

ความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูใน
ชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Prevalence of Self-Esteem and Depression in Recovery phase - Community base
physiotherapy Stroke patient at Public Health Center 19 Wongsawang.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
โดย	น.ส.ธนพร ชื่นตา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	นายแพทย์อิทธิพล ตะวันกาญจน์โชติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(นายแพทย์อิทธิพล ตะวันกาญจน์โชติ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง)

ช่นพร ชื่นตา : ความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง. (Prevalence of Self-Esteem and Depression in Recovery phase - Community base physiotherapy Stroke patient at Public Health Center 19 Wongsawang.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : นพ.อิทธิพล ตะวันกาญจน์โชติ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (6 เดือน - 3 ปี) ทั้งสิ้น 88 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2561 - เดือนกุมภาพันธ์ 2562 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลด้านการเจ็บป่วย แบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE) แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าน้อยสุด ค่ามากที่สุด และฐานนิยม และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงอนุมาน ได้แก่ Chi - square , t - test , Mann - Whitney U test , สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 88 คน มีอายุเฉลี่ยที่ 66.9 ปี เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 73.9 และมีอาการป่วยมานานมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 52.3 พบความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำร้อยละ 40.9 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีปัญหาด้านการพูด / การออกเสียง / การสื่อสาร การมีปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำ และภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 55.7 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การมีปัญหาด้านการพูด / การออกเสียง / การสื่อสาร การมีปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำ โดยในส่วนของภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล และพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6074257930 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Stroke, Self-esteem, Post-Stroke Depression

Tanaporn Chuenta : Prevalence of Self-Esteem and Depression in Recovery phase -
Community base physiotherapy Stroke patient at Public Health Center 19
Wongsawang.. Advisor: Itthipol Tawankanjanachot, M.D.

Descriptive Analysis study was conducted at community in Public Health Center 19 Wongsawang, Bangkok, Thailand. This objective is to determine the prevalence of self-esteem, depression and its associated factors in stroke patients in recovery phase at Public Health Center 19 Wongsawang, Bangkok, Thailand. The recruited subjects were 88 adults with Stroke patient in recovery phase (6 months – 3 years) from December 2018 to February 2019. The instruments were demographic and clinical characteristics questionnaires, Thai Mental State Examination (TMSE), Barthel Index of Activity of Daily Living, Self – Esteem assessed by Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984 and Depression assessed by Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). The statistics used to analyze data were frequencies, percentages, mean and standard deviation, Chi-square test, t-test, Mann-whisney U test, Pearson product-moment correlation coefficient and logistic regression.

Of the total 88 participants, the mean age was 66.9 years, 73.9% had been ischemic stroke and 52.3 % had been stroke for more than 2 years. The prevalence of self-esteem was 40.9%. Self-esteem was significantly related to the educational group below graduated level, had a communication problem, swollen problem and TMSE's score lesser than 23. The prevalence of depression was 55.7 %. Depression was significantly related to the age , educational group below graduated level, had a communication problem, swollen problem and TMSE's score lesser than 23. And Self-esteem significantly related to depression. ($P < 0.05$)

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ อธิพิพล ตะวันกาญจน์โชติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลาที่มีค่าให้คำแนะนำทางวิชาการ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้อง ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี เพื่อการปรับปรุงแก้ไข วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เหมาะสม มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณาจารย์และบุคลากรประจำสาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการต่าง ๆ อย่างดียิ่ง ตลอดการศึกษาที่ผ่านมา

ขอขอบคุณ แพทย์หญิง อารยา รุ่งเรืองรัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง แพทย์หญิง พรรณภัสสร กลางณรงค์ สำหรับการสนับสนุนในการเรียนต่อในระดับปริญญาโทของผู้วิจัย ขอขอบคุณ คุณวรวิญญ์นัน ถาวรกิจ และทีมพยาบาลอนามัยชุมชน ให้ความช่วยเหลือตลอดการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ตลอดจนเพื่อนๆ นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ

ขอขอบคุณครอบครัว ผู้ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณเพื่อนทุกคนที่คอยให้ความช่วยเหลือและเข้าใจในทุกช่วงเวลาระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุก ๆ ท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

ธนพร ชื่นตา

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาทางวิจัย (Background and Rational)	1
คำถามงานวิจัย (Research Questions).....	2
วัตถุประสงค์งานวิจัย (Objective)	2
สมมติฐานงานวิจัย (Hypothesis).....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	3
คำสำคัญ (Key words)	3
การให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition).....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application).....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	4
บทที่ 2	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Depression).....	5

สาเหตุของการเกิด Post-Stroke Depression.....	6
1. Biological Hypothesis ของ Post-Stroke Depression.....	6
2. Psychological Hypothesis ของ Post-Stroke Depression	7
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	8
การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem).....	10
ความหมายและแนวคิดของการเห็นคุณค่าในตนเอง	10
กระบวนการตัดสินใจเห็นคุณค่าในตนเอง	12
พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	13
ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	14
โรคหลอดเลือดสมอง	16
คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
การดำเนินของโรคและการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง	17
ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	18
ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	23
บทที่ 3.....	26
วิธีดำเนินการวิจัย	26
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	26
ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology).....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	26
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique).....	26
ขนาดตัวอย่าง (Sample Size).....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments).....	27

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)	30
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	30
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration).....	31
สถานที่ทำวิจัย (Venue of the study)	31
บทที่ 4	32
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	32
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการ สาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง.....	34
ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ด้วยสถิติ Chi – square และ Fisher’s exact probability test.....	41
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกับปัจจัยสถิติต่าง ๆ ด้วยสถิติ t-test และ Mann – Whitney U test.....	51
ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation Coefficiency).....	59
ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis	62
บทที่ 5	65
สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	65
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	66
ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย.....	66
ข้อมูลจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination... 66	
ข้อมูลจากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living).....	67
ข้อมูลจากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984).....	67

ข้อมูลจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)..	67
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์.....	68
ปัจจัยทำนาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio	69
การอภิปรายผล	70
สรุปผลการศึกษา.....	75
ข้อจำกัดงานวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้.....	76
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	76
ภาคผนวก.....	77
เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	77
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	82
<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป.....	84
<u>ส่วนที่ 2</u> ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย.....	85
<u>ส่วนที่ 3</u> แบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE).....	86
<u>ส่วนที่ 4</u> แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living).....	88
<u>ส่วนที่ 5</u> แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984)	90
<u>ส่วนที่ 6</u> แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)....	91
บรรณานุกรม.....	92
ประวัติผู้เขียน.....	99

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ	15
ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป (n = 88 คน).....	34
ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (n = 88 คน).....	36
ตารางที่ 4 แสดงค่าจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE) (n = 88 คน)	38
ตารางที่ 5 แสดงค่าจากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) (n = 88 คน).....	39
ตารางที่ 6 แสดงค่าจากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) (n = 88 คน)	40
ตารางที่ 7 แสดงค่าจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (n = 88 คน).....	40
ตารางที่ 8 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน).....	41
ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)	46
ตารางที่ 10 : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ t-test และ Mann – Whitney U test (n = 88 คน).....	51

ตารางที่ 11 : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ t-test และ Mann – Whitney U test (N = 88 คน) 55

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยส่วนข้อมูลส่วนบุคคล , ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation Coefficiency)..... 59

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยส่วนข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation Coefficiency) 60

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation Coefficiency) 61

ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (n = 88) 62

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยใช้สถิติ Logistic regression (n = 88) 63

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาทางวิจัย (Background and Rational)

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย จากข้อมูลรายงานสถิติของสำนักรายงานและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบสถิติอัตราการตายในปี 2559 สูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับอัตราการตายในปี 2560⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองยังมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับที่ 2 จากสถิติพบผู้เสียชีวิต 31,172 ราย คิดเป็นอัตรา 47.8 ราย/ประชากรแสนคน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถิติพบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการสำรวจข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2560⁽¹⁾ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย 217,929 ราย เป็นการอุบัติใหม่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2560 ทั้งสิ้น 44,320 ราย และจากการสำรวจข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2561⁽²⁾ พบการอุบัติใหม่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 35,337 ราย ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 248,389 ราย พบมากที่สุดในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 170,284 ราย รองลงมาคือในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 50 – 59 ปี จำนวน 48,095 ราย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับอัตราการตาย

โรคหลอดเลือดสมองนั้นส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย อันเกิดจากการสูญเสียการทำงาน ของระบบประสาทบางส่วนหรือทั้งหมดตามแต่พยาธิสภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การบกพร่องของการรู้คิด ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา การสูญเสียทักษะการรับรู้และการเคลื่อนไหว การสูญเสียทักษะการแก้ปัญหา และนำมาซึ่งความพิการได้⁽³⁾ ซึ่งยังส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต สูญเสียการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ รวมถึงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย มุมมองความคิด ทักษะชีวิตที่มีต่อตนเองของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าในคนปกติที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้⁽⁵⁾ และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำกว่าคนปกติ⁽⁶⁾ รวมถึงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังจากการป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายในระยะเวลาที่แตกต่างกัน⁽⁷⁾ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการขัดขวางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้การรู้คิดลดลง มีการเพิ่มขึ้นของระดับความพิการ มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิด

โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent Stroke)⁽⁸⁾ รวมทั้งยังมีผลต่ออัตราการตายทั้งระยะสั้นและระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁹⁾ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย⁽¹⁰⁾

แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งไม่พบการศึกษากการเห็นคุณค่าในตนเองและความสุขของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ป่วยที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดในชุมชนอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟู เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความสำคัญในการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น ทำให้ส่งผลดีต่อการเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด และลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในที่พักอาศัย อันนำไปสู่การเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมต่อไป รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวจากอาการป่วยอีกด้วย

คำถามงานวิจัย (Research Questions)

1. การเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างเป็นอย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์งานวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาความซุกของการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
2. เพื่อศึกษาความซุกของภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

สมมติฐานงานวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง เท่านั้น

คำสำคัญ (Key words)

- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)
- ภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression)

การให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 6 เดือนเป็นต้นไป แต่ไม่เกิน 3 ปี และไม่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรือมีคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น (TMSE) น้อยกว่า 10 คะแนน

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และความนับถือในตนเอง โดยวัดตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง โดยประเมินด้วยแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984)

ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Depression) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการประเมินจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นผู้มีภาวะเศร้าเล็กน้อย (mild depression) มีภาวะเศร้าปานกลาง (moderate depression) และมีภาวะเศร้ายุ่งแรง (severe depression) หรือตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อทราบความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เข้าใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Depression)

- คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- อาการของภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

- คำจำกัดความและแนวคิดของการเห็นคุณค่าในตนเอง
- กระบวนการเห็นคุณค่าในตนเอง
- พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง
- ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

- คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง
- อาการ อาการแสดง และการดำเนินโรคของโรคหลอดเลือดสมอง
- ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Depression)

ในคนปกติพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมาก แม้จะยังไม่มีหลักฐานยืนยันที่แน่นอนที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันก็ตาม⁽¹¹⁾ แต่มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่แสดงว่าการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการเกิดภาวะซึมเศร้าในทุกช่วงอายุของผู้ใหญ่⁽⁵⁾ และยังมีการศึกษาที่พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปการลดลงของการเห็นคุณค่าในตนเองมีผลต่อการเพิ่มขึ้นโดยตรงของภาวะซึมเศร้า⁽¹²⁾ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบด้านจิตใจโดยตรงจากพยาธิสภาพบริเวณเนื้อสมองและโดยอ้อมจากการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย ส่งผล

ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า และความเป็นตัวของตัวเอง อันนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

ในปัจจุบันยังไม่มี การให้คำจำกัดความของ Post-Stroke Depression อย่างชัดเจน แต่จะกล่าวถึงในลักษณะที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากโรคหนึ่งหลังจากเกิด Stroke⁽¹³⁾ และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะขัดขวางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก Post-Stroke Depression มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความพิการ การเพิ่มขึ้นของ Cognitive impairment การเพิ่มอัตราการตายทั้งระยะสั้นและระยะยาว และทำให้ผลของการทำกายภาพบำบัดไม่ดีเท่าที่ควร⁽⁹⁾

สาเหตุของการเกิด Post-Stroke Depression

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิด Post-Stroke Depression ที่แน่ชัด แต่ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาสามารถสรุปเป็นสมมติฐานได้ดังนี้ คือ

1. Biological Hypothesis ของ Post-Stroke Depression

นักวิจัยกลุ่มหนึ่งเชื่อว่า เมื่อผู้ป่วยเป็น Stroke แล้วนั้น ร่างกายจะสร้าง Biological Mechanism ที่จะไปรบกวนการทำงานของ neural circuit ซึ่งเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ทำให้การควบคุมอารมณ์ผิดปกติไปและเกิดเป็น Post-Stroke Depression โดยในปี ค.ศ.1970 Folstein และคณะพบว่าในระดับความพิการที่เท่ากันของผู้ป่วย Stroke และผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วย Stroke มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก⁽⁹⁾ นอกจากนี้ Starkstein และคณะ ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้ในผู้ป่วย Stroke with anosognosia แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถรับรู้ความพิการของร่างกายตนเองก็ตาม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจาก Small 'Silent' infarcts⁽¹³⁾ จากทั้ง 2 แนวคิดนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า Post-Stroke Depression ไม่ได้เกิดจากจิตใจเพียงอย่างเดียว

ในที่นี้จะกล่าวถึงปัจจัยทาง Biological ที่ทำให้เกิด Post-Stroke Depression 2 สาเหตุหลัก ได้แก่

1.1 Lesion location

มีหลักฐานกล่าวว่าหากเกิดพยาธิสภาพทั้งสองข้างที่บริเวณ The anterior frontal and temporal lobes and caudate nuclei arc มีความสัมพันธ์เสียงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

ในปี ค.ศ. 1980s Robinson และคณะพบว่าพยาธิสภาพที่บริเวณ Left anterior frontal lobes และ Left basal ganglia lesions จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าบริเวณอื่นของสมอง โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังการเกิด Stroke และพบว่ายังพยาธิสภาพอยู่ใกล้กับ anterior frontal pole มากเท่าไรก็จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นเท่านั้น⁽¹³⁾

การศึกษาในระยะต่อมาพบว่า ผู้ป่วย Stroke with left hemisphere lesions ผู้ป่วยจะตอบสนองเหมือนตกกำลังประสบกับความหายนะ⁽¹⁴⁾ และอาจจะกลายเป็น Major Depression Disorder ได้ในผู้ที่มีการบกพร่องของการรู้คิดร่วมด้วย

การศึกษาในประเทศจีนพบว่า Subcortical and Anterior cerebral artery lesions เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด Post-Stroke Depression และมีบางรายงานกล่าวว่า Post-Stroke Depression ที่เกิดในช่วง 2 เดือนแรกหลังจากเกิด Stroke สัมพันธ์กับ Left hemisphere lesion ในขณะที่หากผ่านไป 1 ปีหลังจากเกิด Stroke จะสัมพันธ์กับการเกิด Right hemisphere lesion มากกว่า⁽¹⁵⁾

1.2 Neurotransmitters

ในระยะ Acute Phase หลังการเกิด Stroke จะมีการสร้าง monoamine ลดลง เนื่องจากเอนไซม์ที่ใช้ในการสร้าง monoamine ถูกยับยั้งจากการขาดเลือด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า⁽¹⁴⁾

Robinson และ Bloom⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า การเกิด Stroke ที่บริเวณ Frontal lobe และ Basal ganglion ทำให้เกิดการขัดขวางการส่งสารสื่อประสาท ทำให้มีการลดลงของ Norepinephrine และ Serotonin ทั้งบริเวณที่มีพยาธิสภาพและบริเวณอื่น ๆ ที่ถูกเลี้ยงด้วยเส้นประสาทดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

Robinson และ Startein⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า การสูญเสียความสามารถของ Left Anterior Hemisphere ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบริเวณอื่น เนื่องจากที่บริเวณนี้จะไปยับยั้งการทำงานของ Upregulate Serotonin Receptor

Castren และคณะ⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า การลดลงของปริมาณเนื้อสมองที่บริเวณ Prefrontal Cortex และ Hippocampus ทำให้การทำงานของ neuronal networks ล้มเหลวและมีการสร้าง Brain-Derived Neurotrophic Factor ลดลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

2. Psychological Hypothesis ของ Post-Stroke Depression^{(13),(15)}

นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยที่เชื่อว่า Post-Stroke Depression เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบกพร่องของการรู้คิดและความพิการของร่างกายมากกว่าที่จะเกิดจาก Biology Mechanism โดยมีแนวคิดสนับสนุนดังต่อไปนี้

Burvill และ Lieberman⁽¹³⁾ กล่าวว่า ไม่มีการเพิ่มขึ้นของความชุกในการเกิด Depression ในผู้ป่วย Stroke เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่นในระดับความพิการเดียวกัน

ในปี ค.ศ. 2000 Cason⁽¹³⁾ และคณะ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของพยาธิสภาพกับการเกิด Post-Stroke Depression เช่นเดียวกับการศึกษาของ Berg และ Nys⁽¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยกลุ่มหนึ่งที่เชื่อว่าตำแหน่งพยาธิสภาพ ไม่สัมพันธ์กับการเกิด Post-

Stroke Depression ซึ่ง Starkstein และคณะ⁽¹³⁾ ได้กล่าวในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของพยาธิสภาพกับการเกิด Post-Stroke Depression ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะ Post-Stroke Depression ไม่ได้รับการพิจารณา เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการประสบอุบัติเหตุทางศีรษะที่เคยเป็นมาในอดีต เป็นต้น

Singh และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าหลังจากเกิด Stroke ในผู้ป่วย 3 เดือน ความรุนแรงของความพิการส่งผลให้เกิด Post-Stroke Depression มากกว่าตำแหน่งของพยาธิสภาพ และมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่สนับสนุนว่าภาวะซึมเศร้านี้สามารถหายได้เองภายใน 2-3 เดือนแรกหลังการเกิด Stroke และสัมพันธ์กับการฟื้นฟูร่างกายได้อย่างรวดเร็ว

Herrmann และ Wallesch⁽¹³⁾ กล่าวว่าปัจจัยในด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการเกิด Post-Stroke Depression ที่มากกว่า เช่น การแยกตัวออกจากสังคมจะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิด Post-Stroke Depression ในระยะเวลา 1 ปีหลังจากเกิด Stroke แต่ไม่มีผลทันทีหลังจากเป็น Stroke

Kendler และ Sharp⁽¹³⁾ กล่าวว่าปัจจัยเสี่ยงในการเกิด Post-Stroke Depression นั้นไม่เฉพาะเจาะจงกับการเกิด Stroke แต่จะเฉพาะเจาะจงต่อการเกิด Functional Depression มากกว่า House⁽¹³⁾ กล่าวว่าทั้ง Post-Stroke Depression และ Functional Depression นั้นมีอาการแสดงและการตอบสนองต่อการรักษาที่คล้ายคลึงกัน

ดังนั้นในปัจจุบันการเกิด Post-Stroke Depression ยังไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจนว่าเกิดจากผลทาง Biological หรือ Psychosocial เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง แต่น่าจะเกิดเป็น Multifactorial Factor มากกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาพันท์ เจริญสุวรรณค์ (2003)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 85 คน ใช้แบบวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Hospital anxiety and Depression ฉบับภาษาไทย) , แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index Score) , และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ II (The Personal Resource Questionnaires PRQ Part II) โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า มี 4 ปัจจัย คืออายุที่มากขึ้น ระยะเวลาที่ป่วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน

นพ.สามารถ นิธินันท์ และคณะ (2010)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน

150 คน ซึ่งมี 101 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าของการศึกษานี้โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) และทำการติดตามศึกษาต่อไปอีก 9 เดือน พบว่าร้อยละ 46.53 จำนวนผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็น ผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 20.79 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 18.81 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 6.93 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีประวัติป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จตุรรัตน์ สติรปัญญาและคณะ (2014)⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสูญเสียสมรรถภาพทางกาย และภาวะซึมเศร้าภายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุง มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 2,843 คน ผู้วิจัยจะคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกมาจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมดและตรวจยืนยันการวินิจฉัยแพทย์โดยประสาทแพทย์ในคณะวิจัยอีกครั้ง จากนั้นจึงใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index Score) และแบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 72.5 โดยพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่เพิ่งจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นมาก จะมีระดับความซึมเศร้าที่รุนแรง

Sam Chidi Ibeneme และคณะ (2017)⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาขอบเขตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในไนจีเรียตะวันออก ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 50 คน ที่ได้รับการรักษาในแผนกกายภาพบำบัดของ University of Nigeria Teaching Hospital พบความสัมพันธ์ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบความชุกในช่วงวัยผู้สูงอายุมากกว่าวัยกลางคน เพศหญิง มีพยาธิสภาพที่สมองด้านซ้าย มีภาวะแทรกซ้อน

Mustafa Aziz Yildirim และคณะ (2019)⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง โดยมีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 90 คน และต้องเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปหลังผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง อายุ เพศ คู่สมรส โรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนนั้นเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาต่อเป็นภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

Alessandra Baccaro และคณะ (2019)⁽²¹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและภาวะการรู้คิดบกพร่องของชาวบราซิล โดยผู้เข้าร่วมงานวิจัยต้องเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 103 คน ที่ได้รับการประเมินทางคลินิกและระบบประสาทในโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV ว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และมีการจำกัดการทำงานของร่างกาย พบว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่องมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา (0 – 7 ปี) และอายุ (59 – 70 ปี) ผู้ที่มีการอ่อนแรงของร่างกายด้านซ้ายสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องมากกว่าผู้ที่มีการอ่อนแรงของร่างกายด้านขวา และภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับบริเวณที่มีพยาธิสภาพ

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

ความหมายและแนวคิดของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ความหมายและแนวคิดของการเห็นคุณค่าในตนเองได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลายความหมาย ดังนี้

Mussen , Conger and Kagan⁽²²⁾ ในปี 1969 กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ของบุคคลเป็นการตัดสินคุณค่าของตน (Self) และการแสดงออกในรูปแบบของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง⁽²³⁾ โดยเป็นผลจากการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการประเมินของผู้อื่น จากนั้นโครงสร้างของตนจึงพัฒนาขึ้นเป็นภาพที่เกิดจากการรวมตัวกันของความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคล⁽²⁴⁾ ทำให้บุคคลมีความคิดต่อตนเองหรือมโนภาพ แล้วจึงวัดมโนภาพเหล่านั้น โดยอาศัยกระบวนการต่าง ๆ เช่น การตัดสินคุณค่าของตนจากผลงานความสามารถ คุณลักษณะต่าง ๆ ตามมาตรฐานของตนเอง กระทั่งพัฒนามาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง

มีผู้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้

Coopersmith (1981)⁽²²⁾ ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลพิจารณาประเมินความมีคุณค่าการพิจารณาตนเอง แล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งด้านความสามารถ ความสำคัญต่อผู้อื่น การประสบความสำเร็จในชีวิต การยอมรับนับถือจากผู้อื่น และความมีคุณค่าของตนเอง โดยบุคคลอื่นจะรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้น ๆ แสดงออกมาซึ่งมีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ส่วนตัว นอกจากนี้จากการศึกษาของคูเปอร์สมิทพบว่าบุคคลที่อยู่รอบข้างของบุคคลนั้นมีส่วนช่วยในการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นอย่างมาก เพราะบุคคลเหล่านั้นจะช่วยให้บุคคลนั้นพัฒนาความเชื่อถือในตนเอง

ความกล้าและความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ขณะเดียวกันพัฒนาการในการพึ่งพาตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองจะเกิดขึ้นและดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

Sasse (1978)⁽²⁵⁾ ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่า มีความต้องการการได้รับความเชื่อถือ การยอมรับนับถือโดยได้รับการสนับสนุนหรือยอมรับนับถือจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดความภูมิใจและนับถือตนเอง

Calhoun (1977)⁽²⁶⁾ ให้ความหมายว่าเป็นความพึงพอใจที่บุคคลมีต่ออัตมโนทัศน์ของตน โดย Brandenm⁽²⁷⁾ ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าเป็นความเชื่อมั่นในการนับถือตนเองอันเกิดจากการมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของคนที่จะสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ

McCrosky Richmond, and Stewart⁽²⁷⁾ ให้ความหมายว่าเป็นทัศนคติของบุคคลที่มองเห็นตนเองในเชิงคุณค่าโดยรวมผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการวัดสมรรถภาพของตนเองต่ำไปด้วย ในทางกลับกันผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะเป็นผู้นำในการสนทนา มีความเชื่อมั่นและคาดหวังในความสำเร็จที่จะได้รับเป็นอย่างดี

Lawrence (1973)⁽²⁸⁾ ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลประเมินตนเองถึงความแตกต่างระหว่างตนที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันกับตนเองที่อยากจะเป็น (Ideal Self) ซึ่งวัดได้จากการที่บุคคลเอาใจใส่ต่อความแตกต่างนี้ หากความแตกต่างมีมากมักจะเป็นผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในทางกลับกันหากความแตกต่างนี้น้อยมักจะเป็นผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

Rosenberg (1979)⁽²⁷⁾ ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง คือ ทัศนคติในทางบวกหรือทางลบต่อตนเอง

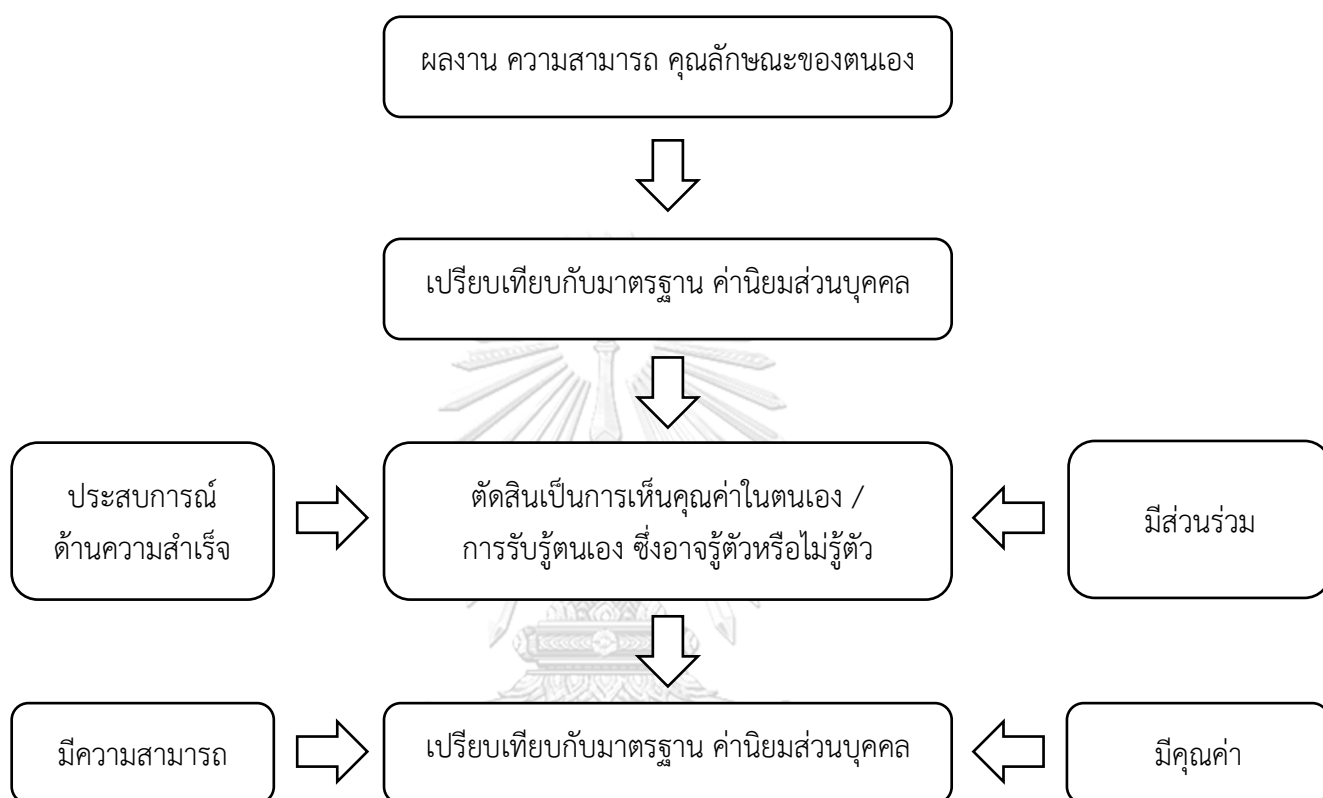
Maslow (1970)⁽²⁷⁾ กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการที่สำคัญและเข้าใจยากที่สุดเพราะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการยอมรับของคนอื่น โดยดูจากการตอบสนองของคนรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อน นอกจากนี้ยังเกิดจากการประเมินตนเองในทางบวก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตน มีความสามารถ แต่หากประเมินตนเองในทางลบ จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนมีปมด้วย อ่อนแอ

กล่าวโดยสรุปคือ การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และความนับถือในตนเอง เป็นการประเมินค่าตนเองตามที่ตนเองคิด โดยวัดตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองอีกด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้

การเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นกระบวนการประเมินที่ฝังลึกอยู่ในกระบวนการทางความคิด อารมณ์ ความต้องการ ค่านิยม และเป้าหมายของบุคคล

กระบวนการตัดสินคุณค่าในตนเอง

กระบวนการตัดสินการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถสรุปได้ ดังนี้



จากแผนภาพสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการตัดสินการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการนำเอาคุณสมบัติด้านผลงาน ความสามารถและคุณลักษณะต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกับมาตรฐานและค่านิยมส่วนบุคคล และตัดสินออกมาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้บุคคลภายนอกเห็น โดยอาจเป็นพฤติกรรมที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นจากการประสบความสำเร็จ หรือการทำสิ่งต่าง ๆ ได้บรรลุตามเป้าหมาย และได้รับคำชมเชยจากบุคคลภายนอก เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง หรือบุคคลอื่น เป็นการสะสมความพึงพอใจไว้ และกลายเป็นความเชื่อมั่นในควมมีคุณค่าของตน หากทำได้สำเร็จบุคคลจะเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง นำมาสู่การให้คุณค่าและความนับถือต่อตนเองสูงได้ (Branden, 1981 อ้างถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี , 2547)⁽²⁹⁾ นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลเป็นผลมาจากการพัฒนาความรู้สึก 3 เรื่อง ดังนี้

1. ความรู้สึกมีส่วนร่วม (Belonging) คือ การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกลุ่มและได้รับการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

2. ความรู้สึกมีความสามารถ (Feeling competent) คือ การที่บุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถเพียงใดที่ทำให้งานนั้นสำเร็จ หากสามารถทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างสมบูรณ์ บุคคลจะประเมินตนเองไปในทางบวก
3. ความรู้สึกมีคุณค่า (Feeling worthwhile) คือ การที่บุคคลมองตนเองเป็นผู้ที่มีคุณค่าหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับผลการประเมินจากสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ รวมทั้งการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับสมาชิกในกลุ่มด้วย หากทั้งสองอย่างที่กำลังกล่าวมาแล้วได้รับการประเมินในทางบวก บุคคลจะรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

จากกระบวนการตัดสินใจของตนเองของบุคคลที่ได้จากการประเมินความสำเร็จของตนเอง ส่งผลให้บุคคลสามารถประเมินคุณค่าความสำเร็จระหว่างความสามารถที่บุคคลปฏิบัติได้จริงกับความสามารถที่ตนรับรู้มันแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ระหว่างผลสำเร็จที่ทำได้กับมาตรฐานที่คาดหวังไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับความสอดคล้องกับความเป็นจริงและป้องกันตนเองจากความล้มเหลวอันจะเกิดขึ้น

นิภาวรรณ กิริยา (2534) (อ้างถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี 2547)⁽²⁹⁾ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่จำเป็นต่อกระบวนการตัดสินใจคุณค่าในตนเองไว้ ดังนี้

1. ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองว่า ตนเป็นผู้มีประสบการณ์และเป็นจุดศูนย์กลางของความสนใจ ทั้งภายในและภายนอกกลุ่ม
2. ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองว่า ตนสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เมื่อประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจากเป้าหมายของตนที่ตั้งไว้
3. ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองว่า ตนสามารถปฏิบัติตนได้ เหมาะสมกับสภาพการณ์ เมื่อประเมินตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าหรือไร้คุณค่า

พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง

วิมลพรรณ นิธิพงษ์ (2535) (อ้างถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี, 2547)⁽²⁹⁾ อธิบายถึงพัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นถูกสร้างขึ้นตั้งแต่ในวัยทารก โดยมารดาจะเป็นแบบอย่างโครงสร้างต่อความรู้สึกมีคุณค่าของเด็ก หากมารดาแสดงความรักและความพึงพอใจต่อบุตร ส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ในทางกลับกันหากเด็กไม่ได้รับความรักและความเอาใจใส่จากมารดา ส่งผลให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รวมถึงทัศนคติของบิดาและมารดาก็มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองที่เกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว (Family Dynamics) พบว่าความใกล้ชิด การปฏิบัติต่อกัน และความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และบุคคลสามารถเสียการเห็นคุณค่าในตนเองได้ จากการเปรียบเทียบตนกับบุคคลอื่นในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด และมีผลการกระทำที่ดีกว่า เนื่องจากรากฐานของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นพัฒนามาจากความรัก ความเอาใจใส่ ตลอดจนความสำเร็จ

และได้รับการตอบสนองว่าตนเองมีคุณค่า ก็จะขยายออกจากครอบครัวสู่บุคคลอื่น พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความต่อเนื่องมาจากประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก และจะพัฒนาต่อไปเรื่อย ๆ จนถึงวัยกลางคน จึงจะคงที่หรือเสื่อมถอยลง

กระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วย

1. ประเมินตนจากการยอมรับในสังคม คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งประเมินจากการยอมรับของผู้อื่น หรือ Outer - self esteem
2. ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับผลสำเร็จของตนเอง ซึ่งประเมินตนจากผลของการกระทำและความสำเร็จ เป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบ Inter - self esteem
3. ความมีเสน่ห์ด้านรูปร่าง (Physical Attractiveness) ความประทับใจในตนเอง หรือ การเห็นคุณค่าในตนเองมาจากความคิดของบุคคลอื่น ผลของความมีเสน่ห์ด้านรูปร่างนั้น เริ่มมีมาตั้งแต่วัยเด็ก และต่อเนื่องมาจนถึงวันผู้ใหญ่ จึงทำให้รูปร่างส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

นิภาวรรณ กิริยา (2534) (อ้างถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี, 2547)⁽²⁹⁾ ได้อธิบายการจัดลำดับความต้องการของมนุษย์ 5 ขั้นตอน ของ Maslow ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นจัดอยู่ในลำดับขั้นที่ 4 รองลงมาจากความต้องการขั้นสูงสุด อันได้แก่ ความต้องการบรรลุสัจจะแห่งตน (Self-actualization) การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการยอมรับของผู้อื่นและการตอบสนองจากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนรุ่นเดียวกัน รวมถึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญหรือความสามารถบางอย่างของบุคคลนั้นร่วมด้วย การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองมักแสดงออกมาในรูปแบบของทัศนคติหรือความเชื่อว่าตนจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการทำสิ่งต่าง ๆ โดยอาจประเมินจากความพยายามมากน้อยเพียงใด หากเกิดความล้มเหลวจะเสียใจหรือไม่ หากบุคคลนั้นประเมินตนเองให้อยู่ในดำนบวก บุคคลนั้นจะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญต่อสังคม ในทางตรงข้ามหากบุคคลนั้นประเมินตนเองให้อยู่ในดำนลบ บุคคลนั้นจะรู้สึกมีปมด้อย อ่อนแอ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

โดยทั่วไปทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีความมั่นคง มีการประเมินตนเองในระดับสูง มีความนับถือและเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งได้รับการตัดสินว่ามีคุณค่าจากผู้อื่น ในทางจิตวิทยาการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ดี และจากคุณลักษณะนี้จะช่วยเตรียมสภาวะทางจิตให้มีความสอดคล้องกับความคาดหวังในความสำเร็จ การได้รับการยอมรับและความเข้มแข็งทางจิตใจจะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้น หากบุคคลประเมินตนเองว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า แปลได้ว่าบุคคลนั้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในทางกลับกันหากบุคคลนั้นประเมินตนและภาคภูมิใจในตนเอง แปลได้ว่าบุคคลนั้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง การเห็นคุณค่าในตนเองได้รับการพัฒนาขึ้น

จากความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจในมาตรฐานการกระทำที่ตนตั้งไว้ แต่หากบุคคลนั้นประเมินตนเองว่าล้มเหลว หรือทำมีการกระทำไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ตนตั้งไว้ นำมาซึ่งความรู้สึกไม่พึงพอใจตนเองได้ แม้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานในการประเมินตนเองที่มาจากความสามารถของบุคคลหรือมีความสามารถในการตัดสินใจคุณค่าของตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่การตัดสินใจจากสังคม (Social judgement) ก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลว่าจะประเมินตนเองออกมาในลักษณะใดได้เช่นกัน นอกจากนี้การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้น ๆ อีกด้วย ว่าเป็นให้คุณค่ากับบุคคลนั้นอย่างไรและบุคคลนั้นได้มีพฤติกรรมตอบสนองต่อคุณค่าทางสังคมได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานของสังคมนั้นได้ดีเพียงใดอีกด้วย และการประเมินผลการกระทำของบุคคลจะส่งผลถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลอีกด้วย ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรม การแสดงออกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันก็เป็นผลต่อเนื่องจากรู้สึกว่าตนมีการเห็นคุณค่าในตนเองในการกระทำนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ ความแตกต่างของพฤติกรรม การเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำของบุคคลจำแนกได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง	บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ
- มีความคล่องแคล่วว่องไว กระตือรือร้น	- มีความรู้สึกถูกกดดันจากสังคม ขาดพลังความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ
- ชอบแสดงความคิดเห็น	- ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากคนอื่น
- พุดชกนำผู้อื่นมากกว่าเป็นผู้ตาม	- ชอบเป็นผู้ฟังมากกว่าเป็นผู้แสดงบทบาท
- มองสิ่งต่าง ๆ ในด้านดี มีทัศนคติที่ดี	- พร้อมจะเชื่อคนอื่นว่ามองตนในแง่ไม่ดี
- ไม่พะวงแต่เรื่องของตน	- ยึดมั่นในความดีของตนเอง พะวงกับเรื่องของตน
- เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน	- ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คิดว่าตนมีบทบาทน้อยในสังคม
- มีความมั่นใจในการกระทำของตน	- กลัวการกระทำที่อาจได้รับการปฏิเสธหรือตำหนิหรือทำให้ผู้อื่นโกรธ
- กล้าแสดงออกในพฤติกรรมที่เหมาะสม	- เก็บกด ขี้อาย
- ยอมให้สังคมกำหนดพฤติกรรมของตนน้อย	- พยายามทำสิ่งที่สังคมยอมรับ
- แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	- คิดว่าตนไม่มีความสามารถเพียงพอ
- มีความวิตกกังวลต่ำ	- มีความวิตกกังวลสูง
- เป็นผู้นำกลุ่ม	- ชอบเป็นสมาชิกกลุ่มแบบไม่แสดงตัว

ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเอง จึงสามารถบอกถึงลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลได้ รวมทั้งมีความสำคัญต่อความมั่นคงทางจิตใจ มีความสามารถในการรับแรงกดดันจากสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากการเห็นคุณค่าในตนเองจะมีส่วนในการช่วยปรับแก้โครงสร้างบุคลิกภาพเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลแล้ว ยังเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีกด้วย (นิภาวรรณ กิริยา, 2534 อ้างถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี, 2547)⁽²⁹⁾

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของการมองชีวิต สมรรถนะทางสังคมและอารมณ์เกิดจากการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาได้ สามารถยอมรับกับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง จึงจะเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จ มีความสุขสามารถดำเนินชีวิตตามที่ตนปรารถนาได้อย่างดี⁽²²⁾ ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงจะมีพลังในการหลีกเลี่ยงปัญหารุนแรงในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁽³⁰⁾ นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นการรู้สึกที่ตนมีต่อตนเองตามความเป็นจริงและมีความถ่อมตน⁽²²⁾ รวมถึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต

โรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง

WHO (องค์การอนามัยโลก)⁽³¹⁾ ได้ให้คำนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไว้ดังนี้ “Rapidly developed clinical sign of focal (or global) disturbance of cerebral function; last more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause of than a vascular origin.” ภาวะความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และนำมาซึ่งอาการและอาการแสดงที่มีระยะเวลาคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง^{(32),(33),(34)} ดังนั้นจากคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ทำให้ Transient ischemic attack (TIA) ไม่ถูกนับรวมอยู่ในโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคจะเกิดขึ้นและหายไปภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง

National Institute of neurological Disorders and Stroke⁽³⁵⁾ ได้ให้คำนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไว้ดังนี้ “ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมีความผิดปกติที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

กล่าวโดยสรุปคือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Accident: CVA, Cerebrovascular Disease: CVD) หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาท ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่อย่างเฉียบพลัน โดยอาการนี้ต้องมี

ระยะเวลามากกว่า 24 ชั่วโมง^{(32),(33),(34)} นำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยอาการแสดงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และระดับความรุนแรงของอาการแสดงขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่สมองที่ถูกทำลาย⁽³⁶⁾

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง^{(35),(37)} แบ่งเป็น 2 ชนิดตามลักษณะของพยาธิสภาพ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) คือ ภาวะการบกพร่องของสมองที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด โดยเกิดจากการที่ก้อนเลือดจากหัวใจหรือหลอดเลือดที่คอมาอุดที่หลอดเลือดสมอง (Embolism) เกิดจากการหลอดเลือดที่สมองเองเกิดการอุดตัน เกิดจากภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ) หรือจากภาวะที่หลอดเลือดมีการแข็งตัว ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่สมองได้ (Thrombosis)⁽³⁸⁾ โดยสามารถเกิดขึ้นได้กับทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งมักสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) และการมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน โดยทั่วไปลิ่มเลือดที่เกิดขึ้น จะเริ่มจากบริเวณหลอดเลือดที่มี Atherosclerotic plaque เมื่อหลอดเลือดสมองมีการตีบหรืออุดตันแล้ว จะส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองในบริเวณดังกล่าวได้ และทำให้เซลล์ประสาทสมองค่อยๆตายลงใน 6 - 8 ชั่วโมง ทั้งนี้อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับบริเวณและตำแหน่งที่มีการอุดตัน ระยะเวลาที่ขาดเลือด และอัตราการขาดเลือด โดยโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้พบได้ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออก (Hemorrhagic Stroke)⁽³⁷⁾

ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญคือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและแตกหรือฉีกขาดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลให้ก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมองในบริเวณดังกล่าว กลายเป็นภาวะเลือดคั่ง เกิดการกดเบียดและทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นตาย อีกทั้งเนื้อสมองบริเวณรอบ ๆ มีอาการบวม ซึ่งมักพบว่าการเกิดขึ้นทันทีทันใด และทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาททันที เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ โดยเนื้อสมองบริเวณนั้นอาจเกิดการอักเสบและตายได้ หากการกดเบียดไม่มากนักและผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดเหล่านั้นจะค่อยๆละลายได้ในระยะเวลา 2 - 6 เดือน

การดำเนินของโรคและการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Phase)⁽³¹⁾ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) คือระยะตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ส่วนมากระยะนี้ผู้ป่วยจะยังคงอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล โดยระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดอัมพาตทันทีที่กล้ามเนื้อ

แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในผู้ป่วยบางรายสามารถมีภาวะไม่รู้สึกร่วมด้วยส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง⁽³⁹⁾ ปัญหาสำคัญที่พบ คือผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและระบบการหายใจผิดปกติ

2.ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Phase)คือระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้มีความสามารถในการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ซึ่งพบว่า ระยะ 30 วันแรกจะมีการฟื้นตัวของระบบสั่งการอย่างเห็นได้ชัดเจนที่สุด และจะยังฟื้นตัวต่อไปได้อีกถึง 90 วัน⁽⁴⁰⁾ ภายหลัง 90 วัน ถึง 6 เดือน จะยังมีการฟื้นตัวอยู่แต่เห็นได้ไม่ชัดเจนเท่าระยะแรก⁽⁴¹⁾ หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยมีอัตราที่ช้าลงและมีแนวโน้มที่จะคงที่

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่งผลต่อการสูญเสียการทำงานที่หรือมีการบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาท อาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองส่วนนั้น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1.ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลาย ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมองได้ โดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรง และมีความตึงตัวน้อยลง ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักยกไม่ขึ้น เคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย⁽⁴²⁾ ต่อจากนั้นจึงค่อยฟื้นตัวขึ้นโดยเริ่มมีการเพิ่มขึ้นของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็งกระตุกแล้วเกิด Spasticity ของกล้ามเนื้อขึ้น โดยมักเกิดกับกล้ามเนื้อกลุ่มที่ทำหน้าที่ในการงอเข้า ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา โดย เช่น มีการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางและหมุนออก หากอาการเกร็งอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มที่ทำหน้าที่เหยียดออกสูญเสียการทำงานที่ไป ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อต่อลำบาก และอาจพบการเคลื่อนไหวร่างกายโดยขาดความมั่นคง

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้⁽³⁸⁾ มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วน Parietal lobe ความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น

- ปัญหาการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกจากการสัมผัส ความเจ็บปวด แรกกดและอุณหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง หรือเกิดขึ้นร่วมกันได้ ผู้ป่วยมักไม่สามารถบอกตำแหน่งหรือบริเวณที่ถูกสัมผัสได้ถูก หรือไม่สามารถบอกตำแหน่งที่สัมผัสพร้อมกันหลายๆตำแหน่งได้

- ปัญหาการสูญเสียในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย กล่าวคือผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง เกิดการเพิกเฉยละเลยต่อร่างกายด้านที่มีการอ่อนแรง ส่งผลให้ผู้พลด

การใช้งานหรือไม่ใช้งานอวัยวะของร่างกายซีกที่อ่อนแรง นำมาซึ่งปัญหาในการปรับท่าทาง การกระทำการเคลื่อนไหว รวมถึงการเคลื่อนไหวด้วย

- ปัญหาการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ลักษณะท่าทางต่าง ๆ ของข้อต่อได้ ไม่สามารถบอกได้ว่าขณะนี้ข้อต่อนั้น ๆ มีการงอ หรือเหยียดออกของข้อต่ออยู่ ซึ่งมีผลต่อปัญหาการทรงตัวและการประสานการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดความยากลำบากในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว หากไม่ได้รับการฟื้นฟูที่ถูกต้องจะนำมาซึ่งความพิการได้

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนและการทานอาหาร⁽³⁸⁾ เช่น กลืนลำบาก การสำลัก และการเคี้ยวอาหาร การรับประทานอาหารเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อน มักพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (CN V) ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (CN VII) ซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (CN IX) 10 (CN X) และ 12 (CN XII) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มักพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปิดริมฝีปากได้สนิท เคี้ยวอาหารลำบาก ลิ้นไม่สามารถเคลื่อนไหวในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อภายในช่องปากและคอกอหอยไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ไม่สามารถผลักอาหารเข้าสู่หลอดอาหารได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจสามารถส่งผลทางอ้อมต่อการรับประทานอาหาร ทำให้ความอยากอาหารลดลงและทำให้การทานอาหารลำบากยิ่งขึ้น

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสารได้ จากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองส่วน Wernicke's Area ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) หรือไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียนได้แม้ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น (Visual Aphasia) อีกประเภทคือไม่สามารถสื่อสารความหมายได้ จากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองส่วน Broca's Area กล่าวคือผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียนและสัญลักษณ์ต่างได้ รู้ว่าต้องตอบสนองแบบใด แต่ไม่สามารถพูดสื่อสารความหมายออกมาได้ พบว่าบางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษาหรือเขียนไม่เป็นประโยค

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือทางตรง ได้แก่ การมีพยาธิสภาพบริเวณสมองมีผลต่อการควบคุมอารมณ์ ทำให้การควบคุมอารมณ์ผิดปกติไป และส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ผลกระทบทางอ้อมจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เสียความภาคภูมิใจในตนเอง เสียความเป็นตัวของตัวเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิต หากรุนแรงอาจเกิด

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพาและความผาสุกของบุคคล⁽⁴³⁾ จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบจากร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ ย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจร่วมด้วย อาจเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน⁽⁴⁴⁾ ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของตนไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และบทบาทต่าง ๆ ในชีวิต จากพฤติกรรมทางจิตเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ไม่คืนัก⁽⁴⁵⁾ ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบบ่อย^{(43), (46)} ได้แก่

- ความเครียด (stress) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะของโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด และเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจก่อเป็นอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้นก็นำมาซึ่งความเครียดได้

- ความก้าวร้าว (aggressive) ผู้ป่วยมักแสดงออกมาในลักษณะของการกระทำหรือการใช้คำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดลอมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยหลายรายมักมีลักษณะท่าทางที่เปลี่ยนแปลงไป มีท่าทางที่ไม่เป็นมิตร ขว้างปาหรือทำลายสิ่งของต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการวางอำนาจ ใช้คำสั่ง ต้องการการเอาอกเอาใจ ถูกผู้อื่นหงุดหงิด โกรธง่าย หรืออาจแสดงออกมาในลักษณะของการที่พึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา⁽⁴⁵⁾

- ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอารมณ์พื้นฐานในการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนาน ซึ่งอาการวิตกกังวลเป็นอาการแสดงของความกลัว เกิดจากประสบการณ์การรับรู้ต่ออวัยวะที่อ่อนแรงลงและความรู้สึกที่ไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แน่นหน้าอก เหงื่อออก หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลืนปัสสาวะไม่ได้

- ภาวะซึมเศร้า (depression) พบในความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในบริเวณสมองฝั่งซ้ายมากกว่าฝั่งขวา Robinson ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟู และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางเฉลี่ยร้อยละ 34 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Carod-Artal , Egidio , Ganzalez & Seijas ในปี 2000 พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี จำนวน 90 ราย อายุเฉลี่ย 68 ปี มีภาวะเศร้าร้อยละ 38 โดยตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำงานของร่างกาย และมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำงานของร่างกาย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีสมรรถภาพต่ำกว่าและมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้ามีอาการแสดง เช่น การถอนใจและแยกตัวจากสังคม แสดงอารมณ์หงุดหงิด หดหู่ โกรธง่าย ก้าวร้าว เป็นต้น⁽⁴⁷⁾ มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยและการฟื้นตัวของผู้ป่วยด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า อัตราของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจะเท่ากับร้อยละ 22-27 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรก และจะค่อยๆ ลดลงภายใน 6 เดือน^{(48),(49),(50)} หรือภายใน 1-2 ปีหลังเกิดโรค^{(51),(52)}

3. ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งจากครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย โดยครอบครัวต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด ทั้งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า การเห็นคุณค่าในตนเอง และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย และการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพในชุมชนก็เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย ทั้งจากอาสาสมัครชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัดในชุมชน ผลจากการเจ็บป่วยของโรคทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติซึ่งจะทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเห็นห่างหรือเสื่อมลง⁽³⁵⁾ จึงเกิดปัญหาตามมาได้คือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองและเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกมามีสังคมกับโลกภายนอกนอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{(36),(53)}

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 3 เท่า⁽⁵⁴⁾ และพบว่าภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดที่เกิดจากการเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) และชนิดที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะเร่งให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะมีการหนาตัวขึ้น ส่งผลให้ทางเดินของหลอดเลือดแดงตีบแคบลงและสามารถอุดตันได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการโป่งพองที่หลอดเลือดสมองออกมาเป็นกระเปาะและมีโอกาสแตกได้ นอกจากนี้ผลทางด้านการเปลี่ยนแปลงของลักษณะหลอดเลือดแดงแล้วความดันโลหิตสูงมีผลต่อกลไกการรักษา ระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral Perfusion Pressure) ผิดปกติไป ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง เกิดเป็นภาวะสมองขาดเลือดขึ้นได้เช่นกันและความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิตที่สูงเพิ่มขึ้น จากการศึกษาและติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 4 ปี พบว่า หากความดัน Systolic ลดลงเฉลี่ย 10 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง (Absolute risk reduction) ลงได้ ร้อยละ 34 และเช่นเดียวกันในความดัน Diastolic ลดลงเฉลี่ย 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงลงได้ร้อยละ 28 จาก

การศึกษาดังกล่าว หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตนอกจากจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ยังสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้อีกด้วย ซึ่งระดับความดันโลหิตยิ่งลดสามารถช่วยป้องกันโรคได้ดีขึ้น

2. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 - 4 เท่า⁽⁵⁴⁾ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงขึ้น มีผลต่อการบาดเจ็บของเซลล์บุผนังหลอดเลือด (Endothelial cell) และส่งผลให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดตามมา ซึ่ง endothelial cells มีหน้าที่รักษาสภาพผนังหลอดเลือดให้คงรูปและทำหน้าที่กรองสารอาหารและสารน้ำผ่านเข้าออกระหว่างเซลล์ต่าง ๆ กับหลอดเลือด หล่อลื่นผิวด้านในผนังหลอดเลือดไม่ให้เกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวมาเกาะ ดังนั้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นเซลล์จะสร้างสาร nitric oxide ส่งผลให้เส้นเลือดมีแรงดัน สามารถยืดหยุ่น หดขยายตัวได้⁽⁵⁵⁾ เมื่อเซลล์ถูกทำลายหรือมีการอักเสบ จะกระตุ้นให้มีการสร้างสารในกลุ่ม Reactive oxygen species (ROS) และ Advanced glycosylated end product (AGE) ส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถสร้าง Nitric oxide (NO) เพื่อรักษาสมดุลของหลอดเลือดได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Arteriosclerosis) โดยสามารถเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จากการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมา⁽⁴⁹⁾

3. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิด โดยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัด (มากกว่า 40 มวนต่อวัน) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^(36, 54, 56) โดยควันบุหรี่นั้นประกอบด้วย สารนิโคติน ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ สารแคตนิเนียม ไนตริกออกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และคาร์บอนไดซัลไฟด์ ซึ่งสารเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด คือส่งผลให้หลอดเลือดตีบและแข็ง ผนังหลอดเลือดหนา มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด และการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งผลให้ระดับ Low density lipoprotein (LDL) cholesterol เพิ่มสูงขึ้น และลดระดับ High-density monoxide (HDL) การเพิ่มสูงขึ้นของ LDL มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบมากขึ้น นอกจากนี้ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เพิ่มขึ้นในเลือด มีผลต่อการขนส่งออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้ตามปกติ และมีผลต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้เกิดผลเช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้บุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดขาดสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยง และยังทำให้เกิดลิ้มเลือดในร่างกายได้ง่าย หากเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้สมองเกิดการขาดเลือด นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป⁽⁵⁷⁾

4. ไขมันในเลือดสูง ภาวะนี้เกิดจากการที่ร่างกายมีระดับ Cholesterol, Triglycerides และ Low density lipoprotein (LDL) ในเลือดสูงมากกว่าปกติ โดยไขมัน LDL จะสะสมอยู่ตามผนัง

หลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย เรียกว่าคราบไขมันหรือ Plaque ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบแคบ หรืออาจจะเกิดการหลุดลอยแล้วไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดที่สมอง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.5 เท่า

5. โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจชนิด Rheumatic heart disease และ non-Rheumatic heart disease เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจจากภาวะความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคลิ้นหัวใจตีบ เป็นต้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการที่หลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral embolism) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในระยะที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน หรือผู้ที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น ภาวะ Atrial fibrillation (AF) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

6. ภาวะขาดการออกกำลังกาย ภาวะนี้เป็นปัจจัยในการนำมาซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

7. ผู้สูงอายุ จากข้อมูลของสำนักรับนโยบายและแผนสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2543 พบว่าอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนด้วยโรคในระบบไหลเวียนเลือดในกลุ่มอายุ 60-74 ปี คิดเป็น 574.5 รายต่อแสนคนต่อปี และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1936.4 รายต่อแสนคนต่อปีในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป โดยโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการทำนายการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุไทย (adjusted odds ratio = 1.37) ดังนั้นแพทย์และนักรักษาสาธารณสุขไทยควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดผลกระทบของโรคนี้ทั้งในด้านที่เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทย

8. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ การดื่มสุรา โรคเลือดชนิดต่าง ๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย การรับประทานยาคุมกำเนิด ความอ้วน ประวัติครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Prior stroke)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Chad D Vickery และคณะ (2008)⁽⁶⁾ กล่าวว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันกับคนปกติ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 80 คน พบค่าเฉลี่ยในแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม ทั้งแบบประเมิน Visual Analogue Self-esteem โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมคือ 41 คะแนน ค่าเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ 37 คะแนน และ Rosenberg Self-esteem Scale โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมคือ 24 คะแนน ค่าเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ 21 คะแนน และยังพบอีกว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าในคนปกติ โดยพบค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าของแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depressive scale) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมคือ 6 คะแนน ค่าเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ 9 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และมีความสัมพันธ์กันระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและระดับของอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Chad D Vickery และคณะ (2008)⁽⁵⁸⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและผลของการทำงานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่แผนกฟื้นฟู มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 176 คน โดยใช้แบบประเมิน Visual Analogue Scale และแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depressive scale) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีอัตราการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนั้น มีความสัมพันธ์กับความยากในการอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ การดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหว

Chad D Vickery และคณะ (2008)⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับและความมั่นคงของการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกฟื้นฟูผู้ป่วยใน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 79 คนจะได้รับการประเมินระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองและอารมณ์ วันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน และได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความซึมเศร้า (GDS) เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาในวันที่ 4 พบว่าความมั่นคงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถใช้ในการทำนายคะแนนความซึมเศร้าได้ ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอาการซึมเศร้า ผู้ที่ไม่มีความมั่นคงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความมั่นคงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

Chad D Vickery และคณะ (2009)⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูและการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 120 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในแผนกฟื้นฟู พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะเวลาการฟื้นฟู เพศหญิง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพด้านซ้าย และมีคะแนน Functional Independence Measure (FIM) ในส่วนของการรู้คิดต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แต่อายุ คะแนน Functional Independence Measure (FIM) ในส่วนของการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของการเห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้ที่มีอายุมากกว่านั้นมีการเพิ่มขึ้นของการเห็นคุณค่าในตนเองได้น้อยกว่าในผู้ที่อายุน้อยกว่า และในผู้ที่มีการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวที่ดีมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่า

Junko Shida และคณะ (2014)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและสภาพความเป็นอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 65 คน โดยใช้แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กและแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูทางกายภาพ

ส่งเสริมการทำกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และยังช่วยในการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

Eun-Young Park และคณะ (2016)⁽⁶¹⁾ ได้ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ รายได้ และการมีคู่สมรส ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการใช้ข้อมูลจาก Korea Welfare Panel Study (KWPS) ในปี 2012 มาวิเคราะห์ พบว่า เพศชายผู้ที่มีรายได้กลางๆมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าในเพศชายผู้ที่มีรายได้ต่ำ แต่ไม่พบความแตกต่างในเพศหญิง การเห็นคุณค่าในตนเองของเพศหญิงที่ไม่มีคู่สมรสหรือคู่ชีวิตมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพศชายที่ไม่มีคู่สมรสหรือคู่ชีวิต

Misook L. Chung และคณะ (2016)⁽⁶²⁾ ได้ศึกษาผลของการเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้การควบคุมอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคู่สมรส ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดทั้งหมด 112 คนและคู่สมรสของพวกเขา โดยใช้แบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วย แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบประเมินความมุ่งหมายในชีวิตฉบับปรับปรุง และแบบประเมิน Sense of Control Scale พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และคู่ชีวิตรวมถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีผลต่อการมองโลกในแง่ดี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

Irina Lapadatu และคณะ (2019)⁽⁶³⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อัตลักษณ์และอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 65 คน พบว่าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้อัตลักษณ์ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป การรับรู้อัตลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิต

อย่างไรก็ตามมีหลายรายงานก่อนหน้าพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนั้น สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยทางกายและความพิการ โดยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ภายหลังโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุชัดเจน ซึ่งอาจเกิดจากความสัมพันธ์ของกันและกันได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนเขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนเขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตาม Inclusion Criteria และไม่มีคุณสมบัติตาม Exclusion Criteria

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองนานกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 3 ปี
3. ได้รับการประเมินสมองเบื้องต้น Thai Mental State Examination (TMSE) มากกว่า 10 คะแนน
4. สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้เข้าร่วมงานวิจัย สามารถอ่านภาษาไทย เข้าใจและสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ได้รับหรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคซึมเศร้า เช่น Schizophrenia Psychotic เป็นต้น

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

ผู้วิจัยจะได้รับข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่อาศัยในพื้นที่เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างจากพยาบาลเจ้าของพื้นที่และอาสาสมัครชุมชนของแต่ละชุมชน จากนั้นผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์ (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก จนได้ครบตามขนาดประชากรตัวอย่างที่กำหนด

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Robert V. Krejcie และ Earyle W. Morgan⁽⁶⁴⁾ โดยอ้างอิงจำนวนประชากรจากสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างในปีงบประมาณ 2560 ซึ่งมีจำนวน 99 คน ได้ขนาดตัวอย่างประชากรเท่ากับ 80 คน

เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม และเพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น หรือ ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อาชีพ รายได้รวมทั้งครอบครัว รายได้ส่วนตัว รายได้ที่สูญเสียไปหลังจากการป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตร สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติมีปัญหาด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยด้านข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายด้านที่มีการอ่อนแรง ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนการป่วย ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัว ประวัติมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีประวัติการดื่มสุรา มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติเคยใช้สารเสพติด มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีปัญหาด้านการกลืน มีอาการขาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน คะแนน Barthel index score และคะแนนของแบบทดสอบสมองเบื้องต้น (TMSE)

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบบันทึก สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อาชีพ

รายได้รวมทั้งครอบครัว รายได้ส่วนตัว รายได้ที่สูญเสียไปหลังจากการป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตร สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวมีประวัติมีปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านการป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบบันทึก สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายด้านที่มีการอ่อนแรง ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนการป่วย ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัว ประวัติมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีประวัติการดื่มสุรา มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติเคยใช้สารเสพติด มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีปัญหาด้านการกลืน มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE)

เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีคะแนนรวบรวม 30 คะแนน แบ่งย่อยเป็น 6 รายการ คือ การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน การจดจำ (Registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน ด้านภาษา (Language) 10 คะแนนและการระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน มีค่า sensitivity 68.5% และค่า specificity 88%

โดยเกณฑ์การให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน จะมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ค่าคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน และแบ่งระดับความรุนแรงของคะแนน TMSE ได้ดังนี้ (แบบประเมินนี้ผู้วิจัยอ่านให้อาสาสมัครตอบคำถาม)

คะแนน TMSE	<10	หมายถึง	Severe dementia
คะแนน TMSE ระหว่าง	10 – 18	หมายถึง	Moderate dementia
คะแนน TMSE ระหว่าง	19 -23	หมายถึง	Mild dementia

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ประกอบไปด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984)

แปลและพัฒนาโดยสุรางรัตน์ คงศรี ผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยพรพิมลพรแก้ว ทดสอบกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการที่พระประแดง ใช้สูตร Kuder-Richardson formula 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.836

ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มี 2 ลักษณะ คือ ข้อความเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20 และข้อความเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 การตรวจให้คะแนนข้อความเชิงบวก ให้ 1 ในข้อที่ตอบว่า “ใช่” และให้ 0 ในข้อที่ตอบว่า “ไม่ใช่” ข้อความเชิงลบ ให้คะแนนสลับกัน การคิดคะแนนให้ รวมคะแนนแล้วคูณ 4 เท่ากับ 100 แปลผลคะแนนดังนี้

0-24 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ
25-49 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ
50-74 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง
75-100 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

โดย นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศพัฒนาขึ้นมาโดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93

สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนน กลุ่มคณะผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ให้ค่าคะแนนรวมของ TGDS

คะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน	เป็น	ค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย
คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน	เป็น	ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression)
คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน	เป็น	ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression)
คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน	เป็น	ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression)

โดยกำหนดให้ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living)

ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Bathel เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ทว่าแบบประเมิน Barthel Index แม้ใช้ง่าย แต่มีข้อเสียคือไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความสามารถผู้ป่วย เพราะมีจำนวนข้อ

ย่อยในแต่ละหมวดของการประเมินเพียง 2 - 4 ข้อต่อหมวด ต่อมา Shah และคณะ จึงได้นำ Barthel Index มาปรับปรุงเพิ่มความละเอียดเรื่องการต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ทำให้มีข้อย่อยในแต่ละหมวดเพิ่มขึ้นเป็น 5 ข้อต่อหมวดเป็น Modified Barthel Index (MBI) และพบว่าไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความสามารถผู้ป่วยมากขึ้น และมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยไม่เพิ่มความยากหรือระยะเวลาในการประเมินซึ่งมีผู้นำแบบประเมิน MBI นี้แปลเป็นภาษาไทยอาทิกริก ภาษาจีนรวมถึงภาษาไทยด้วย ซึ่งการประเมินด้วย MBI ฉบับภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ มีความน่าเชื่อถือในระดับดีมากโดยมีค่า Interclass correlation (ICC) รวม 0.96 และการให้คะแนนรายข้อย่อยระหว่างผู้ประเมินสอดคล้องกันมากเรื่องการควบคุม การถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยมีค่า Cohen's kappa coefficient = 0.90, 0.87 ตามลำดับ และ 95% CI = 0.61 - 0.80 ส่วนข้ออื่น ๆ ส่วนใหญ่สอดคล้องกันพอใช้ คือ Cohen's kappa coefficient = 0.45 - 0.58 และ 95% CI = 0.21-0.40

โดยมีคะแนนรวม 0 - 100 คะแนน และมีการแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีการให้คะแนน ดังนี้

คะแนนระหว่าง 0 - 20 คะแนน	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
คะแนนระหว่าง 25 - 45 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
คะแนนระหว่าง 50 - 70 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
คะแนนระหว่าง 75 - 95 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
คะแนน 100 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

สำหรับการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่อาศัยในพื้นที่เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยผู้ป่วยจะทำการเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดทั้งหมด และต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Statistic Package for Social Science (SPSS) ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อดูความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นค่าในตัวเอง ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Chi -

square test , t - test, Mann - Whitney U - test, Pearson's correlation coefficient และใช้สถิติ Logistic Regression Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนาย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยโดยมิได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ โดยตรง โดยขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยได้ยึดตามหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 ข้อได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนว่าจะนำข้อมูลไปใช้อย่างไร และในการศึกษารั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย จะเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ ไม่ปิดบังข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัย
2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย ชื่อเสียงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงในชีวิตแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
3. หลักยุติธรรม คัดผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะ รวมทั้งมีการกระจายความเสี่ยง

สถานที่ทำวิจัย (Venue of the study)

ชุมชนในเขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จำนวน 88 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งนำเสนอเป็น 5 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

- 1.1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
- 1.2 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
- 1.3 แสดงจำนวน ร้อยละของแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE) , แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) , แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test

2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

2.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกับปัจจัยสถิติต่าง ๆ ด้วยสถิติ t -test และ Mann-Whitney U - test

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยส่วนบุคคล , ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยส่วนบุคคล, ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

4.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis

5.1 ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio

5.2 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการ
สาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

1.1 ข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป (n = 88 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย/หญิง	50/38	56.8/43.2
อายุ (ปี) [mean 66.89 (SD 11.7) , min = 40 , max = 92]		
< 60 ปี	23	26.1
60 – 75 ปี	47	53.4
> 75 ปี	18	20.5
ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา		
0 – 6 ปี	43	48.86
7 – 12 ปี	29	33.00
12 ปีขึ้นไป	16	18.18
อาชีพหลัก (อาชีพที่ใช้เวลามากที่สุดต่อเดือน ก่อนมีอาการป่วย)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	17
เกษตรกร / ทำไร่ / ทำนา / ทำสวน	2	2.3
รับจ้างทั่วไป	27	30.7
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	21	23.9
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	17	19.3
อื่น ๆ	6	6.8
รายได้ในครัวเรือน (บาท) [median 13,000.00 (IQR 30,000) , min = 0 , max = 200,000]		
≤ 15,000 บาท	53	60.2
>15,000 บาท	35	39.8
รายได้ที่สูญเสียไปหลังจากการป่วย (บาท)		
[median 7,000.00 (IQR 15,000) , min = 0 , max = 190,000]		
≤ 15,000 บาท	72	81.8
>15,000 บาท	16	18.2

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป (n = 88 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน) mean 4 (SD 1.83) , min = 0 , max = 12		
จำนวนบุตร (คน) mean 2 (SD 1.62) , min = 0 , max = 8		
สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน		
อยู่คนเดียว	4	4.5
คู่สมรส	35	39.8
บุตร	32	36.4
พี่ - น้อง	11	12.5
พ่อ - แม่	6	6.8
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว		
ผู้นำครอบครัว	28	31.8
ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว	60	68.2
ผู้ดูแลหลัก (ที่ใช้เวลาอยู่ด้วยมากที่สุด)		
อยู่คนเดียว	3	3.4
คู่สมรส	32	36.4
บุตร	30	34.1
พี่ - น้อง	12	13.6
พ่อ - แม่	6	6.8
ผู้รับจ้างดูแล	5	5.7
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า		
ไม่มี	82	93.2
มี	6	6.8

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.8 โดนมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.9 ปีก่อนมีอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.6 มีค่ากลางของรายได้ในครัวเรือน 13,000 บาท และมีค่ากลางของการสูญเสียรายได้ไปหลังจากที่มีอาการป่วย 7,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน/ครอบครัว มีบุตรเฉลี่ย 2 คน/ครอบครัว ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 39.8 และส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว ร้อยละ 68.2 และร้อยละ 6.8 สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (n = 88 คน)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	65	73.9
โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด	23	26.1
ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง		
ซ้าย	51	58.0
ขวา	37	42.0
ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนมีอาการป่วย		
ซ้าย	7	8.0
ขวา	81	92.0
ระยะเวลาที่ป่วย (เดือน) [mean 24.59 (SD 9.18) , min = 6 , max = 36]		
< 1 ปี	10	11.4
1 – 2 ปี	32	36.4
> 2 ปี	46	52.2
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	10	11.4
โรคความดันโลหิตสูง	55	62.5
โรคไขมันในโลหิตสูง	39	44.3
โรคเบาหวาน	30	34.1
โรคหัวใจ	13	14.8
โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	5	5.7
โรคหลอดเลือดหัวใจ	4	4.5
โรคไต	4	4.5
อื่น ๆ	10	11.4
มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า		
ไม่มี	85	96.6
มี	3	3.4

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (n = 88 คน)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
มีประวัติการดื่มสุรา		
ไม่มี	61	69.3
มี	27	30.7
มีประวัติเคยสูบบุหรี่		
ไม่มี	56	63.6
มี	32	36.4
มีประวัติเคยใช้สารเสพติด		
ไม่มี	84	95.5
มี	4	4.5
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง		
ไม่มี	37	42
มี	51	58
มีปัญหาด้านการกลืน		
ไม่มี	43	48.9
มี	45	51.1
มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย		
ไม่มี	22	25
มี	66	75
มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน		
ไม่มี	11	12.5
มี	77	87.5

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ร้อยละ 73.9 ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 58 ร่างกายส่วนที่ถนัดคือด้านขวา ร้อยละ 92 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 24.59 เดือน หรือประมาณ 2 ปี 6 เดือน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเฉลี่ยมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.6 โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.5 โรคไขมันโลหิตสูง ร้อยละ 44.3 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 34.1 มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.4 มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 30.7 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.4 และมีประวัติเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 4.5 กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง และการกลืน ร้อยละ 58 และ ร้อยละ 51.1 ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการขาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ร้อยละ 75 และมีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ร้อยละ 87.5

1.3 ข้อมูลจากแบบสอบถาม

ตารางที่ 4 แสดงค่าจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE) (n = 88 คน)

ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
แบบประเมินสมองเบื้องต้น [mean 19.67 (SD 6.24) , min = 11 , max = 30]		
มีภาวะสมองเสื่อมปานกลาง (10 – 18 คะแนน)	44	50.0
มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย (19 – 23 คะแนน)	15	17.0
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (มากกว่า 23 คะแนน)	29	33.0

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental State Examination (TMSE) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 19.67 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่ มีภาวะสมองเสื่อมปานกลาง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือไม่มีภาวะสมองเสื่อม 29 คน และมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงค่าจากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) (n = 88 คน)

ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน		
[mean 63.75 (SD 32.94) , min = 5 , max = 100]		
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (0 – 20 คะแนน)	17	19.3
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25 – 45 คะแนน)	9	10.2
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50 – 70 คะแนน)	21	23.9
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (75 – 95 คะแนน)	22	25.0
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด (100 คะแนน)	19	21.6

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 63.75 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มาก 22 คน คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาคือมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 21 คน และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด 19 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และ ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงค่าจากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) (n = 88 คน)

ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่		
[mean 59.05 (SD 24.17) , min = 12 , max = 100]		
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (0 – 24 คะแนน)	6	6.8
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ (25 – 49 คะแนน)	30	34.1
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง (50 – 74 คะแนน)	24	27.3
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง (75 – 100 คะแนน)	28	31.8

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 59.05 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 รองลงมาคือมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง 28 คน และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 และ ร้อยละ 27.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงค่าจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (n = 88 คน)

ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย [mean 14.01 (SD 8.17) , min = 0 , max = 28]		
ค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย (0 – 12 คะแนน)	39	44.3
ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (13 – 18 คะแนน)	21	23.9
ผู้มีความเศร้าปานกลาง (19 – 24 คะแนน)	15	17.0
ผู้มีความเศร้ารุนแรง (25 – 30 คะแนน)	13	14.8

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 14.01 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ค่าปกติของผู้สูงอายุไทย 39 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์มีความเศร้าเล็กน้อย 21 คน และอยู่ในเกณฑ์มีความเศร้าปานกลาง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ด้วยสถิติ Chi - square และ Fisher's exact probability test

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคุณเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test

ตารางที่ 8 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคุณเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p - value
	การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ		การเห็นคุณค่าในตนเองสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	24	48.0	26	52.0	2.408	0.121
หญิง	12	31.6	26	68.4		
อายุ						
≤ 75 ปี	28	40.0	42	60.0	0.117	0.732
> 75 ปี	8	44.4	10	55.6		
การศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33	45.8	39	54.2	3.972	0.046*
สูงกว่าปริญญาตรี	3	18.8	13	81.2		
รายได้ในครัวเรือน						
≤ 15,000 บาท	21	39.6	32	60.4	0.091	0.763
> 15,000 บาท	15	42.9	20	57.1		
รายได้ที่สูญเสียไปหลังป่วย						
≤ 15,000 บาท	31	43.1	41	56.9	0.755	0.385
> 15,000 บาท	5	31.3	11	68.8		

*P < 0.05 , a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 8 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p - value
	การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ		การเห็นคุณค่าในตนเองสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว						
ผู้นำครอบครัว	10	35.7	18	64.3	0.458	0.498
ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว	26	43.3	34	56.7		
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า						
ไม่มี	33	40.2	49	59.8	-	0.685 ^a
มี	3	50.0	3	50.0		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง						
ตีบหรืออุดตัน	29	44.6	36	55.4	1.413	0.235
แตกหรือฉีกขาด	7	30.4	16	69.6		
ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง						
ซ้าย	23	45.1	28	54.9	0.880	0.348
ขวา	13	35.1	24	64.9		
ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนมีอาการป่วย						
ซ้าย	3	42.9	4	57.1		1.000 ^a
ขวา	33	40.7	48	59.3		
ระยะเวลาที่ป่วย						
≤ 2 ปี	17	40.5	25	59.5	0.006	0.937
> 2 ปี	19	41.3	27	58.7		
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	33	42.3	45	57.7	0.555	0.456
มีโรคประจำตัว	3	30.0	7	70.0		

*P < 0.05 , a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 8 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p - value
	การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ		การเห็นคุณค่าในตนเองสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัวที่พบ						
โรคหัวใจ						
ไม่มี	31	41.3	44	58.7	0.038	0.845
มี	5	38.5	8	61.5		
โรคเบาหวาน						
ไม่มี	23	39.7	35	60.3	0.111	0.739
มี	13	43.3	17	56.7		
โรคหลอดเลือดหัวใจ						
ไม่มี	35	41.7	49	58.3	-	0.642 ^a
มี	1	25.0	3	75.0		
โรคไขมันโลหิตสูง						
ไม่มี	20	40.8	29	59.2	0.000	0.984
มี	16	41.0	23	59.0		
โรคความดันโลหิตสูง						
ไม่มี	11	33.3	22	66.7	1.254	0.263
มี	25	45.5	30	54.5		
โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ						
ไม่มี	34	41.0	49	59.0	-	1.000 ^a
มี	2	40.0	3	60.0		
โรคไต						
ไม่มี	33	39.3	51	49.6	-	0.301 ^a
มี	3	75.0	1	25.0		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 8 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	P - value
	การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ		การเห็นคุณค่าในตนเองสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า						
ไม่มี	34	40.0	51	60.0	-	0.565 ^a
มี	2	66.7	1	33.3		
มีประวัติดื่มสุรา						
ไม่มี	23	37.7	38	62.3	0.844	0.358
มี	13	48.1	14	51.9		
มีประวัติสูบบุหรี่						
ไม่มี	20	35.7	36	64.3	1.719	0.190
มี	16	50.0	16	50.0		
มีประวัติการใช้สารเสพติด						
ไม่มี	34	40.5	50	59.5	-	1.000 ^a
มี	2	50.0	2	50.0		
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง						
ไม่มี	9	24.3	28	75.7	7.264	0.007*
มี	27	52.9	24	47.1		
มีปัญหาด้านการกลืน						
ไม่มี	12	27.9	31	72.1	5.881	0.015*
มี	24	53.3	21	46.7		
มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย						
ไม่มี	7	31.8	15	68.2	1.003	0.317
มี	29	43.9	37	56.1		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 8 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p - value
	การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ		การเห็นคุณค่าในตนเองสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน						
ไม่มี	4	36.4	7	63.6	0.107	0.734
มี	32	41.6	45	58.4		
คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น (TMSE)						
≤ 23 คะแนน	29	49.2	30	50.8	5.033	0.025*
> 23 คะแนน	7	24.1	22	25.9		
คะแนนแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน						
≤ 70 คะแนน	21	44.7	26	55.3	0.594	0.441
> 70 คะแนน	15	36.6	26	63.4		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ พบว่าระดับการศึกษา ($p = 0.046$) ปัญหาด้านพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง ($p = 0.007$) ปัญหาด้านการกลืน ($p = 0.015$) และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น ($p = 0.025$) มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact probability test

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า				X ²	p - value
	ผู้มีภาวะซึมเศร้า		ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	29	58.0	21	42.0	0.252	0.616
หญิง	20	52.6	18	47.4		
อายุ						
≤ 75 ปี	35	50.0	35	50.0	4.477	0.034*
> 75 ปี	14	77.8	4	22.2		
การศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	44	61.1	28	38.9	4.730	0.030*
สูงกว่าปริญญาตรี	5	31.3	11	68.8		
รายได้ในครัวเรือน						
≤ 15,000 บาท	32	60.4	21	39.6	1.191	0.275
> 15,000 บาท	17	48.6	18	51.4		
รายได้ที่สูญเสียไปหลังป่วย						
≤ 15,000 บาท	42	58.3	30	41.7	1.128	0.288
> 15,000 บาท	7	43.8	9	56.3		
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว						
ผู้นำครอบครัว	12	42.9	16	57.1	2.737	0.098
ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว	37	61.7	23	38.3		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 9 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า				X ²	p - value
	ผู้มีภาวะซึมเศร้า		ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า						
ไม่มี	46	56.1	36	43.9	0.084	0.772
มี	3	50.0	3	50.0		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง						
ตีบหรืออุดตัน	40	61.5	25	38.5	3.457	0.063
แตกหรือฉีกขาด	9	39.1	14	60.9		
ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง						
ซ้าย	30	58.8	21	41.2	0.485	0.486
ขวา	19	51.4	18	48.6		
ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนมีอาการป่วย						
ซ้าย	4	57.1	3	42.9	0.007	0.935
ขวา	45	55.6	36	44.4		
ระยะเวลาที่ป่วย						
≤ 2 ปี	25	59.5	17	40.5	0.481	0.488
> 2 ปี	24	52.2	22	47.8		
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	46	59.0	32	41.0	3.015	0.082
มีโรคประจำตัว	3	30.0	7	70.0		
โรคประจำตัวที่พบ						
โรคหัวใจ						
ไม่มี	43	57.3	32	42.7	0.561	0.454
มี	6	46.2	7	53.8		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 9 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า				X ²	p - value
	ผู้มีภาวะซึมเศร้า		ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคเบาหวาน						
ไม่มี	31	53.4	27	46.6	0.344	0.558
มี	18	60.0	12	40.0		
โรคหลอดเลือดหัวใจ						
ไม่มี	48	57.1	36	42.9	-	0.318 ^a
มี	1	25.0	3	75.0		
โรคไขมันโลหิตสูง						
ไม่มี	27	55.1	22	44.9	0.015	0.902
มี	22	56.4	17	43.6		
โรคความดันโลหิตสูง						
ไม่มี	14	42.4	19	57.6	3.761	0.052
มี	35	63.6	20	36.4		
โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ						
ไม่มี	46	55.4	37	44.6	-	1.000 ^a
มี	3	60.0	2	40.0		
โรคไต						
ไม่มี	46	54.8	38	45.2	-	0.626 ^a
มี	3	75.0	1	25.0		
มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า						
ไม่มี	47	55.3	38	44.7	-	1.000 ^a
มี	2	66.7	1	33.3		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 9 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า				X ²	p - value
	ผู้มีภาวะซึมเศร้า		ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีประวัติการดื่มสุรา						
ไม่มี	36	59.0	25	41.0	0.896	0.344
มี	13	48.1	14	51.9		
มีประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่มี	32	57.1	24	42.9	0.133	0.715
มี	17	53.1	15	46.9		
มีประวัติการใช้สารเสพติด						
ไม่มี	47	56.0	37	44.0	-	1.000 ^a
มี	2	50.0	2	50.0		
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง						
ไม่มี	14	37.8	23	62.2	8.238	0.004*
มี	35	68.6	16	31.4		
มีปัญหาด้านการกลืน						
ไม่มี	17	39.5	26	60.5	8.884	0.003*
มี	32	71.1	13	28.9		
มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย						
ไม่มี	11	50.0	11	50.0	0.384	0.536
มี	32	57.6	28	42.4		
มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน						
ไม่มี	5	45.5	6	54.5	0.533	0.465
มี	44	57.1	33	42.9		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

ตารางที่ 9 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า				X ²	p - value
	ผู้มีภาวะซึมเศร้า		ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น (TMSE)						
≤ 23 คะแนน	40	67.8	19	32.2	10.648	0.001*
> 23 คะแนน	9	31.0	20	69.0		
คะแนนแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน						
≤ 70 คะแนน	28	59.6	19	40.4	0.619	0.431
> 70 คะแนน	21	51.2	20	48.8		

* $p < 0.05$, a = Fisher's exact probability test

จากตารางที่ 9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact probability test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ พบว่า อายุ ($p = 0.034$) ระดับการศึกษา ($p = 0.030$) ปัญหาฟันผุ / การสื่อสาร / การออกเสียง ($p = 0.004$) ปัญหาด้านการกลืน ($p = 0.003$) และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น ($p = 0.001$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกับปัจจัยสถิติต่าง ๆ ด้วยสถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ตารางที่ 10 : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง				
	n	Mean	S.D.	<i>t</i>	<i>p</i> - value
เพศ					
ชาย	50	56.32	24.708	-1.217	0.227
หญิง	38	62.63	23.273		
อายุ					
≤ 75 ปี	70	59.83	24.624	0.597	0.552
> 75 ปี	18	56.00	22.710		
การศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	72	56.39	23.690	-2.237	0.028*
สูงกว่าปริญญาตรี	16	71.00	23.347		
รายได้ในครัวเรือน					
≤ 15,000 บาท	53	57.51	21.814	-0.698	0.488
> 15,000 บาท	35	61.37	27.524		
รายได้ที่สูญเสียไปหลังป่วย					
≤ 15,000 บาท	72	57.56	23.968	-1.230	0.222
> 15,000 บาท	16	65.75	24.700		
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว					
ผู้นำครอบครัว	28	62.57	26.959	0.934	0.353
ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว	60	57.40	22.804		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

ตารางที่ 10 (ต่อ) : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง				
	n	Mean	S.D.	<i>t</i>	<i>p</i> - value
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า					
ไม่มี	82	58.73	23.826	-0.448	0.655
มี	6	63.33	30.716		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง					
ตีบหรืออุดตัน	65	58.22	23.410	-0.539	0.591
แตกหรือฉีกขาด	23	61.39	26.604		
ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง					
ซ้าย	51	57.18	23.533	-0.850	0.397
ขวา	37	61.62	25.112		
ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนมีอาการป่วย					
ซ้าย	7	49.71	-	-0.564	0.573 ^a
ขวา	81	44.05			
ระยะเวลาที่ป่วย					
≤ 2 ปี	42	58.76	23.130	-0.105	0.917
> 2 ปี	46	59.30	25.331		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	10	64.80	24.930	-0.798	0.427
มีโรคประจำตัว	78	58.31	24.134		
โรคประจำตัวที่พบ					
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	33	63.15	26.547	1.238	0.219
มี	55	56.58	22.515		
โรคไขมันโลหิตสูง					
ไม่มี	49	58.45	23.250	-0.258	0.797
มี	39	59.79	25.562		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

ตารางที่ 10 (ต่อ) : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง				
	n	Mean	S.D.	<i>t</i>	<i>p</i> - value
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	58	59.38	23.822	0.179	0.858
มี	30	58.40	25.224		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	75	58.77	24.304	-0.252	0.801
มี	13	60.62	24.268		
โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ					
ไม่มี	83	58.89	24.011	-0.242	0.809
มี	5	61.60	29.611		
โรคหลอดเลือดหัวใจ					
ไม่มี	84	58.43	23.652	-1.099	0.275
มี	4	72.00	35.024		
โรคไต					
ไม่มี	84	59.52	24.322	0.850	0.398
มี	4	49.00	20.753		
มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า					
ไม่มี	85	59.48	24.022	0.902	0.370
มี	3	46.67	30.551		
มีประวัติตีตมสุรา					
ไม่มี	61	59.41	23.402	0.211	0.833
มี	27	58.22	26.261		
มีประวัติสูบบุหรี่					
ไม่มี	56	61.43	23.663	1.227	0.223
มี	32	54.88	24.850		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

ตารางที่ 10 (ต่อ) : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (n = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง				
	n	Mean	S.D.	<i>t</i>	<i>p</i> - value
มีประวัติการใช้สารเสพติด					
ไม่มี	84	59.19	24.126	0.257	0.795
มี	4	56.00	28.659		
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง					
ไม่มี	37	70.16	22.163	3.976	0.000*
มี	51	50.98	22.469		
มีปัญหาด้านการกลืน					
ไม่มี	43	68.09	22.986	3.671	0.000*
มี	45	50.40	22.229		
มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย					
ไม่มี	22	48.61	-	-0.874	0.382 ^a
มี	66	43.13			
มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน					
ไม่มี	11	46.91	-	-0.335	0.738 ^a
มี	77	44.16			
คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น (TMSE)					
≤ 23 คะแนน	59	53.90	23.633	-2.976	0.004*
> 23 คะแนน	29	69.52	22.101		
คะแนนแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน					
≤ 70 คะแนน	41	61.37	24.275	-0.840	0.403
> 70 คะแนน	47	57.02	24.151		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติ *t* - test และ Mann – Whitney พบว่าระดับ

การศึกษา , การมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง , การกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ตารางที่ 11 : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ t -test และ Mann – Whitney U test (N = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนความซึมเศร้า				
	n	Mean	S.D.	t	p - value
เพศ					
ชาย	50	14.40	8.300	0.510	0.611
หญิง	38	13.50	8.065		
อายุ					
≤ 75 ปี	70	13.33	8.147	-1.560	0.123
> 75 ปี	18	16.67	7.904		
การศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	72	14.83	7.730	2.039	0.045*
สูงกว่าปริญญาตรี	16	10.31	9.279		
รายได้ในครัวเรือน					
≤ 15,000 บาท	53	14.36	7.227	0.462	0.646
> 15,000 บาท	35	13.49	9.500		
รายได้ที่สูญเสียไปหลังป่วย					
≤ 15,000 บาท	72	14.43	8.195	1.022	0.310
> 15,000 บาท	16	12.13	8.016		
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว					
ผู้นำครอบครัว	28	12.86	9.103	-0.905	0.368
ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว	60	14.55	7.712		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

ตารางที่ 11 (ต่อ) : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (N = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนความซึมเศร้า				
	n	Mean	S.D.	<i>t</i>	<i>p</i> - value
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า					
ไม่มี	82	14.21	8.092	0.831	0.408
มี	6	11.33	9.501		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง					
ตีบหรืออุดตัน	65	14.45	8.002	0.838	0.404
แตกหรือฉีกขาด	23	12.78	8.676		
ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง					
ซ้าย	51	14.45	7.933	0.591	0.556
ขวา	37	13.41	8.546		
ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนมีอาการป่วย					
ซ้าย	7	40.43	-	-0.440	0.660 ^a
ขวา	81	44.85			
ระยะเวลาที่ป่วย					
≤ 2 ปี	42	14.40	7.137	0.434	0.665
> 2 ปี	46	13.65	9.068		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	10	10.70	6.651	1.369	0.175
มีโรคประจำตัว	78	14.44	8.280		
โรคประจำตัวที่พบ					
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	33	12.18	8.784	-1.644	0.104
มี	55	15.11	7.644		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

ตารางที่ 11 (ต่อ) : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (N = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนความซึมเศร้า				
	n	Mean	S.D.	t	p - value
โรคไขมันโลหิตสูง					
ไม่มี	49	14.24	7.457	0.299	0.766
มี	39	13.72	9.070		
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	58	13.62	7.916	-0.622	0.536
มี	30	14.77	8.717		
โรคหัวใจ					
ไม่มี	75	14.37	8.070	0.999	0.321
มี	13	11.92	8.732		
โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ					
ไม่มี	83	13.99	8.048	-0.109	0.913
มี	5	14.40	11.059		
โรคหลอดเลือดหัวใจ					
ไม่มี	84	14.25	7.924	1.261	0.211
มี	4	9.00	12.702		
โรคไต					
ไม่มี	84	13.93	8.170	-0.434	0.666
มี	4	15.75	9.106		
มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า					
ไม่มี	85	13.89	8.061	-0.715	0.477
มี	3	17.33	12.423		
มีประวัติดื่มสุรา					
ไม่มี	61	14.36	7.914	0.601	0.549
มี	27	13.22	8.811		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

ตารางที่ 11 (ต่อ) : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้สถิติ *t*-test และ Mann – Whitney U test (N = 88 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนความซึมเศร้า				
	n	Mean	S.D.	<i>t</i>	<i>p</i> - value
มีประวัติสูบบุหรี่					
ไม่มี	56	13.80	8.129	-0.314	0.754
มี	32	14.38	8.346		
มีประวัติการใช้สารเสพติด					
ไม่มี	84	14.01	8.101	0.003	0.998
มี	4	14.00	10.863		
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง					
ไม่มี	37	10.97	8.520	-3.119	0.002*
มี	51	16.22	7.209		
มีปัญหาด้านการกลืน					
ไม่มี	43	10.81	7.261	-3.868	0.000*
มี	45	17.07	7.872		
มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย					
ไม่มี	22	41.11	-	-0.719	0.472
มี	66	45.63			
มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน					
ไม่มี	11	41.27	-	-0.448	0.654 ^a
มี	77	44.96			
คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น (TMSE)					
≤ 23 คะแนน	59	16.02	7.587	3.491	0.001*
> 23 คะแนน	29	9.93	7.887		
คะแนนแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน					
≤ 70 คะแนน	41	12.68	8.566	1.434	0.155
> 70 คะแนน	47	15.17	7.705		

* $p < 0.05$, a = Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติ t - test และ Mann – Whitney พบว่าระดับการศึกษา , การมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง , การกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยส่วนข้อมูลส่วนบุคคล , ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) กับปัจจัยส่วนข้อมูลส่วนบุคคล , ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984)	R	p - value
อายุของผู้ป่วย		-0.043	0.691
รายได้ในครัวเรือน		0.015	0.887
รายได้ที่สูญเสียไปหลังมีอาการป่วย		0.037	0.732
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		-0.123	0.255
จำนวนบุตร		0.016	0.881
ระยะเวลาที่มีอาการป่วย (เดือน)		-0.004	0.973
คะแนน TMSE		0.312	0.003**
คะแนน ADL		0.179	0.095

* Correlation is significant at 0.05 (2- tailed)

** Correlation is significant at 0.01 (2- tailed)

จากตารางที่ 12 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และ ข้อมูลจากแบบประเมินกับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self - Esteem Inventory Adult Form 1984) มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยส่วนบุคคล, ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยส่วนบุคคล, ข้อมูลการเจ็บป่วยและ ข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนความซึมเศร้า (TGDS)	
	R	p - value
อายุของผู้ป่วย	0.132	0.219
รายได้ในครัวเรือน	0.010	0.927
รายได้ที่สูญเสียไปหลังมีอาการป่วย	-0.002	0.988
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.172	0.108
จำนวนบุตร	0.037	0.729
ระยะเวลาที่มีอาการป่วย (เดือน)	-0.047	0.663
คะแนน TMSE	-0.359	0.001**
คะแนน ADL	-0.234	0.028*

* Correlation is significant at 0.05 (2- tailed)

** Correlation is significant at 0.01 (2- tailed)

จากตารางที่ 13 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และ ข้อมูลจากแบบประเมินกับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric

Depression Scale (TGDS) ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มีความสัมพันธ์กับ คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น และคะแนนแบบประเมินความสามารถในชีวิตประจำวันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984)	
	R	p - value
คะแนนความซึมเศร้า (TGDS)	-0.861	0.000**

* Correlation is significant at 0.05 (2- tailed)

** Correlation is significant at 0.01 (2- tailed)

จากตารางที่ 14 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) มีความสัมพันธ์กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis

5.1 ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio

ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (n = 88)

ตัวแปร	B	S.E.(B)	P-value	Adjusted OR	95% CI of adjusted OR	
					Lower	Upper
ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี)	-1.863	0.835	0.026*	0.155	0.030	0.797
รายได้ (ต่ำกว่า 15,000 บาท)	1.041	0.569	0.041*	0.282	0.084	0.952
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน)	-1.264	0.620	0.067	2.833	0.929	8.636
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง (มี)	1.324	0.562	0.018*	3.758	1.249	11.305
ค่าคงที่	1.357	0.891	≤0.012			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 15 พบว่า เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงในการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่มีอาการป่วย ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนการป่วย โรคประจำตัว โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โรคไต มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติเคยใช้สารเสพติด มีปัญหาด้านการกลืน มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และมีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น และคะแนนแบบประเมินความสามารถในชีวิตประจำวัน ที่ระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio แล้ว พบว่าปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี adjusted odd ratio = 0.155 เท่า (95% CI 0.030 – 0.797) มีรายได้ต่ำกว่า 15,000

บาท adjusted odd ratio = 0.282 เท่า (95% CI 0.084 – 0.952) และมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง adjusted odd ratio = 3.758 เท่า (95% CI 1.249 – 11.305)

จากการวิเคราะห์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 0.155 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 0.282 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 3.758 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยใช้สถิติ Logistic regression (n = 88)

ตัวแปร	B	S.E.(B)	P-value	Adjusted OR	95% CI of adjusted OR	
					Lower	Upper
ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี)	1.385	0.682	0.042*	3.994	1.049	15.213
ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง (ซ้าย)	1.515	0.601	0.012*	4.548	1.399	14.781
มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง (มี)	1.303	0.542	0.016*	0.272	0.094	0.787
คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น (ต่ำกว่า 23 คะแนน)	1.052	0.513	0.040*	0.349	0.128	0.954
ค่าคงที่	0.909	0.808	≤0.026			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 16 พบว่า เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงในภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ได้แก่

เพศ อายุ สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายด้านที่
 ถนัดก่อนการป่วย โรคประจำตัว โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในโลหิตสูง
 โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โรคไต มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีประวัติการดื่ม
 สุรา มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติเคยใช้สารเสพติด มีปัญหาการกลืน มีอาการขาส่วนใดส่วนหนึ่ง
 ของร่างกาย และมีคะแนนแบบประเมินความสามารถในชีวิตประจำวัน ที่ระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$
 ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio แล้ว พบว่าปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้แก่ ระดับ
 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี adjusted odd ratio = 3.994 เท่า (95% CI 1.049 – 15.213)
 ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรงเป็นด้านซ้าย adjusted odd ratio = 4.548 เท่า (95% CI 1.399 –
 14.781) มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง adjusted odd ratio = 0.272 เท่า
 (95% CI 0.094 – 0.787) และมีคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำกว่า 23 คะแนน adjusted
 odd ratio = 0.349 เท่า (95% CI 0.128 – 0.954)

จากการวิเคราะห์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญา
 ตรีมีภาวะซึมเศร้า 3.994 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงร่างกายด้านซ้ายภาวะซึมเศร้า 4.548
 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงร่างกายด้านขวาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น
 แล้ว ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีภาวะซึมเศร้า 0.272 เท่า เมื่อเทียบ
 กับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อ
 ควบคุมตัวแปรอื่นแล้วผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำกว่า 23 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า
 0.349 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นสูงกว่า 23 คะแนน อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จำนวน 88 คน เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลด้านการป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE) แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการบรรยายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ t - test และ Mann – Whitney U – test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนกับปัจจัยสถิติต่าง ๆ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) และคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ด้วยเช่นกัน และใช้สถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.8 โคนมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.9 ปี ก่อนมีอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.6 มีค่ากลางของรายได้ในครัวเรือน 13,000 บาท และมีค่ากลางของการสูญเสียรายได้ไปหลังจากที่มีอาการป่วย 7,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน/ครอบครัว มีบุตรเฉลี่ย 2 คน/ครอบครัว ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 39.8 และส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้นำครอบครัว ร้อยละ 68.2 และร้อยละ 6.8 สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ร้อยละ 73.9 ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 58 ร่างกายส่วนที่ถนัดคือด้านขวา ร้อยละ 92 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 24.59 เดือน หรือประมาณ 2 ปี 6 เดือน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเฉลี่ยมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.6 โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.5 โรคไขมันโลหิตสูง ร้อยละ 44.3 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 34.1 ร้อยละ 3.4 มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30.7 มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 36.4 มีประวัติการสูบบุหรี่ และร้อยละ 4.5 มีประวัติเคยใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง และการกลืน ร้อยละ 58 และ ร้อยละ 51.1 ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ร้อยละ 75 และมีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ร้อยละ 87.5

ข้อมูลจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination

ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental State Examination (TMSE) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 19.67 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่ มีภาวะสมองเสื่อมปานกลาง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือไม่มีภาวะสมองเสื่อม 29 คน และมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ

ข้อมูลจากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living)

ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 63.75 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มาก 22 คน คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาคือมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 21 คน และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด 19 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และ ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ

ข้อมูลจากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984)

ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 59.05 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 รองลงมาคือมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง 28 คน และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 และ ร้อยละ 27.3 ตามลำดับ ดังนั้นจากผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40.9 ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน มีคะแนนเฉลี่ย 14.01 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ค่าปกติของผู้สูงอายุไทย 39 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์มีความเศร้าเล็กน้อย 21 คน และอยู่ในเกณฑ์มีความเศร้าปานกลาง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ ดังนั้นจากผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 55.7 ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

7.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

7.1.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi – square และ Fisher’s exact probability test ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัญหาด้านพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง ปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

7.1.2 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ t – test และ Mann – Whitney U – test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษา กับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัญหาด้านพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง ปัญหาด้านการกลืนและคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

7.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984) มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

7.2.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi – square และ Fisher’s exact probability test ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาด้านพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง ปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

7.2.2 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ t - test และ Mann - Whitney U - test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษากับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัญหาด้านพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง ปัญหาด้านการกลืนและคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

7.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มีความสัมพันธ์กับ ระดับการศึกษา คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้น และคะแนนแบบประเมินความสามารถในชีวิตประจำวันความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) มีความสัมพันธ์กับคะแนนความซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทำนาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ด้วยวิธี Backward Likelihood ratio

8.1 ปัจจัยทำนายจากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 0.155 เท่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า

15,000 บาท มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 0.282 เท่า และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 3.758 เท่า

8.2 ปัจจัยทำนายจากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้า 3.994 เท่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงร่างกายด้านซ้ายภาวะซึมเศร้า 4.548 เท่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีภาวะซึมเศร้า 0.272 เท่า และผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำกว่า 23 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า 0.349 เท่า

การอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

จากการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและค่อนข้างต่ำรวมกัน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40.9 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chad D Vickery และคณะ (2008)⁽⁶⁾ ซึ่งเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกับคนปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนการเห็นค่าในตนเองต่ำกว่าคนปกติ ทั้งจากการใช้แบบประเมิน Visual Analogue Self-esteem และ Rosenberg Self-esteem Scale

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความซึมเศร้า คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 55.7 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จุฑารัตน์ สติรปัญญาและคณะ (2014)⁽¹⁸⁾ ศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสูญเสียสมรรถภาพทางกาย และภาวะซึมเศร้าภายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 72.5 การศึกษาของ ภาพันธ์ เจริญสุวรรณ (2003)⁽¹⁶⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.8 และนพ.สามารถ นิธินันท์ และคณะ (2010)⁽¹⁷⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 46.53 โดยความแตกต่างกันนี้อาจเกิดจากลักษณะที่แตกต่างกันทั้งสถานที่ในการศึกษา และระยะเวลาป่วย

ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และในต่างประเทศมีผู้ศึกษาเรื่องนี้อยู่จำนวนน้อย และโดยมากจะแยกทั้ง 2 หัวข้อนี้ออกจากกัน แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูมีความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำร้อยละ 40.9 โดยการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง การมีปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำกว่าในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Alessandra Baccaro และคณะ (2019)⁽²¹⁾ พบว่า ระดับการศึกษาที่ใช้เวลาในการศึกษา 0 – 7 ปี อายุที่เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการอ่อนแรงด้านซ้าย มีผลต่อระดับความบกพร่องทางการรู้คิด โดยการศึกษากอง การศึกษาของ Chad D. Vickery และ Clea C. Evans (2008)⁽⁶⁰⁾ พบว่า คะแนน Functional Independence Measure ในส่วนของการรู้คิดที่มีค่าคะแนนต่ำมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และสอดคล้องกับผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างนี้ที่ผู้ป่วยที่คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในด้านของการมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง และการมีปัญหาด้านการกลืนนั้น สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30 - 65⁽⁶⁵⁾ โดยเป็นผลกระทบทางร่างกายจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีข้อจำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองไม่สามารถสื่อสารกับญาติหรือผู้ที่ดูแลได้ โดยปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาจากการควบคุมกล้ามเนื้อบนใบหน้า ลิ้น ริมฝีปาก ลิ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายและความสามารถเหล่านี้ มีผลต่อการรับรู้อัตลักษณ์ อัตมโนทัศน์และค่านิยมส่วนบุคคลของบุคคลนั้น⁽²⁹⁾ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เหมือนเดิม ไม่สามารถกลืนหรือทานอาหารได้อย่างคล่องแคล่ว อาจส่งผลต่อความรู้สึกในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง 3 ด้าน ด้านแรกความรู้สึกมีความสามารถ จากผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปรียบเทียบความสามารถของตนเองในปัจจุบันกับอดีตหรือเกิดการเปรียบเทียบความสามารถที่ตนตั้งเป้าหมายไว้ในใจกับความสามารถที่ทำได้จริง โดยความรู้สึกมีความสามารถของบุคคลนั้นจะถูกเปรียบเทียบกับมาตรฐานและค่านิยมส่วนบุคคล เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่ตนคาดหวัง ส่งผลต่อการประเมินตนเองไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และอ่อนแอ ด้านที่สองความรู้สึกมีส่วนร่วม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้เกิดปัญหาขณะสื่อสาร อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกว่าตนไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบตัวและคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า และด้านสุดท้ายได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่า เกิด

จากการประเมินร่วมกันของทั้งจากความรู้สึกมีความสามารถและความรู้สึกมีส่วนร่วม เมื่อผู้ป่วยประเมินทั้งสองด้านไปในทางลบ อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และมีการรับรู้ต่ออัตลักษณ์และอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในแง่ลบ

ปัจจัยด้านการมีปัญหากลืน ปัญหาด้านการกลืนนี้อาจมีทั้งการกลืนแล้วสำลักอาหารขณะรับประทานและรวมถึงผู้ป่วยที่ต้องใส่สายให้อาหาร กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) ซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (glossopharyngeal nerve) , 10 (vagus nerve) และ 12 (hypoglossal nerve) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มักพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปิดริมฝีปากได้สนิท เคี้ยวอาหารลำบาก ลิ้นไม่สามารถเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อภายในช่องปากและคอหอยไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ไม่สามารถผลักอาหารเข้าสู่หลอดอาหารได้ ซึ่งการสูญเสียการควบคุมในการกลืนหรือรับประทานอาหารย่อมส่งผลต่อรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป น้ำหนักลดลง ย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจร่วมด้วย อาจเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน อาจทำให้ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของตนไม่ได้ มีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการมองตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป และส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลงเช่นเดียวกับปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร และการออกเสียง

จากปัจจัยด้านการมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง และปัจจัยด้านการมีปัญหาด้านการกลืนนั้น อาจจะมีผลเกี่ยวข้องกับการรับรู้อัตลักษณ์และอัตมโนทัศน์ต่อตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Irina Lapadatu และ Reg Morris (2019)⁽⁶³⁾ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 65 คน มีอายุเฉลี่ย 61.58 ปี พบว่าอัตลักษณ์ต่อตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไปของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 55.7 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเช่นกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง การมีปัญหากลืน คะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน และในภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยด้านอายุเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ นพ. สามารถ นิธินันท์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระ

มงกุฎเกล้า พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีประวัติป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นกับการศึกษาของ Mustafa Aziz Yildirim และ Kadriye Ones (2019)⁽²⁰⁾ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสอดคล้องกับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุที่เพิ่มมากขึ้น เพศ และโรคประจำตัว

การเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกัน และเมื่อนำมาคำนวณค่าความสัมพันธ์พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูฟื้นฟูนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chad D. Vickery และคณะ (2008)⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับและความมั่นคงของการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกฟื้นฟูผู้ป่วย พบว่าความมั่นคงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถใช้ในการทำนายคะแนนความซึมเศร้าได้ ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอาการซึมเศร้า ผู้ที่ไม่มีความมั่นคงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความมั่นคงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงซึ่งสอดคล้องกับศึกษาในครั้งนี้ พบว่าเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับคะแนนความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis พบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 และมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีอาการอ่อนแรงร่างกายด้านซ้าย มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีภาวะซึมเศร้า 0.272 เท่า และมีคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำกว่า 23 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า 0.349 เท่า โดยผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้ายเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด

จากผลการศึกษาปัจจัยทำนายพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Alessandra Baccaro และคณะ (2019)⁽²¹⁾ พบว่า ระดับการศึกษาที่ใช้เวลาในการศึกษา 0 – 7 ปี อายุที่เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการอ่อนแรงด้านซ้าย มีผลต่อระดับความบกพร่องทางการรู้คิด และจากการศึกษาของ Chad D. Vickery และ Clea C. Evans (2008)⁽⁶⁰⁾ พบว่า คะแนน Functional Independence Measure ในส่วนของการรู้คิดที่มีค่าคะแนนต่ำมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และจากการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนี้ การศึกษาของ Chad D. Vickery และคณะ⁽⁵⁹⁾ ในปีเดียวกันยังพบอีกว่า การเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำได้รับการรายงานว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้ามาก ผู้ที่มีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูงได้รับการรายงานว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูง

Eun-Young Park และ Jung-Hee Kim (2016)⁽⁶¹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัจจัยระหว่าง เพศ รายได้และคู่สมรส พบว่าในผู้ป่วยชายที่มีรายได้ต่ำ มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำกว่าผู้ป่วยชายที่มีรายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยที่ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท

จากปัจจัยทำนายพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ต่อตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Irina Lapadatu และ Reg Morris (2019)⁽⁶³⁾ พบว่าการรับรู้อัตลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไปของการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมลดลง ความรู้สึกมีความสามารถของตนเองลดลง ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ซึ่ง Chad D. Vickery และคณะ (2018)⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการหาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ด้วย chi – square และ t – test มักพบความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ศึกษา คือการมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง และมีปัญหาด้านการกลืน แต่จากการหาปัจจัยทำนายด้วย Logistic regression พบเพียงปัจจัยด้านการมีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียงเท่านั้น จึงได้ทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 2 ปัจจัย พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสถิติที่ $p = 0.000$ ชัชสุตา ธนอมรพงศ์ และคณะ (2014)⁽⁶⁶⁾ กล่าวว่า สภาพของลิ้นเป็นปัจจัยสำคัญในการกลืนและการพูด ซึ่งจากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่าอาการกลืนและการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง เกิดจากการทำงานร่วมกันของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve), 7 (facial nerve), 9 (glossopharyngeal nerve) , 10 (vagus nerve), และ 12 (hypoglossal nerve)⁽³⁸⁾

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และมีภาวะซึมเศร้า มีผลต่อการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ Junko Shida และคณะ (2014)⁽⁴⁾ พบว่า หากต้องการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเพิ่มได้โดยส่งเสริมการทำกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมนั้น และยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูทางกายภาพอีกด้วย

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำคิดเป็นร้อยละ 40.9 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีปัญหาด้านการพูด / การออกเสียง / การสื่อสาร การมีปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำ และภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 55.7 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การมีปัญหาด้านการพูด / การออกเสียง / การสื่อสาร การมีปัญหาด้านการกลืน และคะแนนแบบประเมินสมองเบื้องต้นต่ำ โดยในส่วนของภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล และพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้หากหน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสม รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเห็นค่าในตนเองที่สูงและไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ จะนำมาซึ่งการฟื้นฟูร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างใกล้เคียงปกติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างเท่านั้น การขยายผลไปสู่ประชากรอื่น ๆ อาจมีข้อจำกัด
2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก และมีปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยที่ใกล้เคียงกัน จึงยังไม่สามารถขยายผลไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำรูปแบบการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูไปปรับใช้กับศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในกรุงเทพมหานคร เพื่อคัดกรอง ป้องกัน ให้ความรู้ และวิธีการรับมือเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้


2. จากผลการศึกษาเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันและการรักษาอย่างทันที่ เพื่อลดอัตราในการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและเพิ่มอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มประชากรระหว่างผู้ที่มีการอ่อนแรงของร่างกายด้านซ้ายและด้านขวา หรือในกลุ่มประชากรระหว่างผู้ที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองด้านซ้ายและด้านขวา ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน
2. ควรศึกษาลักษณะคร่าวๆของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกและเลือกแบบประเมินให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
3. ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลาค่อนข้างนานต่อคน ควรบริหารจัดการเวลาให้ดีและอธิบายรายละเอียดของการเก็บข้อมูลให้ชัดเจนเพื่อลดความกังวล อันจะส่งผลต่อการเก็บข้อมูลได้

ภาคผนวก

เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 1/6

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวธนพร ชื่นตา
 ที่อยู่สถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหวิทยาลัย
 ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300
 เบอร์โทรศัพท์ที่สถานศึกษา 0-2256-4298 , 086-7888385
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 098-7487442


แพทย์ผู้ร่วมในการวิจัย (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

ชื่อ นายแพทย์อติพล ตะวันกาญจน์โชติ
 ที่อยู่ทำงานของผู้ร่วมวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหวิทยาลัย
 ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2256-4298
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 080-9152224

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/6

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ได้เอง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย มุมมองความคิด ทักษะชีวิตที่มีต่อตนเองของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและความชุกของภาวะซึมเศร้าภายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟู เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความสำคัญในการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น ทำให้ส่งผลดีต่อการเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด และลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในที่พักอาศัย อันนำไปสู่การเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมต่อไป รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวจากอาการป่วยอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา


วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยทั้งหมด 88 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตรงเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ท่านโดยละเอียด โดยการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 13 ข้อ และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยจำนวน 13 ข้อ จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมิน ดังประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันจำนวน 10 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ จำนวน 25 ข้อ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย จำนวน 30 ข้อ และแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเป็นผู้ตอบข้อคำถามเอง หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อคำถามด้วยตนเอง ท่านสามารถขอให้ผู้ดูแลหลักหรือผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟัง และท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งท่านจะได้รับการประเมินโดยผู้วิจัย และแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นซึ่งจะได้รับการอ่านข้อคำถามโดยผู้วิจัย ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 45 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/6

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในการวิจัยใด ๆ ก็ตาม ย่อมมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากไปกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (Minimal risk) คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา สูญเสียความสะดวกสบายระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงการรู้สึกไม่สบายใจ แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลกระทบต่อบุคคลหรือองค์กรใด ๆ และหากพบว่าท่านมีระดับความเครียดที่รุนแรง ผู้วิจัยจะพิจารณาแนะนำให้ท่านพบจิตแพทย์ต่อไป

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็น อาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัย ได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัย แต่การวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านทราบระดับการเห็นคุณค่าในตนเองและความเสี่ยงในการมีภาวะซึมเศร้าหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผลการรักษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการศึกษา ส่งเสริม และสนับสนุนการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อความด้วยตนเอง ท่านสามารถขอให้ผู้ดูแลหลักหรือผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟัง โดยท่านเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- หากท่านมีข้อซักถามประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับอันตรายใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ แต่หากพบอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวธนพร ชื่นตา เบอร์ติดต่อ 098-7487442 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/6

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การปฏิเสธการเข้าร่วมหรือการตัดสินใจสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านยังคงได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านตามบริการเดิมของศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยได้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน


จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย ผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัยและหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 5/6

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้


นางสาวธนพร ชื่นตา ผู้ทำวิจัย

นายแพทย์อิทธิพล ตะวันกาญจน์โชติ ผู้ร่วมทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

.....

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า1/2

การวิจัยเรื่อง ความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะฟื้นฟูในชุมชน เขตศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ
วิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ
สงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้
ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจ สอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวธนพร ชื่นตา) ผู้ทำวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน และกรอกข้อมูลลงในช่องว่าง

1. อายุ ปี
2. เพศ ชาย ₁ หญิง ₂
3. สถานภาพสมรส
 - โสด ₁
 - สมรส / อยู่ด้วยกันฉันสามี-ภรรยา ₂
 - หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่ ₃
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา
 - 0 – 6 ปี ₁
 - 7 – 12 ปี ₂
 - 12 ปีขึ้นไป ₃
5. อาชีพหลัก (อาชีพที่ท่านใช้เวลามากที่สุดต่อเดือน ก่อนมีอาการป่วย)
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ ₁
 - เกษตรกร/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน ₂
 - รับจ้างทั่วไป ₃
 - ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ₄
 - ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ₅
 - อื่น ₆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ในครัวเรือน บาท/เดือน
7. รายได้ที่สูญเสียไปหลังจากการป่วย บาท/เดือน
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
9. จำนวนบุตร คน
10. สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน
 - อยู่คนเดียว ₁
 - คู่สมรส ₂
 - บุตร ₃
 - พี่ - น้อง ₄
 - พ่อ - แม่ ₅
11. บพบาทหน้าที่ในครอบครัว
12. ผู้ดูแลหลัก (ที่ใช้เวลาอยู่ด้วยมากที่สุด)
13. สมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
 - ไม่มี ₁ มี ₂ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

1. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	<input type="checkbox"/> ₁
โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด	<input type="checkbox"/> ₂
2. ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรง

ซ้าย <input type="checkbox"/> ₁	ขวา <input type="checkbox"/> ₂
--	---
3. ร่างกายด้านที่ถนัดก่อนการป่วย

ซ้าย <input type="checkbox"/> ₁	ขวา <input type="checkbox"/> ₂
--	---
4. ระยะเวลาที่ป่วยเดือน ปี
5. โรคประจำตัว

ไม่มี	<input type="checkbox"/> ₁
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ₂
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ₃
โรคหลอดเลือดหัวใจ	<input type="checkbox"/> ₄
โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> ₅
โรคไขมันในโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ₆
อื่น ๆ โปรดระบุ.....	<input type="checkbox"/> ₇
6. มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂ โปรดระบุ.....
---	--
7. มีประวัติการดื่มสุรา

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂ โปรดระบุ.....
---	--
8. มีประวัติการสูบบุหรี่

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂ โปรดระบุ.....
---	--
9. มีประวัติเคยใช้สารเสพติด

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂ โปรดระบุ.....
---	--
10. มีปัญหาด้านการพูด / การสื่อสาร / การออกเสียง

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂
---	--
11. มีปัญหาด้านการกลืน

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂
---	--
12. มีอาการชาส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂
---	--
13. มีปัญหาด้านการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน

ไม่มี <input type="checkbox"/> ₁	มี <input type="checkbox"/> ₂
---	--

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental state Examination (TMSE)

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คะแนนที่ได้
1	วันนี้ เป็นวันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)
1	วันนี้ วันที่เท่าไร
1	เดือนนี้ เดือนอะไร
1	ขณะนี้ เป็นช่วงเวลาไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)
1	ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)
1	คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดต่างกัน ครั้งละ 1 วินาที เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก

(1) ต้นไม้ (1) รถยนต์ (1) มือ

3. ATTENTION (5 คะแนน)

ให้บอกวันอาทิตย์ - วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์

(1) ศุกร์ (1) พฤหัสดี (1) พุธ (1) อังคาร (1) จันทร์

4. CALCULATION (3 คะแนน)

ให้คำนวณ 100 - 7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูก ใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93 - 7 ลองทำในการคำนวณครั้งถัดไป และ 86 - 7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

(1) 100 - 7 (1) 93 - 7 (1) 86 - 7

5. LANGUAGE (10 คะแนน)

(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)

(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ/ผ้า).....

(1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบให้ตั้งใจฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม

“ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ถูกทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน

“หยิบกระดาษด้วยมือขวา พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ”

(1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา

(1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น

(1) ส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ

(1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตามคำสั่ง “หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง)

(2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลัง)

(1) กล้วยกับส้ม เหมือนกันคือผลไม้ แล้ว แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์/สิ่งมีชีวิต).....

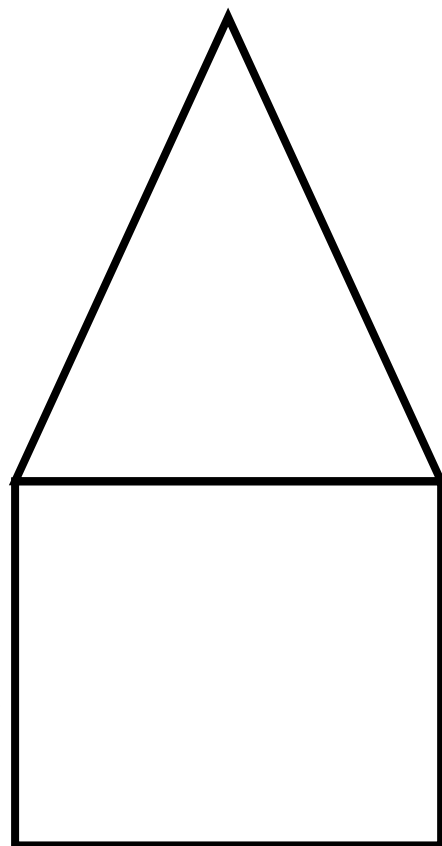
6. RECALL (3 คะแนน)

สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง

(1) ต้นไม้ (1) รถยนต์ (1) มือ

รวม คะแนน

ผู้ตรวจ



“หลับตา”

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activity of Daily Living)

กิจกรรม/ คะแนน	คะแนน
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	
0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	
5 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า	
10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ	
2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	
0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	
5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	
10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย	
15 = ทำได้เอง	
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	
0 = ต้องการความช่วยเหลือ	
5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
4. Toilet Use (การเข้าห้องน้ำ)	
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้	
5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง)	
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. Bathing (การอาบน้ำ)	
0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้	
5 = อาบน้ำได้เอง	
6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	
0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	
5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้	
10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	
15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	
0 = ไม่สามารถทำได้	
5 = ต้องการคนช่วยเหลือ	
10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	

กิจกรรม/ คะแนน	คะแนน
8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	
0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือน้อย	
5 = ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
9. Bowels (การกลืนอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	
0 = กลืนไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
5 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	
10 = กลืนได้ปกติ	
10. Bladder (การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	
0 = กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้	
5 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	
10 = กลืนได้ปกติ	
รวมคะแนน	

ผู้ตรวจ.....

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคุณเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form1984)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ฉันเป็นคนที่ไม่หวั่นไหวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต		
2	ฉันไม่มั่นใจถ้าจะต้องพูดต่อหน้ากลุ่มคน		
3	มีหลายอย่างในตัวฉันที่ฉันไม่ชอบและอยากจะเปลี่ยน		
4	ฉันมั่นใจในการตัดสินใจของฉัน		
5	ฉันเป็นคนທີ່ใครๆก็อยากอยู่ด้วย		
6	เวลาอยู่บ้าน ฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์		
7	ฉันต้องใช้เวลานานมากในการปรับตัวยอมรับกับสิ่งใหม่ๆในชีวิต		
8	ฉันเป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนวัยเดียวกัน		
9	ครอบครัวของฉันจะคำนึงถึงความรู้สึกของฉันเสมอ		
10	ฉันเลิกล้มความตั้งใจได้ง่าย		
11	ครอบครัวของฉันตั้งความคาดหวังที่สูงเกินไปสำหรับฉัน		
12	ชีวิตฉันมีแต่ความยากลำบาก		
13	ชีวิตฉันมีแต่ความยุ่งเหยิงวุ่นวาย		
14	ฉันมักจะมีความคิดดีๆที่ทำให้ผู้อื่นคล้อยตามได้		
15	ฉันรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไม่มีอะไรดี		
16	มีหลายครั้งที่ฉันรู้สึกอยากจะหนีไปให้พ้นๆ		
17	ฉันรู้สึกว่าฉันทำงานได้ไม่ดีพอ		
18	เปรียบเทียบกับคนอื่นๆทั่วไปแล้ว ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ดี		
19	ฉันสามารถพูดในสิ่งที่อยากจะพูดได้		
20	ครอบครัวของฉันเข้าใจฉัน		
21	ใครๆก็พากันชื่นชมคนอื่น แต่ไม่เคยเห็นฉันอยู่ในสายตา		
22	ฉันรู้สึกว่าครอบครัวสร้างความกดดันให้ฉัน		
23	ฉันมักจะท้อแท้ใจกับสิ่งที่ฉันทำอยู่		
24	ฉันไม่ชอบตนเอง ฉันอยากเป็นคนอื่น		
25	ฉันไม่สามารถเป็นที่พึ่งของใครได้		

รวม คะแนน

ผู้ตรวจ

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ		
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15. การที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ		
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

รวม คะแนน

ผู้ตรวจ

บรรณานุกรม

1. Bureau of Non-Communicable diseases MoPH. Non-Communicable diseases 2018 [cited 2018 28 January]. Available from:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
2. Bureau of Non-Communicable diseases MoPH. Non-Communicable diseases 2019 [cited 2019 25 April]. Available from:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
3. Roth EJ, Harvey RL. Rehabilitation of stroke syndrome. In : Braddom RL, eds. Physical medicine and rehabilitation. United States of America WB Saunders; 1996.
4. SHIDA J, SUGAWARA K, GOTO J, SEKITO Y. Relationship between self-esteem and living conditions among stroke survivors at home. Japan Journal of Nursing Science. 2014;11:229-40.
5. John E. Roberts, Ian H. Gotlib , Jon D. Kassel. Adult Attachment Security and Symptoms of Depression: The Mediating Roles of Dysfunctional Attitudes and Low Self-Esteem Journal of Personality and Social Psychology. 1996;70:310-20.
6. Chad D. Vickey, Sepehri A, Clea C . Evans. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. Clinic Rehabilitation. 2008;22:179-87.
7. Junjira Seesawang, Pulawit Thongtang. Post-Stroke Depression among Older Adult Stroke Survivors. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2016;8:74-84
8. Ilut S, Fodoreanu L. Short term evolution of post-stroke depression. Human & Veterinary Medicine International Journal of the Bioflux Society. 2017;9(2):62-5.
9. Stefano P. Epidemiology and treatment of post-stroke depression.

Neuropsychiatr Dis Treat. 2008;1:145–54.

10. Jeong Y-J, Kim W-C, Kim Y-S, Choi K-W, Son S-Y, Jeong Y-G. The Relationship between Rehabilitation and Changes in Depression in Stroke Patients. *J Phys Ther Sci*. 2014;26:1263–6.

11. Sowislo JF, Orth U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies *Psychological Bulletin*. 2013;39:213-40.

12. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes Jr, Schmitt M. Low Self-Esteem Is a Risk Factor for Depressive Symptoms From Young Adulthood to Old Age ,. *Journal of Abnormal Psychology* 2009;118:472–8.

13. Ellen MW, Benoit HM. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biol Psychiatry* 2002;52:253–64.

14. Colin H, Stephen S. The diagnosis and treatment of post-stroke depression. *Med Health RI*. 1997;80(6):181-7.

15. Jing F, Qi C. Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurol Res*. 2009.

16. PAPAN JARERNSWAN. PREVALENCE OF DEPRESSION AFTER STROKE IN PHYSICAL REHABILITATION PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.

17. Samart Nidhinandana MD, Pasiri Sithinamsuwan MD, Yotin Chinvarun MD P, Wanna Wongmek MD, Seema Supakasem MD, Jithanorm Suwantamee MD. Prevalence of Poststroke Depression in Thai Stroke Survivors Studied in Phramongkutklo Hospital. *J Med Assoc Thai* 2010;93:S60 – S4.

18. Chutarat Sathirapanya, Pornchai Sathirapanya, Jammaree Trichan. Prevalence, Risk Factors of Stroke and Post Stroke Depression in Phatthalung Province: A Cross Sectional Study. *Songkla Med J*. 2014;32:275 – 82.

19. Ibeneme SC, Nwosu A, Anyachukwu CC, Ibeneme GC, Bakare MO, Fortwengel G, et al. Burden and factors associated with post-stroke depression in East central Nigeria. *African Health Sciences* 2017;17.

20. Yildirim MA, Ones K. Post stroke depression and related factors. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2019;32:52-7.
21. Baccaro A, Wang Y-P, Candidoa M, Confortoe AB, Brunonia AR, Leitef CdC, et al. Post-stroke depression and cognitive impairment: Study design and preliminary findings in a Brazilian prospective stroke cohort (EMMA study). *Journal of Affective Disorders* 2019;245:72–81.
22. จันทร์ฉาย พิทักษ์ศิริกุล. ผลของการจัดโปรแกรมการฝึกการกล้าแสดงออกต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532.
23. Mussen PH, J'J' Conger , J. Kagan. *Child Development and Personality*. 3rd ed. New York Harper & Row Publishers; 1969.
24. Rogers C.R. *Client Center Therapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
25. Sasse CR. *Person to Person*. Peoria, Illinois Benefit Publishing; 1978.
26. Calhoun GJ, W.C. Morse. "Self Concept and Self-Esteem : Another Perspective." *Psychology in the School*. 1977 July;14:318-22.
27. ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. ผลการฝึกอบรมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2539.
28. Lawrence D. *Improved Reading Through Counselling*. London: Word Lock; 1973.
29. Surangrat Kongsri. A relationship between sexual communication and self-esteem on sexual satisfaction in early adult married women. Bangkok: Chulalongkorn University; 2547.
30. Pope, Alice W., Susan M. McHale, Edward Craighead. *Self-Esteem Enhancement with Children and Adolescents*. Great Britain Pergamon Press; 1988.
31. นิพนธ์ พวงวรินทร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
32. เอื้อมพร สกุลงแก้ว. 5 โรคร้ายคร่าชีวิตคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ; 2551.
33. Stroke, Cerebrovascular accident. [cited 2018 15 FEB]. Available from: https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/.
34. What is a stroke ? [cited 2018 15 FEB]. Available from:

<https://strokefoundation.org.au/About-Stroke/Types-of-stroke>.

35. กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2550.
36. สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. คู่มือโรคและภัยสุขภาพสำหรับสื่อมวลชน. 2, editor. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
37. วิชัย เอกพลากร, สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. สะกดรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. . มุขนิธิสารสุขแห่งชาติ 2550.
38. Lalana Kantavat. Effects of media-based psychoeducation program on stress for caregivers of stroke patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2561.
39. Watson LD, Quinn D. Stages of stroke: a model for stroke rehabilitation. British Journal of Nursing. 1998;Vol.7(11):631-40.
40. Duncan PW, Goldstein LB, Matchar D, Divine GW, J. F. measurement of motor recovery after stroke: outcome assessment and sample size requirements. Stroke. 1992;23:1084-9.
41. Jorgensen H, Nakayama H, Raaschou H, Pedersen P, Houth J, Olsen T. Functional and neurological outcome of stroke and the relation to stroke severity and type, stroke unit treatment, body temperature, age, and other risk factors: The Copenhagen stroke study. Top Stroke Rehabil 2000 (winter);6:1-19.
42. จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
43. Nunley BL, Hall LA, Rowles GD. Effects of quality of dyadic Relationships on the psychological well-being of elderly care-recipients. Journal of Gerontological Nursing. 2000:23-1.
44. Hafsteinsdottir TB, Gryphonck M. Being a stroke patient : A review of the Literature. Journal of Advanced Nursing. 1997;26:580-88.
45. ฟารีดา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส แอนด์กราฟฟิคการพิมพ์,; 2542.
46. อรพรรณ ทองแดง. Depression in Stroke โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร:

เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.

47. Bronstein KS. Psychosocial components in stroke. Implications for adaptation University of Chicago Hospitals, Illinois. The Nursing Clinics of North America. 1991;26(4):1007-17.
48. Rukwong P, Chirawatkul S, Markovic M. Quality of Life Perceptions of Middle-Aged Women Living with a Disability in Muang District, Khon Kaen, Thailand: WHOQOL Perspective. J Med Assoc Thai. 2007;90 (8):1640-6.
49. Scheubel RJ, Kahrstedt S, Weber H, Holtz J, Friedrich I, Borgermann J ea. Depression of progenitor cell function by advanced glycation endproducts (AGEs): potential relevance for impaired angiogenesis in advanced age and diabetes. Exp Gerontol. 2006;41(5):540-8.
50. Feibel JH, Springer CJ. Depression and failure to resume physical activities after stroke. Arch PhysMedRehabil. 1982;63:276-8.
51. Robinson RJ, Starr LB, Kubos KL, Price TR. A 2 year longitudinal study of post-stroke mood disorder: findings during the initial examination. Stroke. 1983;14:736-41.
52. Wade DT, Smith JL, Hewer JL. Depression after stroke: a community study of its frequency. Br J Psychiatry (in press).
53. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ 2544. 374-8 p.
54. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความรู้เรื่องอัมพาต สำหรับประชาชน.
55. da Luz PL, Coimbra SR. Wine alcohol and atherosclerosis: clinical evidences and mechanisms. Braz J Med Biol Res 2004;37:1275-95.
56. วิชัย เอกพลากร, สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. สะกตรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 2550.
57. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ บศ. [cited 2019 23 April]. Available from: <http://www.bumrungrad.com/th/neurology-stroke-dementia-treatment-thailand/stroke>.
58. Chad D. Vickey, Mark Sherer, Cle C. Evans, Samuel T. Gontkovsky, Jae Eun Lee. The Relationship Between Self-Esteem and Functional Outcome in the Acute Stroke-

Rehabilitation Setting. American Psychological Association. 2008;53:101 – 9.

59. Chad D. Vickery, Arash Sepehri, Clea C. Evans, Jae Eun Lee. The Association of Level and Stability of Self-Esteem and Depressive Symptoms in the Acute Inpatient Stroke Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Psychology*. 2018;53:171–9.
60. Chad D. Vickery , Clea C. Evans. Multilevel Modeling of Self-Esteem Change During Acute Inpatient Stroke Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*. 2009;54:372–80.
61. Park E-Y, Kim J-H. An analysis of self-esteem in stroke survivors: the interaction between gender, income, and the presence of a spouse. *J Ment Health*. 2016;25(2):159–64.
62. Misook L. Chung, Bakas T, Laura D. Plue , Linda S. Williams. Effects of Self-esteem, Optimism, and Perceived Control on Depressive Symptoms in Stroke Survivor-Spouse Dyads. *Journal of Cardiovascular nursing*. 2016;31:E8 – E16.
63. Lapadatu I, Morris R. The relationship between stroke survivors’ perceived identity and mood, self-esteem and quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2019;29:199–213.
64. KREJCIE RV, MORGAN DW. DETERMINING SAMPLE SIZE FOR RESEARCH ACTIVITIES. *EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL MEASUREMENT*. 1970;30:607-10.
65. อรุณี ธรรมเกียรติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*. 2561;32.
66. ชัชสุดา ชนอมรพงศ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วมกับ ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด. *วารสารสภากาการพยาบาล*. 2557;29.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวธนพร ชื่นตา
วัน เดือน ปี เกิด	25 พฤศจิกายน 2534
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2556 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กายภาพบำบัด) จากคณะสหเวชศาสตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2557 ได้รับการอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ กายภาพบำบัด ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2556 จาก สภากายภาพบำบัด ปัจจุบัน ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขา สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2560
ที่อยู่ปัจจุบัน	49/113 พิบูลย์คอนโดวิลล์ ซอยสุขาร่วม แสงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800