

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานประจำปี. กรมสุขภาพจิต.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(มกราคม – มิถุนายน): 1-13.
- จันทิมา องค์โสมสิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ณัฐภรณ์ เป้าเรือง. (2550). การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงแก้ว รอดอ่อง. (2547). การจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ และ คณะ. (2544). จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงคราญ ผาสุข. (2535). หลักการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์
- นฤมล สุริยะ. (2550). แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิรมล ปะนะสุนา. (2549). การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรรณภา แสงส่อง. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วต่อลักษณะความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี เหล่าทะนันท. (2550). แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. รายงานการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หจก วิ เจ พรินท์ติ้ง.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2539). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทบีขอนแก่น เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยุทธนา อองอาจสกุลมั้น. (2549). การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท : รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 13 (2): 115-123. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต. (2538). **Positive and Negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเจนเซน ฟาร์มาซูติกา.
- วรุณี ตั้งเสรี, ธนาพร อรุณเกียรติกุล, กุศลา พลนุรักษ์ และ เครือวัลย์ ชาญนวงศ์. (2538). การศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นครั้งแรกและครั้งรอง. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. โครงการศึกษาอิสระปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ.
- สุดสบาย จุลกัทัพพะ, เรือราชัย งามทิพย์วัฒนา และ จริยา จันตระ. (2542). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 44 (2) : 99-109.
- สุชาติ พหลภักย์. (2544). โรคจิตเภท. ใน **รัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และ เดชา ปิยะวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์สมปอง.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด่าน สุทธการพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หจก วิ เจ พรินท์ติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnosis and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). **Practice guideline for the treatment of Psychiatric disorder compendium 2000**. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Baker, P. (1995). The development of the self care ability to detect early signs of recap individuals who have schizophrenia. **Journal of Archives of psychiatric Nursing**. 4(5): 261-268.
- Barry, P. D. (2002). **Mental health and mental illness**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams wilkins.
- Birchwood, M., and Chadwick, P. (1997) The omnipotence of voices: testing the validity Of a cognitive model . **Psychological Medicine** 27: 1345 – 1353.
- Boyd, M.A. (2005). **Psychiatric nursing contemporary practice**. Philadelphin: Lippincott Williams wilkins.

- Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., Waldron, B., and Dowling, G. (1996). Auditory Hallucinations in schizophrenia: Group experience in examining symptom management and behavioral strategies. **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health** 34(2): 12-24.
- Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., and Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory hallucination in Schizophrenia : Results of 1 – year follow up. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services** 35(12): 20-28.
- Buccheri, R., Trygstad, L., Dowling, G., Hopkins, R., White, K. et al. (2004). Long – term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucination. **Journal of Psychosocial Nursing** 42(1): 19-27.
- Breier, A., & Strauss, J.S. (1983). Self – control in psychotic disorders. **Archives General Psychiatry**. 40, 1141-1145.
- Chadwick, P., and Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. **British Journal of Psychiatry** 164: 190-201.
- Chan, S., Leung, L. (2002). Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. **Journal of clinical Nursing** 11: 214-224.
- Cheung, M., Suen, L. (2003). Cognitive behavioral therapy of Psychosis : an overview and 3 case studies. **Hong Kong Journal Psychiatry** 13(1):23-30.
- David, K., and Lars, H. (2007). Cognitive therapy for Psychosis. 362- 366.
- Douglas, T., David, K., and Trevor, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive – behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 180: 523 – 527.
- England, M. (2005). Mediation of the relationship between inner voice experiences and health-related quality of life. **Perspectives in Psychiatric Care** 41(1): 22–34.
- England, M. (2006). cognitive intervention for voice hearing. **Issues in Mental health Nursing** 27 : 735 - 751.
- England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. **Perspectives in Psychiatric Care** 43 (2): 69-76.
- Faith, B. D. (2000). cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia : a review of recent empirical studies. **Schizophrenia research** 43 :71-90

- Gillbert, P., Birchwood, M., Gillbert, J. et al (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behavior in relation to auditory hallucination in schizophrenia and critical thought in depression. *Psychological Medicine*. 31(6): 1117-1127.
- Haddock, G., Slade, P., Bentall, R., and Faragher, B. (1998). Cognitive behavioral treatment of auditory hallucinations: A comparison of the long-term effectiveness of two interventions. *British Journal of Medical Psychology* 71: 339–349.
- Haddock, G., Tarrier, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C., & McCarthy, E. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clinical Psychology Review*. 18(7): 821–838.
- Husting, H. H., and Hafner, R. J. (1990). Persistent auditory hallucination and their relationship to delusion and mood. *Journal Nervous Mental disease* 178(8): 246 -267.
- Jenner, J. A., Nienhuis, F. J., Wiersma, D., and Willige, G. (2004). Hallucination Focused Integrative treatment: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin* 30(1): 133–145.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I., and Campbell, C. (2005). **Cognitive Behavior therapy for schizophrenia (Reviews)**. The Cochrane Database of Systematic Reviews 4. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B.J. (1998). **Kaplan and sandock' S synopsis of psychiatry**. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- _____. (2000). **Kaplan and sandock' S synopsis of psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry**. 8th ed .Baltimore: Williams and Wilkins.
- Keith, C ., Vicky, M,. and Eric, D. (2004). **Guidelines for hearing Voices Groups in Clinical Settings**. Gloucestershire Partnership NHS Trust.UK: Download from www.hearingvoices.org.uk
- Kuipers, E. (2005). Evaluating cognitive behavior therapy for psychosis. *Clinical Psychology: Science & Practice* 12(1): 65–67.
- Lakeman, R. (2001). Making sense of the voices. *Internation Journal of nursing Studies*, 4(38): 523- 531.
- Lenior, M. E., et al. (2000). **Parental expressed emotion and bur in families of young Schizophrenia patient**. from <http://www.amc.uvr.hl/posters/69/.html>

- Lewis S. et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia : acute-phase outcomes. **British Journal of Psychiatry** 181(43): 91 - 97.
- McIntosh, A. M., Conlon, L., Lawrie, S. M, Stanfield, A. C . (2006). **Compliance therapy for schizophrenia**. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 3. England: John Wiley & Sons,Ltd.
- Marram, G. D. (1978). **The group approach in nursing practice**. 2nd ed. St. Louis: C.V.
- Moller, M.D., and Murphy, M. F. (2001). **Neurobiological response and schizophrenia and psychotic disorder**. St. Louis: Missouri.
- National Institute of Mental Health. Schizophrenia. (2003). **The Health belief model and medication compliance in schizophrenia**. from <http://www.NIMHHealthbeliefModel.htm>.
- Nayami, T. H. and David A. S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. **Psychological Medicine** 26: 177- 189.
- Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monks, P., Shergill, S., and Wykes, T. (2005). Early psychological intervention for auditory hallucinations: Anexploratory study of young people's voices groups. **Journal of Nervous & Mental Disease** 193(1): 58–61.
- Peter, T., et al. (2004). Cognitive therapy for command hallucination : randomised controlled trial. **British Journal of Psychiatry** 184: 312 – 320.
- Pinkham, A. E., Gloege, A. T., Flanagan, S., and Penn, D. L. (2004). Group cognitive behavioral therapy for auditory hallucinations :A pilot study. **Cognitive & Behavioral Practice** 11(1): 93–98.
- Sandock, J. B. and Sandock, A. V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sing, G., Sharan, P., kulhara, P. (2002). Coping with hallucination in schizophrenia : a Correlation study. **Hong Kong Journal of Psychiatry** 12(3): 5-11.
- Tait, L., Birchwood, M., Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. **British Journal of Psychiatry** 185: 410-415.
- Tarrier, N., Yusupoff, L, Kinney, C. (1998) Randomised controlled trial of intensive cognitive behavioral therapy for patients with chronic Schizophrenia .**BMJ** 317: 303-7.

- Tarrier, N., Lewis, G., Haddock, R. (2004). Cognitive behavioural therapy in first – episode and early schizophrenia :18 – month follow- up of a randomized controlled trial. **British Journal of Psychiatry** 184: 231- 239.
- Tarrier, N. (2005). Cognitive behavior therapy for psychotic disorders: Current issues and future developments. **Clinical Psychology Science & Practice** 12(1): 51–56.
- Tarrier, N. (2005). Cognitive behavior therapy for schizophrenia - A review of Development Evidence and Implementation . **Psychotherapy and Psychosomatics** 74:136-144.
- Tait, L., Birchwood, M., Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. **British Journal of Psychiatry**. 185: 410-415.
- Townsend, M.C. (2003). **Psychiatric mental health nursing: Concept of care**. 4th ed Philadelphia: David company.
- Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., et al. (2002). Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia: outcome from a 10–week course. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association** 8(3): 84-91.
- Wiersma, D., Jenner, J. A., Nienhuis, F. J., and van de Willige, G. (2004). Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 109(3): 194–201.
- Wilson, H. S., Kniesl, C. R. (1996). **Psychiatric Nursing**. 5th ed. Menlo Park: Addison Wesley Nursing.
- World Health organization. (1992). **The ICD-10 Classification of mental and behavioral Disorder**: Clinical descriptions and diagnostic guideline. Geneva: WHO.
- Wykes, T., Parr, A. M., and Landa, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. **The British Journal of Psychiatry** 175: 180-185.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., et al. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. **Schizophrenia Research** 77: 201-210.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล

1. นางดวงตา กุศลรัตนญาณ
2. นางปทุมรัตน์ เกตุเล็ก
3. นางสาวพรรณภา แสงส่อง

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพ7 หัวหน้าหอผู้ป่วยจามจรี
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร
- พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี
- พยาบาลวิชาชีพ 6 สถาบันกัลยาราชนครินทร์
กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α คือ ค่าความคงที่ภายใน

n คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum s_i^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. เปรียบเทียบคะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test มีสูตรดังนี้

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

$$df = n - 1$$

เมื่อ t คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

D คือ ผลต่างคะแนนในแต่ละคู่

n คือ จำนวนคู่

ภาคผนวก ก

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- แบบข้อมูลทั่วไป
- แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท
- ตัวอย่างคู่มือกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของ
อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท
- เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้าพเจ้า.....ได้ทราบจากผู้ศึกษา ชื่อ นางสาว นิตยา เลิศศิริสวัสดิ์ สถานที่ติดต่อ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แขวง คลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ลักษณะและแนวทางการศึกษาอิสระรวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้วข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษาอิสระนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นโดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการศึกษาทันที ในกรณีที่มีได้แจ้งให้ผู้ทำการศึกษาทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยข้าพเจ้าเป็น โฆษะ

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้ศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ และสุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้อารมณ์ที่เต็มใจที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
วัน/เดือน/ปี

.....
ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา

.....
วัน/เดือน/ปี

.....
(นางสาว นิตยา เลิศศิริสวัสดิ์)
ลงนามผู้ศึกษาหลัก

.....
วัน/เดือน/ปี

.....
(.....)

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ผู้ศึกษา นางสาว นิตยา เลิศศิริสวัสดิ์ นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. สถานที่ศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการศึกษา ประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 5.1 โครงการศึกษานี้เกี่ยวกับการศึกษา การใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท
 - 5.2 เป็นการศึกษแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One Group Pretest- Posttest Design) คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจากการดำเนินโครงการ ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการศึกษาจะได้รับการปฏิบัติในการศึกษาดังนี้

ความเป็นมาของการศึกษา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด มีความรุนแรงและการดำเนินโรคที่เรื้อรังโดยพบได้ในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5 - 1 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2545) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม อาการประสาทหลอน ที่พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 75 ในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ อาการประสาทหลอนทางหู หรืออาการหูแว่ว (Auditory hallucination) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) หมายถึง การได้ยินที่ผิดไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก อาการหูแว่ว เป็นอาการทางจิตที่ถือว่าเป็นอาการหลัก (Core symptom) เป็นลักษณะสำคัญทางคลินิก ของโรคจิตเภท (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2544) เป็นอาการเตือน (Prodromal sign) แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการกำเริบ (Active phase) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น อาการหูแว่วจึงจะหายไป อีกประมาณร้อยละ 30 อาการหูแว่วก็ยังคงมีอยู่แต่ลดความรุนแรงลง ประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Buccheria et al., 2004) ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา (Persistent auditory hallucination) (Miller, 1996 cited in Trystad et al., 2002) อาการหูแว่ว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง คือ มีความคิดความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน บางรายมีความทุกข์มากจนกระทั่งไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร คิดหมกมุ่นอยู่ในโลกของตนเอง บางรายมีการแสดงออกด้วยการพูดคนเดียว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ขาดจุดมุ่งหมายในการแสดงพฤติกรรม บุคลิกภาพบกพร่อง

แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง การแต่งกายสกปรก แผลกดแผล ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงาน สูญเสียทักษะทางสังคม และอาการหูแว่วส่งผลกระทบต่อญาติ ผู้อื่นคือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีความรู้สึกทุกข์ใจ หวาดระแวง หวาดกลัว เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วลักษณะเสียงสั่ง (Command hallucination) เมื่อมีอาการของโรคที่เรื้อรังและเกิดอาการกำเริบได้บ่อย สุดท้ายครอบครัวแก้ปัญหาโดยการขอให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป

จากการศึกษาทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาพบว่าการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการเจ็บป่วย รวมทั้งปรับความเชื่อและความคิดที่ผิดปกติเกี่ยวกับอาการหูแว่ว และเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการตอบสนองต่ออาการหูแว่ว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Chan , Leung ,2002) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ของ Lewis et al. (2002) มาพัฒนาร่วมกับกระบวนการกลุ่มบำบัดของ Marram (1978) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการศึกษา

7. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานนี้ผู้ศึกษาจะเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาในการเข้าร่วมโครงการ 5 สัปดาห์

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ในช่วงบ่าย จำนวน 6 กิจกรรมๆ ละ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ในช่วงบ่าย จำนวน 6 กิจกรรมๆ ละ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที

8. ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถถอนตัวระหว่าง การดำเนิน โครงการศึกษาได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

9. หากผู้เข้าร่วมศึกษามีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และหากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทราบอย่างรวดเร็ว

10. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมศึกษา

11. ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการศึกษายังได้รับการปกปิด การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการศึกษานั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เลขที่แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1. อายุ.....ปี

2. เพศ ชาย หญิง

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. อนุปริญญา/ป.ว.ศ. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต.....เดือน.....ปี

6. ระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว.....เดือน.....ปี

7. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้มีความเกี่ยวกับลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วที่คุณประสบ กรุณาอ่าน

ข้อความข้างล่างนี้ให้เข้าใจและเลือกตอบ ✓ ในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

1. วันนี้คุณมีอาการหูแว่วบ่อยครั้งเพียงใด
 - ไม่ได้ยินเลย
 - ได้ยิน 1-2 ครั้งเท่านั้น
 - 3-4 ครั้ง
 - ได้ยิน 5-6 ครั้ง
 - มากกว่า 6 ครั้ง หรือเกือบตลอดเวลา
 - ตลอดเวลา
2. วันนี้เสียงหูแว่วที่คุณได้ยินมีความดังแค่ไหน
 - ไม่ได้ยินเลย
 - เสียงกระซิบ, ยากที่จะได้ยิน
 - เสียงพูดเบาๆ
 - ดังเหมือนเสียงพูดปกติ
 - เสียงพูดดังๆ
 - เสียงตะโกน
3. วันนี้คุณรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากน้อยเพียงใด
 - ไม่ได้ยินเลย
 - ควบคุมได้ทุกครั้งที่มีอาการหูแว่ว
 - ควบคุมอาการหูแว่วได้เป็นส่วนใหญ่
 - ควบคุมได้ปานกลาง
 - ควบคุมได้น้อยมาก
 - ควบคุมไม่ได้เลย
4. วันนี้คุณได้ยินเสียงหูแว่วชัดเจนเพียงใด
 - ไม่ได้ยินเลย
 - ไม่ชัดเจน ฟังแทบไม่รู้เรื่อง
 - ส่วนใหญ่ไม่ชัดเจน ฟังรู้เรื่องเล็กน้อย
 - บางครั้งชัดเจน บางครั้งฟังไม่รู้เรื่อง
 - ชัดเจนปานกลาง
 - ชัดเจนมาก

5. วันนี้ลักษณะเสียงจากอาการหูแว่วที่คุณได้ยินเป็นอย่างไร

.....ไม่ได้ยินเลย

.....มีความเป็นมิตร

.....ส่วนใหญ่มีความเป็นมิตร

.....บางครั้งมีความเป็นมิตร บางครั้งก็ขู่ กล่าวหา คำว่า

.....ส่วนใหญ่ ขู่ กล่าวหา คำว่า

.....ขู่ กล่าวหา คำว่ามาก

6. วันนี้เสียงหูแว่วทำให้คุณวอกแวกหรือเสียสมาธิเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่ทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิเลย

.....ทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิเล็กน้อย

.....ทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิปานกลาง

.....ทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิจนทำอะไรแทบไม่ได้

..... ทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิจนไม่สามารถทำอะไรได้เลย

7. วันนี้เสียงหูแว่วสร้างความทุกข์ทรมานเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่ทุกข์ทรมาน

.....ทุกข์ทรมานเล็กน้อย

.....ทุกข์ทรมานปานกลาง

.....ทุกข์ทรมานมาก

.....ทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง

8. วันนี้เมื่อคุณใช้วิธีการ.....คุณแสดงการโต้ตอบกับเสียงหูแว่วเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่ทำตามเสียงที่สั่งให้ทำอะไรเลย

.....ทำตามเสียงที่สั่งนานๆ ครั้ง

.....ทำตามเสียงที่สั่งบางครั้ง

.....ทำตามเสียงที่สั่งบ่อยครั้ง

.....ทำตามเสียงที่สั่งทุกครั้ง

9. วันนี้คุณสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ดีเพียงใด

-ไม่ได้ยินเลย
-จัดการได้ดีมากๆ
-จัดการได้ดีกว่าวันอื่นๆ
-จัดการได้ดีพอๆ กับวันอื่น ๆ
-จัดการได้แย่กว่าวันอื่น ๆ
-จัดการได้แย่มากจัดการแทบไม่ได้

10. วันนี้คุณสามารถมีสัมพันธภาพหรือพูดคุยกับผู้อื่นได้ดีเพียงใด

-พูดคุยกับผู้อื่นได้ดีมาก
-พูดคุยกับผู้อื่นได้ดีกว่าวันอื่น ๆ
-พูดคุยกับผู้อื่น ได้พอๆ กับทุก ๆ วัน
-พูดคุยกับผู้อื่น ได้แย่กว่าวันอื่นๆ
-พูดคุยกับผู้อื่น ได้แย่มาก ทำแทบไม่ได้
-พูดคุยกับผู้อื่น ได้แย่มาก ไม่สามารถทำได้

ตัวอย่างคู่มือ

กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขนาดของกลุ่ม สมาชิก 10 คน ต่อ 1 กลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม

ระยะเวลา กิจกรรม ๆ ละ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม 3 สัปดาห์

กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ของผู้ป่วยจิตเภท มี 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1. สร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

รูปแบบ ให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอักษยาศี ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย
อุปกรณ์

แบบบันทึกอาการหูแว่ว

ยางลบ ดินสอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก เกี่ยวกับอาการหูแว่ว
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว เกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

สาระสำคัญ

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจกัน รับทราบระเบียบของการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว สมาชิกกลุ่มได้รับทราบอาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล ความรู้และประสบการณ์การดูแลตนเองของสมาชิกแต่ละท่าน สมาชิกรับทราบการบ้านคือการบันทึก ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลงในสมุดเพื่อให้สมาชิกติดตามอาการหูแว่วของตนเอง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้น Initial phase

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตัว กล่าวต้อนรับสมาชิกทุกคน บอกชื่อกลุ่มและวัตถุประสงค์ และกระตุ้นให้สมาชิก ทำความรู้จักกันด้วยการเล่นเกมส์ “โพรงกับกระรอก” โดยบอกชื่อวัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนของเกมส์
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคน ร่วมกันกำหนดระเบียบของกลุ่ม และเสนอประเด็นเพิ่มเติม คือรักษาความลับของสมาชิกภายในกลุ่ม ไม่นำ ไปเปิดเผยนอกกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเขียนระเบียบของกลุ่ม ลงสมุดโน้ตใจเพื่อเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความเคารพในกฎระเบียบ และปฏิบัติร่วมกัน
4. ผู้นำกลุ่มสมาชิกขออนุญาตสมาชิก ในการจดบันทึก

ขั้น Working phase

1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทโดยใช้คำถามเช่น “ให้สมาชิกช่วยเล่าถึงสาเหตุที่ทำให้ป่วย” “อาการสำคัญที่ต้องมาอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้ ” และ “ช่วยเล่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของสมาชิก” “ที่ผ่านมามีวิธีการดูแลตนเองอย่างไรเกี่ยวกับโรค และ อาการหูแว่ว” “ผลกระทบที่เกิดจากอาการหูแว่วที่มีต่อสมาชิก”
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มสรุปข้อมูลที่ ได้ ที่ละคำถาม และผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมและเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งนำมาสู่การบำบัดด้วย กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดของ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยบอก ความหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ระยะเวลาในการบำบัด

ขั้น Terminal phase

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบอกความรู้สึกในการมาเข้ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดครั้งแรก
2. ผู้นำกลุ่มให้คำชมเชย ให้กำลังใจในการมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายการบ้าน คือให้บันทึกลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลงในแบบบันทึกอาการหูแว่วทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดตามสังเกตอาการหูแว่วของตนเอง
5. แจ้งกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ครั้งต่อไป และกล่าวปิดกลุ่ม

ประเมินผล

1. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน มีการทักทาย พูดคุย มีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาเหตุการเจ็บป่วย และพูดคุยถึงการรักษาที่ได้รับ
2. สมาชิกมีความเข้าใจแนวทางการบำบัด และระเบียบข้อตกลงที่สมาชิกต้องปฏิบัติ

3. มีการประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยมีประเมินปัญหาจากความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆของสมาชิก

4. สมาชิกเข้าใจงานที่ได้รับมอบหมาย

(ผู้สนใจ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ของผู้ป่วยจิตเภทฉบับนี้โปรดติดต่อผู้ศึกษา หรืออาจารย์ที่ปรึกษา)

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เกณฑ์	ผู้ป่วยประเภท ฉุกเฉิน / วิกฤติ (Critical phase) คะแนน = 0	ผู้ป่วยประเภท แรกรับ (Acute phase) คะแนน = 1	ผู้ป่วยประเภท เรื้อรังบำบัด (Sub-acute phase) คะแนน = 2	ผู้ป่วยประเภท บำบัดระยะยาว (maintenance phase)คะแนน = 3
1. การรับรู้ วัน/เวลา/ สถานที่/ บุคคล	ไม่สามารถบอก วัน/เวลา/ สถานที่/บุคคล ได้ถูกต้อง	ไม่สามารถบอก ชื่อบุคคลใกล้ชิด ได้และสามารถ บอกวัน/เวลา/ สถานที่ได้อย่าง ใดอย่างหนึ่ง	สามารถบอกคน ใกล้ชิดได้และ สามารถบอกวัน/ เวลา/สถานที่ได้ อย่างใดอย่างหนึ่ง	สามารถบอกคน ใกล้ชิดได้และ สามารถบอกวัน/ เวลา/ สถานที่ได้ถูกต้อง
2. การจัดการ ความคิด/ อารมณ์/การ แสดงออก ของตนเอง	*เป็นอันตราย ต่อผู้อื่น/ตนเอง และทรัพย์สิน	*มีความเสี่ยงที่ เป็นอันตรายต่อ ตนเองและผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน	มีความคิด อารมณ์และ พฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมเป็น บางครั้ง	ควบคุมความคิด อารมณ์และ พฤติกรรม ได้อย่างเหมาะสม
3. การดูแล ตนเองเรื่อง กิจวัตรประ จําวัน	ทำไม่ได้	ดูแลตนเองได้ บ้างแต่ต้องมีคน ช่วยเหลือ	ดูแลตนเองได้แต่ ต้องมีการกระตุ้น บ่อยครั้ง	ดูแลตนเองได้หรือ ต้องมีการกระตุ้น เป็น ครั้งคราว
4. การสร้าง สัมพันธภาพ	ไม่ไว้วางใจ/ไม่ พูดคุยกับผู้อื่น	เริ่มไว้วางใจ/เริ่ม พูดคุย/เริ่มสบตา กับผู้อื่นได้	สามารถบอก ความรู้สึกของตนเอง ได้/ให้ข้อมูลได้	สามารถแสดง ความคิดเห็นได้ ตรงเรื่องราว / พูดคุยกับผู้อื่นได้
5. พยาธิสภาพ ทางกาย	* มีภาวะเสี่ยงต่อ ชีวิต Vital organ (แบบประเมินภาวะ แทรกซ้อนทางกาย ของPCTประสาทจิต เวชศาสตร์ ในเรื่อง lab, V/S, Neuro sign	* มีพยาธิสภาพ ทางกายและควบคุม อาการ โรคทางกาย ไม่ได้(ตามหนังสือของ PCT จิตเวชเรื่องการ จำคุกที่ควบคุมไม่ได้ ใน 7 วันแรก	มีพยาธิสภาพทาง กายแต่ควบคุม อาการ โรคทางกาย ได้	ไม่มีอาการแสดงที่ บอกถึงการมีพยาธิ สภาพทางกาย

เกณฑ์	ผู้ป่วยประเภท ฉุกเฉิน / วิกฤติ (Critical phase) คะแนน = 0	ผู้ป่วยประเภท แรกรับ (Acute phase) คะแนน = 1	ผู้ป่วยประเภท เร่งรัดบำบัด (Sub-acute phase) คะแนน = 2	ผู้ป่วยประเภท บำบัดระยะยาว (maintenance phase)คะแนน = 3
6. ผลกระทบ จากการรักษา	*มีผลกระทบ/ เสี่ยงที่รุนแรงถึง ชีวิต (H)	*มีผลกระทบทำให้ไม่ สามารถทำหน้าที่ได้ ตามปกติ (F,G)	เกิดภาวะแทรกซ้อน/ ผลกระทบจากการ รักษาที่มีความ รุนแรงน้อย (C,D,E)	ไม่มีผลกระทบ จากการรักษา (A,B)

เครื่องหมายที่ใช้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

* หมายถึง มีพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยในคอลัมน์โดยไม่ต้องดูเกณฑ์อื่น
คำจำกัดความ

ผู้ป่วยทางจิต หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และ
พฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต หรือป่วยเป็น โรคจิต

การรับรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ โลกภายนอก
ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อมเช่น เวลา สถานที่ บุคคล เป็นต้น

การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน หมายถึง กระบวนการคิด
เกี่ยวกับ ความคิด อารมณ์ และการกระทำพฤติกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของตน ตลอดจนรวมถึง
อาการและอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ศักยภาพส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในเรื่องการดูแลตนเองด้านกิจวัตร
ประจำวัน การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด และสมรรถภาพ
ทางกาย

ภาวะแทรกซ้อน/ผลกระทบจากการรักษาทางชีวภาพ หมายถึง ภาวะที่ไม่พึงประสงค์/
ผลกระทบจากการรักษา จากจิตเภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า การจำกัดพฤติกรรม

พยาธิสภาพทางกาย หมายถึง โรคแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วย เช่น โรคไข้สมองอักเสบ
TB Advanced Stageมีอันตรายถึงต่อABC หมายถึง มีอันตราย/เสี่ยงต่อทางเดินหายใจ (Air Way)
การหายใจ(Breathing) หัวใจและหลอดเลือด(Cardio Vascular

ประวัติผู้ศึกษา

นางสาวนิตยา เลิศศิริสวัสดิ์ เกิดวันที่ 1 กันยายน 2523 อำเภอ อรัญประเทศ จังหวัด
สระแก้ว เมื่อ พ.ศ. 2546 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี ศรีธัญญา เมื่อปี พ.ศ.2549 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับราชการ ในตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพ 5 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา