือบจะไม่มีเลย	.....
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน (3) บ่อยมาก (2) ค่อนข้างบ่อย (1) ไม่บ่อยนัก (0) ไม่มีเลย	.....
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้ (0) เป็นส่วนใหญ่ (1) เป็นบางครั้ง (2) ไม่บ่อยนัก (3) น้อยมาก	.....

Cut of point  $\geq 11$ 

หมายถึง

มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

**Hamilton Rating Scale for depression**

ID.....ครั้งที่.....

Instructions	Score
<p>1.อาการซึมเศร้า (เศร้าใจ, ลึกลับ, หมดหนทาง, ไร้ค่า)</p> <p>(0) ไม่มี</p> <p>(1) จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น</p> <p>(2) บอกภาวะความรู้สึกนี้ ออกมาเอง</p> <p>(3) สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ ท่างการแสดงสีหน้า, ท่าทาง, น้ำเสียงและม้กรองให้</p> <p>(4) ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้ชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและทางกาย</p>	<p>.....</p>
<p>2.ความรู้สึกผิด</p> <p>(0) ไม่มี</p> <p>(1) ตีเตียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ</p> <p>(2) รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต</p> <p>(3) ความเจ็บป่วยปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนผิด</p> <p>(4) ได้ยินเสียงกล่าวโทษหรือประณาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม</p>	<p>.....</p>
<p>3.การฆ่าตัวตาย</p> <p>(0) ไม่มี</p> <p>(1) รู้สึกชีวิตไร้ค่า</p> <p>(2) คิดว่าตนเองน่าจะตายหรือความคิดใดๆเกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง</p> <p>(3) มีความคิดหรือท่าที่การฆ่าตัวตาย</p> <p>(4) พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆที่รุนแรง.4 คะแนน)</p>	<p>.....</p>
<p>4.การนอนไม่หลับในช่วงต้น</p> <p>(0) ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก</p> <p>(1) แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า 1/2 ชั่วโมง</p> <p>(2) แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน</p>	<p>.....</p>

Instructions	Score
<p>5.การนอนไม่หลับในช่วงกลาง</p> <p>( 0 ) ไม่มีปัญหา</p> <p>( 1 ) แจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน</p> <p>( 2 ) ตื่นกลางคืน การลุกจากที่นอนไม่ว่าจะจากอะไรก็ตาม ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)</p>	<p>.....</p>
<p>6.การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ</p> <p>( 0 ) ไม่มีปัญหา</p> <p>( 1 ) ตื่นแต่เช้ามีด แต่นอนหลับต่อได้</p> <p>( 2 ) ไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว</p>	<p>.....</p>
<p>7.การงานและกิจกรรม</p> <p>( 0 ) ไม่มีปัญหา</p> <p>( 1 ) มีความคิดหรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ เหนื่อยล้า หรืออ่อนแรงที่ ทำกิจกรรมต่างๆ; การงานหรืองานอดิเรก</p> <p>( 2 ) หหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ; งานอดิเรกหรืองานประจำ ไม่ว่าจะทราบ โดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการที่ผู้ป่วยไม่กระตือรือร้น ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกที่ต้องบังคับให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)</p> <p>( 3 ) ใช้เวลาจริงในการทำงานอย่างเป็นผลลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้ คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของ โรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล</p> <p>( 4 ) หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 หากผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยทำ หน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย</p>	<p>.....</p>
<p>8.อาการเขื่องช้า (ความช้าของความคิดและการพูดจา: สมาธิบกพร่อง, การ เคลื่อนไหวลดลง)</p> <p>( 0 ) การพูดจาและความคิดปกติ</p> <p>( 1 ) มีอาการเขื่องช้าเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์</p> <p>( 2 ) มีอาการเขื่องช้าชัดเจนขณะสัมภาษณ์</p>	<p>.....</p>

Instructions	Score
( 3 ) สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก ( 4 ) อยู่นิ่งเฉยโดยสิ้นเชิง	.....
9.อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ ( 0 ) ไม่มี ( 1 ) งุ่นง่าน อยู่ไม่สุข ( 2 ) เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ ( 3 ) เดินไปมา นั่งไม่ติดที่ ( 4 ) บีบมือ กัดเล็บ ตีงผม กัดริมฝีปาก	.....
10 ความวิตกกังวลในจิตใจ ( 0 ) ไม่มีปัญหา ( 1 ) รู้สึกตึงเครียดและหงุดหงิด ( 2 ) กังวลในเรื่องเล็กน้อย ( 3 ) การพูดจาหรือสีหน้าที่ทำที่ห้วนกั้ว ( 4 ) แสดงความหวาดกลัว โดยไม่ต้องถาม	.....
11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย ( 0 ) ไม่มี ( 1 ) เล็กน้อย ( 2 ) ปานกลาง ( 3 ) รุนแรง ( 4 ) เสื่อมสมรรถภาพ มีอาการร่วมด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น:ระบบทางเดินอาหาร: ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ใจสั่น ปวดศีรษะ ระบบหายใจ: หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก	.....

Instructions	Score
<p>12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร</p> <p>( 0 ) ไม่มีปัญหา</p> <p>( 1 ) เบื่ออาหาร แต่รับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องคอยกระตุ้น รู้สึกหิวในท้อง</p> <p>( 2 ) รับประทานอาหารหากไม่มีคนคอยกระตุ้นหรือจำต้องได้ยาระบายหรือยาเกี่ยวกับลำไส้ หรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร</p>	<p>.....</p>
<p>13. อาการทางกาย อาการทั่วไป</p> <p>( 0 ) ไม่มีปัญหา</p> <p>( 1 ) ตั้งแขนขา หลัง หรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรงแและอ่อนเพลีย</p> <p>( 2 ) มีอาการใดๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2</p>	<p>.....</p>
<p>14. อาการเกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์</p> <p>( 0 ) ไม่มี อาการเช่น: หดความสนใจทางเพศ, ประจำเดือนผิดปกติ</p> <p>( 1 ) เล็กน้อย</p> <p>( 2 ) ปานกลาง</p>	<p>.....</p>
<p>15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย</p> <p>( 0 ) ไม่มีปัญหา</p> <p>( 1 ) หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)</p> <p>( 2 ) หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ</p> <p>( 3 ) แจ้งถึงอาการต่างๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ</p> <p>( 4 ) มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย</p>	<p>.....</p>
<p>16. น้ำหนักลด เล็ก ก. หรือ ข.</p> <p>ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ</p> <p>( 0 ) ไม่มีน้ำหนักลด</p> <p>( 1 ) อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้</p> <p>( 2 ) น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)</p> <p>( 3 ) ไม่ได้ประเมิน</p>	<p>.....</p>

Instructions	Score
<p>ข.จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อได้ซึ่งวัด</p> <p>น้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง</p> <p>( 0 ) น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์</p> <p>( 1 ) น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์</p> <p>( 2 ) น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์</p> <p>( 3 ) ไม่ได้ประเมิน</p> <p>17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง</p> <p>( 0 ) ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้าและเจ็บป่วย</p> <p>( 1 ) ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศการทำงานหนัก ไหว้อ การต้องการพักผ่อน ฯลฯ</p> <p>( 2 ) ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
Total score	

ระดับ depression	No depression	0-7
	Mild depression	8-12
	Less than major depression	13-17
	Major depression	18-29
	More than depression, psychotic	+ 30

## TMSE

ข้อทดสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนน
<p>1. Orientation (6 คะแนน)</p> <p>วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์)</p> <p>วันนี้ วันที่เท่าไร</p> <p>เดือนนี้ เดือนอะไร</p> <p>ขณะเป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เย็น บ่าย เย็น)</p> <p>ที่นี่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)</p> <p>คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพข้างล่าง)</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p>2. Registration (3 คะแนน)</p> <p>ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ถูกทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก</p> <p>หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่างและบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครู่นี้จะกลับมาถาม</p>	3	
<p>3. Attention (5 คะแนน)</p> <p>ให้บอกวันอาทิตย์ – วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)</p> <p>ศุกร์</p> <p>พฤหัสบดี</p> <p>พุธ</p> <p>อังคาร</p> <p>จันทร์</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p>4. Calculation (3 คะแนน)</p> <p>ให้คำนวณ <math>100 - 7</math> ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม)</p> <p>ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข <math>93 - 7</math> ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไปและ <math>86 - 7</math> ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ <math>100 - 7, \dots - 7, \dots - 7</math></p>	1, 1, 1	

ข้อทดสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนน
<p>5. Language (10 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ทดสอบว่าโดยทั่วไป เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (นาฬิกา)</li> <li>- ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ทดสอบว่าโดยทั่วไป เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (เสื้อ , ผ้า)</li> <li>- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคเหล่านี้ให้ดี แล้วจำไว้จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”</li> <li>- จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน <ul style="list-style-type: none"> <li>หยิบกระดาษด้วยมือขวา</li> <li>พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น</li> <li>แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ</li> </ul> </li> <li>- ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม กลับตา (ข้อความอยู่ด้านหลัง)</li> <li>- จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่จะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)</li> <li>- กลัวยกกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)</li> </ul>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>	
<p>6. Recall (3 คะแนน)</p> <p>สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง</p> <p>ต้นไม้</p> <p>รถยนต์</p> <p>มือ</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
	รวม	

มีจุดตัด (Cut of point) = 23 (ต่ำกว่า 23 ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม)

**The Barthel Index**

ID.....ครั้งที่.....

Activity	Score
<b>Feeding</b> 0=unable , 5=needs help cutting, spreading butter, etc., or requires modified diet 10=independent	
<b>Bathing</b> 0=dependent, 5=independent (or in shower)	
<b>Grooming</b> 0=need to help with personal care 5=independent face/hair/teeth/shaving(implements provided)	
<b>Dressing</b> 0=dependent, 5=needs help but can do about half unaided 10=independent (including buttons, zips, laces, etc.)	
<b>Bowels</b> 0=incontinent (or needs to be given enemas), 5=occasional accident, 10=continent	
<b>Bladder</b> 0=incontinent ,or catheterized and unable to manage alone 5=occasional accident, 10=continent	
<b>Toilet use</b> 0=dependent, 5=need some help, but can do something alone 10=independent (on and off, dressing, wiping)	
<b>Transfers (bed to chair and back)</b> 0=unable, no sitting balance, 5=major help (one or two people, physical), can sit 10=minor help (verbal or physical), 15=independent	
<b>Mobility (on level surfaces)</b> 0=immobile or < 50 yards 5=wheelchair independent, including corners, > 50 yards 10=walks with help of one person (verbal or physical) > 50 yards 15=independent (but may use any aid; for example, stick) > 50 yards	
<b>Stairs</b> 0=unable, 5=need help (verbal, physical, carrying aid), 10=independent	
Total score (Independent in self-care : Barthel index $\geq$ 95)	

**Modified Rankin Scale**

ID.....ครั้งที่.....

<b>Grade 0</b>	no symptoms at all
<b>Grade 1</b>	no significant disability despite symptoms: able to carry out usual duties and activity
<b>Grade 2</b>	slight disability: unable to carry out all previous activities but able to look after own affairs without assistance
<b>Grade 3</b>	Moderate disability: requiring some help, but able to walk without assistance
<b>Grade 4</b>	Moderate/severe disability: unable to walk without assistance, and unable to attend to own bodily needs without assistance
<b>Grade 5</b>	Severe disability: bedridden, incontinent, and requiring constant nursing care and attention
<b>Grade 6</b>	fatal

<b>Grade</b>	
--------------	--

The degree of disability.

Minor strokes are considered Grades 0 to 2

Major strokes are Grades 3 to 5

Remark:.....  
 .....  
 .....

กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องสี่เหลี่ยมของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้มากที่สุด

### การเคลื่อนไหว

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดินบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง

### การดูแลตนเอง

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือการแต่งตัวบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้

### กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ( เช่นการทำงาน การเขียนหนังสือ การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง )

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง
- ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้

### ความเจ็บปวด / ความไม่สุขสบาย

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบาย
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบายปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบายมากที่สุด

### ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด

ID.....ครั้งที่.....

เพื่อช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของท่าน  
 ทางเราได้จัดทำสเกลวัดระดับสุขภาพขึ้นเริ่มตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100  
 โดยที่ 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด และ  
 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน

ภาวะสุขภาพที่  
 ท่านรู้สึกว่  
 ดีที่สุด

กรุณาประเมินภาวะสุขภาพของท่านว่าดีหรือไม่ดีเพียงไร  
 โดยลากเส้นจากช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างนี้ไปยัง  
 จุดบนสเกลวัดระดับสุขภาพที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้

ภาวะสุขภาพของท่าน  
 ในวันนี้

ภาวะสุขภาพที่  
 ท่านรู้สึกว่  
 แย่ที่สุด

ID.....ครั้งที่.....

- 1) รายได้ที่แน่นอนต่อเดือน (บาท) ของครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 5,000	<input type="checkbox"/> 2. 5,001-10,000
<input type="checkbox"/> 3. 10,001-20,000	<input type="checkbox"/> 4. 20,001-30,000
<input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 30,001	
- 2) ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
 

<input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วยเอง	<input type="checkbox"/> 2. ภรรยา/ลูก/ญาติ	<input type="checkbox"/> 3. บริษัทประกัน/ ที่ทำงาน
--	--	--
- 3) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. ภรรยา/ลูก/ญาติ	<input type="checkbox"/> 3. จ้างผู้ดูแล
-----------------------------------	--	---
- 4) โดยปกติ ผู้ป่วยออกกำลังกาย
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ออกกำลังกาย
<input type="checkbox"/> 2. เป็นบางครั้ง ระบุชนิดกีฬา และความถี่.....
<input type="checkbox"/> 3. เสมอ ระบุชนิดกีฬา และความถี่.....
- 5) สถานพยาบาลที่ท่านจะทำการติดตามดูแลรักษาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 

<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาลรัฐบาล ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. โรงพยาบาลเอกชน
ระบุ.....	
<input type="checkbox"/> 3. คลินิก ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 4. สถานพยาบาล หรือ
อนามัย ระบุ.....	
<input type="checkbox"/> 5. ยังไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> 6. ไม่มี
- 6) ผู้ป่วยได้รับแผนการรักษาใดเพิ่มเติมบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี
<input type="checkbox"/> 2. พบแพทย์ตามนัด ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 3. กายภาพบำบัด ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 4. กิจกรรมบำบัด ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 5. อรรถบำบัด ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 6. กายอุปกรณ์ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 7. จิตวิทยา ระบุ.....

ID.....ครั้งที่.....

8. สังคมสงเคราะห์ ระบุ.....
9. ฝังเข็ม ระบุ.....
10. นวดไทย ระบุ.....
11. นวดน้ำมัน ระบุ.....
12. อื่น ๆ ระบุ.....
- 7) ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
1. ทันทีเมื่อพ้นระยะวิกฤต       2. 3 เดือนแรก
3. 3 เดือน- 6 เดือน       4. 6 เดือน- 1 ปี       5. 1 ปีขึ้นไป
- 8) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นเหตุให้เข้ารับการรักษา  
ในโรงพยาบาล
1. ไม่มี
2. มี ระบุ
- .....

หมายเหตุ

## แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร (Information sheet)

- ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากการขาดเลือด

- ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ ภครตี ชัยวัฒน์

สถานที่ติดต่อ โครงการบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

หมายเลขโทรศัพท์ 08-66147646

- วิธีการและแผนการวิจัยโดยย่อ

- ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
- อาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีความเข้าใจตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร และยินยอมของอาสาสมัครใจ
- ทำการสุ่ม แบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- โดยอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาปกติ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และประเมินความสามารถในการทำงาน และคุณภาพชีวิต จำนวนเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน
- กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านพร้อม VCD ที่เหมาะสมจากนักกายภาพบำบัด โดยจะได้รับการตรวจและประเมินร่างกายจากนักกายภาพบำบัด ก่อนว่าควรได้โปรแกรมแบบใด เดือนละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 เดือน

- ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

ผู้วิจัยยังไม่พบข้อมูลการศึกษาวิจัยอันจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่อาสาสมัครจากโปรแกรมที่ใกล้เคียงกับการวิจัยนี้ แต่อาจเกิดอุบัติเหตุขณะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพอันเกิดจากความประมาท ความอ่อนล้าหรือจากสาเหตุอื่นๆ อาสาสมัครสามารถติดต่อผู้วิจัยเพื่อสอบถามแนวทางการปฏิบัติทางโทรศัพท์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในการดูแลอาการดังกล่าวต่อไป

ID.....ครั้งที่.....

5.การตอบแทน ชดเชย การดูแลรักษา และการแก้ปัญหากรณีเกิดผลแทรกซ้อน  
ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ตลอดการวิจัยนี้ และหากท่านเกิดอันตรายใดๆ ที่มีสาเหตุจาก  
การวิจัย จะได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานทางการแพทย์

6.สิทธิประโยชน์ที่พึงได้จากการวิจัยของผู้ถูกทดลอง ของหน่วยงาน และของชาติ

- 1) แนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
- 2) พัฒนาทักษะ ศักยภาพ และองค์ความรู้ทางวิชาการ อันสอดคล้องกับการเรียนรู้ของ  
หลักสูตรปริญญาเอก
- 3) สอดคล้องแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ ที่ยังขาดงานวิจัยทางการฟื้นฟูที่ใช้ในการปฏิบัติ  
จริง

ในการวิจัยนี้ ผู้ถูกวิจัยมีสิทธิในการบอกเลิกวิจัยโดยเสรี

ลงชื่อ.....

( ภาครตี ชัยวัฒน์ )

หัวหน้าโครงการ

ID.....ครั้งที่.....

ใบยินยอมของอาสาสมัคร (Consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยอัมพาต  
ครึ่งซีกจากการขาดเลือด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง  
ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถาม ต่าง  
ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซอมนั้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดย  
สมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ที่ข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่เสีย  
สิทธิ์ของการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้  
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย (หรือข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า  
ต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องๆ ได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร)

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณี  
จำเป็นด้วยเหตุผลที่เป็นวิชาการเท่านั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ จะมีการให้โปรแกรมและประเมินเป็นจำนวน 3 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง ใน  
ระยะเวลาการวิจัย 3 เดือน

ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจแล้วว่า กระบวนการวิจัย โดยทั่วไปจะไม่เกิด  
อันตรายใดๆ แก่ข้าพเจ้าเลย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ  
รักษาพยาบาลตามมาตรฐานทางการแพทย์

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่

.....  
 .....

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้

คือ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้า ฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่.....