

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. ข้อมูลปฏิบัติงานเกี่ยวกับจำนวนเตียงและผู้ป่วยแผนงานสุขภาพจิต, กรุงเทพฯ, 2525.
- เกษม ดันติผลลาชีวะ. การคาดหมายผลของการรักษาด้วยไฟฟ้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 34(มกราคม-มีนาคม 2532) : 21-24.
- จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์พระสิงห์การพิมพ์, 2520.
- _____. ECT ดีจริงหรือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 34 (มกราคม-มีนาคม 2532) : 54.
- ชอุลา จี.ดี. Electroconvulsive Therapy In A Rural Teaching General Hospital in India. วารสารสโมสรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. ฉบับที่ 2 (2525) : 69-73.
- ชูติชัย ปานปรีชา. การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาทางกายอย่างอื่น. ในตำราจิตเวชศาสตร์ สู้พัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520.
- _____. พิเชฐ อุดมรัตน์, วรลักษณ์ อีราไมกซ์. การรักษาด้วยไฟฟ้า : อดีตและปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 29 (ธันวาคม 2527) : 225-237.
- _____. การรักษาด้วยไฟฟ้า : ปัจจุบันและอนาคต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 33 (มกราคม-มีนาคม 2531) : 1-8.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. ข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการรักษาด้วยไฟฟ้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 34 (มกราคม-มีนาคม 2532) : 17-20.
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- เทพนม เมืองแมน. งานสุขภาพจิต และการพัฒนาด้านสาธารณสุข. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 24 (ธันวาคม 2522) : 528-538.

- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. ตำราจิตเวชศาสตร์. หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
- ภัทรา ธีรลาภ. การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล ศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ชั้นปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
- วรณัฐ สราญรมย์. การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน่วยโสตทัศนศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2530.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. การแยกประเภทและประโยชน์ทางการรักษาของยาไมโครเลพิด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 15 (มกราคม 2513) : 34-54.
- _____ . การทดลองยาฮาโลเพริดอลในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 16 (มกราคม 2514) : 43.
- สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2523.
- สุวิทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สัจฉิ์ สุวรรณเลิศ. ผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 30 (ธันวาคม 2528) : 162-168.
- อุดม ปาจารย์กร. การใช้ช็อคไฟฟ้ารักษาโรคจิตในพระภิกษุอาพาธที่โรงพยาบาลสงฆ์. วารสารกรมการแพทย์ 13 (มกราคม 2531) : 21-24.
- เอม อินทกรณ์. การรักษาด้วยไฟฟ้าชนิด Modified ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 34 (มกราคม-มีนาคม 2532) : 59-62.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham, K.R., and Kulhara, P. The efficacy of Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Schizophrenia. A comparative study. British Journal of Psychiatry 151 (1987) : 152-155.
- Anderson, W.H. : The Emergency Department. In Hackett TP, Cassem NH (eds) : Massachusetts General Hospital. Handbook of General Hospital Psychiatry. St. Louis, CV Mosby, 1978.

- Baker, A.A., Game, S.A., and Thorpe, J.G. Some research into the treatment of schizophrenia in the mental hospital. Jornal of Mental Science 106 (1960) : 203-213.
- Berman K.F., Weinberger, D.R., Shelton, R.C., and Zec, R.F. A relationship between anatomical and physiological brain pathology in schizophrenia : lateral cerebral ventricular size predicts cortical blood flow. American Journal of Psychiatry. 144 (1987) : 1277-1282.
- Bernkeim Kayla, F., and Lewine, Richard, R.J. Schizophrenia. New York : W.W. Norton Company, 1979.
- Bernstein J.G. Handbook of Drug Therapy in Psychiatry. Boston : John Wright. PSG Inc., 1983.
- Bidder, T.G., and Strain, J.J. Modification of electroconvulsive therapy. Comprehensive Psychaitry 11 (1970) 507-517.
- Blachly, P.Hl., and gowing, D. Multiple monitored electroconvulsive treatment. Comprehensive Psychiatry 7(1966) : 100-109.
- Bloom, J.B., Davis, N., and Wecht, C.H. Effect on the Liver of Lonterm Tranquiliging. Medication. American Journal of Psychiatry 121 (1965) : 788-797.
- Bradley, P.B., and Kirsch, S.R. The Psychopliarmacology and Treatment of Schizophrenia. New York : Oxford University Press, 1986.
- Breier, A., Wolkowitz, O.M., Doran, A.R., et al. Neuroleptic responsivity of negative and positive symptoms in schizophrenia. American Journal of Psychiatry 144 (1987) : 1549-1555.
- Bridenbaugh, R.H., Drake, F.R., and O'Regan, T.J. Multiple Monitored Electroconvulsive Treatment of Schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 13 (1972) : 9-17.

- Brown, G.W., and others. Schizophrenia and Social Care. Great Britain : Oxford University Press, 1966.
- Carlsson, A. Antipsychotic drugs, neurotransmitters, and Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 135 (1978) : 164-173.
- Childers, L.B. Comparison of four regimens in newly admitted female Schizophrenics. American Journal of Psychiatry 120 (1964) : 1010-1011.
- Davis, J.M., Barter, J.T., and Kane, J.M. Antipsychotic drugs in Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II, 5 th ed. (ed. Harold I. Kaplan and Benjamin J Sadock) Williams & Wilkins, Baltimore (1989) : 1591-1626.
- Dietze, H.J. Dyskinetic Syndrome Associated with Chlorprothixene. American Journal of Psychiatry 120 (1963) : 503-504.
- Dressler, David, M., and Folk Joseph. The Treatment of Depression with ECT in the Presence of Brain Tumour. American Journal of Psychiatry 132 (December 1975) : 1320-1321.
- Faris, R.I., and Dunhan, H.W. Mental disorders in Urban area. Chicago : University of Chicago, 1939.
- Frances, Hales. Review of Psychiatry, vol. 7. Washington, D.C : American Psychaitric Press, 1988.
- Fink, M. Convulsive therapy : a risk-benefit analysis. Psychopharmacol Bull 18 (1982) : 110-116.
- _____. Missed Seiqures and the Bilateral-Unvluterul Electroconvulsive Therapy controversy. American Journal of Psychiatry 140 (1983) : 198-199.
- _____. Meduna and the origin of convulsive therapy. American Journal of Psychiatry 141 (1984) : 1034-1041.

- Geraard E. Hogarty, and others. Drug and Sociiotherapy in the After care of Schizophrenia Patients. Archives of General Psychiatry 28 (January 1973) : 54-64.
- _____. , Richard F. Ulrich Temporal Effects of Drug and Placebo in Delaying Relapse in Xchizophrenia Outpatients. Archives of General Psychiatry 34 (March, 1977) : 297-301.
- Glassman, A.H., Kantor, S.J., and Shostak, M. Depression, Delusions. and drug response. American Journal of Psychiatry 132 (1975) : 716-719
- _____. , Alexander, H., and Roose Steven, P. Delusional Depression. Archives of General Psychiatry 38 (April 1981) : 424.
- Guna, D.R. Extrapyramidal and Other Effects Induced by Neuroleptic Agents. Int. Journal of Psychiatry 3(1967) : 131-137.
- Haller R.M., and Deluty, R.H. Assaults on staff by psychiatric in-patients : a critical review. British Journal of Psychiatry 152 (1988) : 174-179.
- Jiang, Zn. Role of electroconvulsive therapy intreating Schizophreing. Clueng-Hua-Shen-Ching-Shen-KoTsa-Chih 22 (1989) : 66-68.
- John S. Strauses, and William T. Carpenter. The Prediction of Outcome in Schizophrenia. Archieve of General Psychiatry 31 (July 1974) : 42.
- Kalinowsky, L.B., and Hoch, P.H. Somatic Treatments in Psychiatry. Grune and stration, New York, 1961.
- _____. Convulsive Therapy In Comprehensive Textbook of Psychiatry. 3 th ed. by U.I. Kaplan, A.M. Freedman, B.Sadock. (William & Wilkins, Baltimore, 1980) : 2335-2342.

- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4 th. ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1985 : 632-678.
- _____. , and Sadock, B.J. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5 th. ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1985 : 679-683.
- _____. , and Sadock, B.J. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5 th. ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1988.
- _____. , and Sadock, B.J. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5 th. ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1989 : 1591-1592.
- _____. , and Sadock, B.J. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6 th. ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1991.
- Kelly, D.H.W., and Sargent, W. Present treatment of Schizophrenia : a controlled follow up study. British Medical Journal 1 (1965) : 147-150.
- King, P.D. Chlorpromazine and electroconvulsive therapy in the treatment of newly hospitalized schizophrenics. Journal of Clinical and Experimental Psychopathology 21 (1960) : 101-105.
- Konig, P., and Glatzer-Gotz, U. Combined electroconvulsive and neuroleptic therapy in schizophrenia refractory to neuroleptics. Schizophrenia Research 3 (1990) : 351-354.
- Kramer, B.A. Use of ECT in California 1977-1983. American Journal of Psychiatry 142 (1985) : 1190-1192.
- Kroessler, D. Relative efficacy rates for therapies of delusional depression. Convulsive Therapy 1 (1985) : 173-187.

- Langsley, D.G., Enterline, J.D., and Hickerson, G.X. A comparison of Chlorpromazine and ECT in treatment of Schizophrenic and manic reaction. Archives of Neurology and Psychiatry 81 (1959) : 384-391.
- Lassenius, B., Ottosson, J.O., and Rapp, W. Prognosis in schizophrenia. The need for institutionalized care. Acta Psychiatrica Scandinavica 49 (1973) : 295-305.
- Lehmann, H.E., and others. Schizophrenia psychomacologic treatments In : Karasu TB, Chairperson, A task force report of the American Psychiatric Association. Treatment of psychiatric disorders. Vol. 2. Washington DC : American Psychiatric Association (1989) : 1501-1514.
- Liverson, U.T. Brief Stimulation Therapy, Psychological and Clinical Observations. American Journal of Psychiatry 105 (1948) : 28-29.
- Lig Kuipers. Schizophrenia and the family Part I in Community Care for the Mentally Disabled. Wing, J.K. & Oisen, Role, (Oxford University Press, 1979) : 14.
- Maccabe, and Michael, S. ECT in the Treatment of Mania : A Controlled Study. American Journal of Psychiatry 133 (June 1976) : 688-690.
- Markowitz, J. Brown, R. Sweeney, J., and Mann, J. Reduced Length and Cost of Hospital stay for Major Depression in Patients Treated with ECT. American Journal of Psychiatry 144 (1987) : 1025-1029.
- Marneros, M. Schizophrenia first rank symptoms in organic mental disorder. British Journal of Psychiatry 152 (1989) : 625-628.

- Marvin, I., Herg, and others. Intermittent Medication for Stable Schizophrenia Outpatients : An Alternative to Maintenance Medication. American Journal of Psychiatry 139 (July 1982) : 918.
- May, P.R.A., and Tuma, A.H. Treatment of Schizophrenia. An experimental study of five treatment methods. British Journal of Psychiatry 111 (1965) : 503-510.
- _____. Treatment of Schizophrenia. New York : Science House, 1968 : 235-236.
- MaCreacie, R.G., and Phillips, K. The mithsdale schizophrenia survey I does relatives' high expressed emotion predict relapse. British Journal of Psychiatry 152 (1988) : 477-81.
- National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. Phenothiazine treatment in acute Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry 10 (1964) : 246-261.
- Neale M. John, and Oltmanns F. Thomam. Schizophrenia. New York : John Wiley and Sons, Inc. 1980.
- O'connell, and Ralph, A. Review of the Use of Electroconvulsive therapy. Hospital & Community Psychiatry 33 (June 1982) : 469-473.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 10 (1962) : 799-821.
- Paul, S.M., et. al. The Use of ECT with Treatment Resistant Depressed Patients of the National Institute of Mental Health. American Journal of Psychiatry 138 (1981) : 486.
- Pollack, B., Buck, I.F., and Kalnins, L. An Oral Syndrome Complicating Psychopharmacotherapy : Study II. American Journal of Psychiatry 121 (1964) : 384-386.

- Price, T.R. Short and long term cognitive effects of ECT : part II-
Effect on nonmemory associated cognitive functions.
Psychopharmacology Bulletin 18 (1982) 91-101.
- Raskin, D.E. A Side effect to be remembered. American Journal of Psychiatry 129 (1972) : 345-347.
- Rohde, P., and Sargent, W. Treatment of Schizophrenia in general hospital. British Medical Journal 2 (1961) : 67-70.
- Salama, A.A., England, R.D. A case study : Schizophrenia and tactile hallucinations, treated with electroconvulsive therapy. Canadian Journal of Psychiatry 35 (1990) : 86-87.
- Salzman, C. The Use of ECT in the Treatment of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 173 (September 1980) : 1035.
- Shaila Pai, and Elizabeth J. Roberts. Follow up Study of Schizophrenia Patients Initially Treated with Home Care. British Journal of Psychiatry 143 (1983) : 447-450.
- Singh, H. Therapeutic Use of Thioridazine in Premature Ejaculation. American Journal of Psychiatry 119 (1963) : 891.
- Sletten, I., Fusaro, R.M., and Runge, W.J. A New Topical Spray Agent to Protect Patients on Chlorpromazine from sunlight. American Journal of Psychiatry 119 (1963) : 991-992.
- Smith, K., and Others. ECT-Chlorpromazine and Chlorpromazine compared in the treatment of schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease 144 (1967) : 284-290.
- _____. and Bidy, R.L. Shock treatment. In Spiegel, E.A.ed. Progress in Neurology and Psychiatry. Grune and Stratton, New York, 1964 : 631-637.

- Suddath, R.L., and others. Temporal lobe pathology in schizophrenia : a quantitative magnetic resonance imaging study. American Journal of Psychiatry 146 (1989) : 464-472.
- Swanson, D.W. Hypotension Associated with thioridazine Hydrochloride. American Journal of Psychiatry 117 (1961) : 834-835.
- The American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Third Edition Revised) Washington D.C : American Psychiatric Association, 1987 : 188-193.
- Tuma, A.H., May, P.R.A. A Study of treatment failures in schizophrenia Journal Nev. Mental Dis. 167 (1978) : 566-571.
- Ulett, G.A., Smith, K., and Glesser, G.E. Evaluation of Convulsive and Subconvulsive shock Therapies Utilizing a control Group. American Journal of Psychiatry 112 (1956) : 795-802.
- Weiner, R.D. The Psychiatric Use of Electrically Induced Seizures. American Journal of Psychiatry 136 (1979) : 1507-1517.
- White, R.K., Shce, J.J., and Jonas, M.A. Multiple monitored electroconvulsive treatment. American Journal of Psychiatry 125 (1968) : 74-78.
- Williamson, P., and Mamelak, M. Frontal spectral EEG finding in acutely ill schizophrenics. Biol. Psychiatry 22 (1987) : 1021-1024.
- Wing, J.K., and Olsen, R. Community Care for the Mentally Disabled. New York : Oxford University Press, 1979.
- Yudofsky, S.C. Electroconvulsive therapy in the Eighties : Technique and Technologies. American Journal of Psychotherapy 36 (1982) : 391-397.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

- ตารางข้อมูลเปรียบเทียบอาการจิตพยาธิสภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ในวันแรกของการอยู่โรงพยาบาล จนถึงสัปดาห์ที่ 3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการจิตพยาธิสภาพรวมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรควิต และ การรักษาด้วยยาต้านโรควิตเพียงอย่างเดียว

จิตพยาธิสภาพ	การรักษาที่ได้รับ	วันเริ่มต้นที่เข้ามารักษา				สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3			
		n	\bar{x}	SD	t-test	n	\bar{x}	SD	t-test	n	\bar{x}	SD	t-test	n	\bar{x}	SD	t-test
จิตพยาธิสภาพ (รวม)	ยา	12	50.50	5.52	N.S	12	43.75	5.58	3.56 (p<.05)	12	33.75	7.28	3.35 (p<.05)	11	23.82	6.72	1.49
	MMECT+ยา	12	48.58	7.75		12	33.92	7.76		12	24.91	5.09		6	19.67	0.52	

หมายเหตุ S.D หมายถึง Standard Deviation
N.S หมายถึง Non-Significant (p > 0.05)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าอาการจิตพยาธิสภาพรวมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรควิต และการรักษาด้วยยาต้านโรควิตเพียงอย่างเดียว ในวันเริ่มต้นที่เข้ามารับการรักษา นั้น อาการ พยาธิสภาพทางจิตของทั้ง 2 กลุ่ม ยังคงค่อนข้างสูง และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาตามที่กำหนดแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 จะเห็นว่าอาการจิตพยาธิสภาพของผู้ป่วยจะลดลง แตกต่างกันใน 2 กลุ่มอย่างเห็นได้ชัด (\bar{x}) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P < 0.05)

ในสัปดาห์ที่ 3 อาการจิตพยาธิสภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรควิตลดลง เนื่องจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น อาการจิตพยาธิสภาพลดน้อยลงจนหมด หรือเกือบหมด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่บ้านได้



ตารางที่ 2 ข้อมูลแสดงอาการจิตพยาธิสภาพ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รักษาด้วยไฟฟ้า
แบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรคจิตต่อรายต่อสัปดาห์

คนที่	เริ่มต้น (0)	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3
1	45	28	20	-
2	57	45	29	19
3	38	31	19	-
4	41	30	19	-
5	51	30	26	19
6	48	24	18	-
7	55	37	29	19
8	47	37	28	18
9	32	21	18	-
10	48	33	26	18
11	51	42	28	19
12	44	29	20	-

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ข้อมูลแสดงอาการจิตพยาธิสภาพ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รักษาด้วยยาต้านโรคจิต
ต่อรายต่อสัปดาห์

คนที่	เริ่มต้น	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5	สัปดาห์ที่ 6
1	47	30	30	19	-	-	-
2	42	32	19	-	-	-	-
3	48	40	28	19	-	-	-
4	56	49	43	39	31	25	19
5	50	45	37	24	19	-	-
6	40	36	29	18	-	-	-
7	55	49	43	30	19	-	-
8	53	48	37	27	20	-	-
9	45	38	29	19	-	-	-
10	44	37	26	18	-	-	-
11	50	42	35	19	-	-	-
12	51	44	31	19	-	-	-

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการจิตพยาธิสภาพแต่ละอาการของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรคจิต และการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพียงอย่างเดียว

จิตพยาธิสภาพ (BPRS)	การรักษา ที่ได้รับ	เริ่มต้น			สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3		
		n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD
BPRS ₁	ยา	12	1.25	0.26	12	1.25	0.62	12	1.08	0.29	11	1.00	0.00
	MMECT+ยา	12	1.75 (N.S)	1.21	12	1.33 (N.S)	0.65	12	1.17 (N.S)	0.39	6	1.17 (N.S)	0.41
BPRS ₂	ยา	12	2.42	0.67	12	1.92	0.67	12	1.58	0.67	11	1.09	0.30
	MMECT+ยา	12	2.50 (N.S)	0.80	12	1.58 (N.S)	0.67	12	1.25 (N.S)	0.45	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₃	ยา	12	3.42	0.51	12	3.00	0.60	12	2.17	0.58	11	1.27	0.47
	MMECT+ยา	12	3.08 (N.S)	0.79	12	2.08 (P<0.01)	0.67	12	1.58 (P<0.05)	0.67	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₄	ยา	12	2.92	0.99	12	2.42	0.90	12	1.92	0.90	11	1.27	0.65
	MMECT+ยา	12	2.25 (N.S)	1.30	12	1.50 (P<0.01)	0.52	12	1.08 (P<0.01)	0.29	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₅	ยา	12	3.33	0.65	12	2.83	0.58	12	2.17	0.72	11	1.64	0.67
	MMECT+ยา	12	2.83 (N.S)	0.72	12	2.33 (N.S)	0.78	12	1.42 (P<0.05)	0.67	6	1.17 (N.S)	0.41
BPRS ₆	ยา	12	2.08	0.90	12	1.75	0.62	12	1.33	0.49	11	1.00	0.00
	MMECT+ยา	12	2.25 (N.S)	0.96	12	1.33 (N.S)	0.49	12	1.25 (N.S)	0.45	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₇	ยา	12	2.58	1.16	12	2.42	1.08	12	1.75	0.75	11	1.27	0.47
	MMECT+ยา	12	2.83 (N.S)	1.03	12	2.08 (N.S)	0.79	12	1.33 (N.S)	0.49	6	1.00 (N.S)	0.00

BPRS ₈	ဗာ	12	3.08	0.90	12	2.42	0.90	12	1.92	0.90	11	1.27	0.65
	MMECT+ဗာ	12	2.00 (P<0.05)	1.20	12	1.33 (P<0.01)	0.65	12	1.08 (P<0.01)	0.29	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₉	ဗာ	12	3.17	0.58	12	3.00	0.60	12	2.33	0.89	11	1.45	0.69
	MMECT+ဗာ	12	3.00 (N.S)	0.85	12	2.08 (P<0.01)	0.79	12	1.67 (P<0.05)	0.65	6	1.33 (N.S)	0.52
BPRS ₁₀	ဗာ	12	1.42	0.99	12	1.42	0.79	12	1.67	0.58	11	1.09	0.30
	MMECT+ဗာ	12	1.58 (N.S)	0.99	12	1.25 (N.S)	0.45	12	1.08 (N.S)	0.29	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₁	ဗာ	12	3.50	0.90	12	2.83	0.83	12	1.92	0.67	11	1.27	0.47
	MMECT+ဗာ	12	3.50 (N.S)	0.67	12	2.42 (N.S)	0.90	12	1.50 (N.S)	0.52	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₂	ဗာ	12	3.58	0.51	12	3.08	0.79	12	2.50	0.80	11	1.54	0.82
	MMECT+ဗာ	12	3.58 (N.S)	0.51	12	2.33 (P<0.05)	0.78	12	1.42 (P<0.01)	0.51	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₃	ဗာ	12	1.25	0.62	12	1.17	0.58	12	1.17	0.58	11	1.09	0.30
	MMECT+ဗာ	12	1.42 (N.S)	0.99	12	1.42 (N.S)	0.79	12	1.08 (N.S)	0.29	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₄	ဗာ	12	2.58	1.24	12	2.25	1.14	12	1.83	0.83	11	1.36	0.67
	MMECT+ဗာ	12	2.17 (N.S)	1.33	12	1.58 (N.S)	0.90	12	1.25 (P<0.05)	0.45	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₅	ဗာ	12	3.42	0.99	12	3.00	1.04	12	2.25	0.75	11	1.45	0.69
	MMECT+ဗာ	12	3.25 (N.S)	0.96	12	2.25 (N.S)	0.87	12	1.33 (P<0.01)	0.49	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₆	ဗာ	12	3.50	0.90	12	3.17	1.03	12	2.25	0.75	11	1.27	0.65
	MMECT+ဗာ	12	3.08 (N.S)	1.17	12	1.83 (P<0.01)	0.94	12	1.17 (P<0.01)	0.39	6	1.00 (N.S)	0.00

BPRS ₁₇	ยง	12	1.75	0.87	12	1.33	0.49	12	1.00	0.00	11	1.00	0.00
	MMECT+ยง	12	2.17 (N.S)	1.19	12	1.75 (N.S)	0.87	12	1.09 (N.S)	0.30	6	1.00 (N.S)	0.00
BPRS ₁₈	ยง	12	3.17	0.72	12	2.75	0.62	12	2.08	0.51	11	1.45	0.69
	MMECT+ยง	12	3.08 (N.S)	0.99	12	2.08 (P<0.05)	0.90	12	1.58 (P<0.05)	0.51	6	1.00 (N.S)	0.00

หมายเหตุ

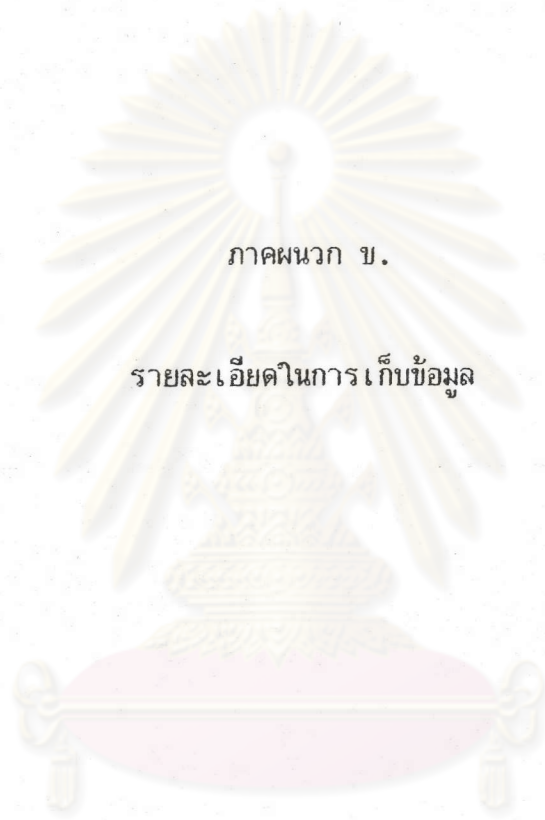
BPRS₁ = Mannerism and PosturingBPRS₂ = Motor retardationBPRS₃ = ExcitementBPRS₄ = UncooperativenessBPRS₅ = AnxietyBPRS₆ = TensionBPRS₇ = Depressive moodBPRS₈ = HostilityBPRS₉ = Blunted affectBPRS₁₀ = Somatic concernBPRS₁₁ = Conceptual disorganizationBPRS₁₂ = Unusual thought contentBPRS₁₃ = Guilt feelingsBPRS₁₄ = GrandiosityBPRS₁₅ = SuspiciousnessBPRS₁₆ = Hallucinatory behaviorBPRS₁₇ = DisorientationBPRS₁₈ = Emotional withdranol

N.S = Non Significant

 \bar{x} = ค่าเฉลี่ย

S.D = Standard Deviation

P = Significant



ภาคผนวก ข.

รายละเอียดในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (แบบประเมินก่อนเข้าศึกษา)

ชื่อ..... นามสกุล.....

เพศ..... อายุ..... สถานภาพสมรส.....

การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....

วันที่รับไว้โรงพยาบาล..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล.....

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล.....

การวินิจฉัยโรคทางจิต.....

การวินิจฉัยโรคทางกาย [] มี (ระบุ)..... [] ไม่มี

ผลการตรวจโรคทางกาย [] ผิดปกติ (ระบุ)..... [] ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ (ปกติ).....
(ผิดปกติ) ระบุ.....

การรักษาที่ได้รับ ยา

ECT

อื่น ๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. แบบประเมินอาการ Brief Psychiatric Rating Scales

ครั้งที่	1	2	3	4	5
วันที่					
1. Mannerism and Posturing					
2. Motor retardation					
3. Excitement					
4. Uncooperativeness					
5. Anxiety					
6. Tension					
7. Depressive mood					
8. Hostility					
9. Blunted affect					
10. Somatic concern					
11. Conceptual disorganization					
12. Unusual thought content					
13. Guilt feelings					
14. Grandiosity					
15. Suspiciousness					
16. Hallucinatory behavior					
17. Disorientation					
18. Emotional withdrawal					
รวมคะแนน (คะแนน)					



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- การให้คะแนน
- 1 คะแนน = Non
 - 2 คะแนน = Mild
 - 3 คะแนน = Moderate
 - 4 คะแนน = Severe

หมายเหตุ : คะแนนรวมโดยเฉลี่ยที่ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อยู่ในช่วง 18-20 คะแนน

Appendix A. Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Developed by David Lukoff,
Keith H. Nuechterlein, and
Joseph Ventura

The following guidelines are designed for use with an outpatient psychiatric population. This manual contains an interview schedule, symptom definitions, and specific anchor points for rating symptoms. The ratings for items 1-10 and 19-22 are based on the patient's answers to the interviewer's questions. The time frame for these items is the past 2 weeks. Items 11-18, 23, and 24 are based on the patient's behavior during the interview and the time frame covered is the interview period only. When psychotic symptoms (e.g., hallucinations and unusual thought content) have had a period of exacerbation lasting at least 1 day, the rating should reflect mainly the peak

period. When the anchor point definitions contain an "or," the patient is assigned the *highest* rating that applies, e.g., if a patient has hallucinations persistently throughout the day (a rating of 7) but the hallucinations only interfere with functioning to a limited extent (a rating of 5), a rating of 7 is given. An additional guideline which is often helpful involves the distinction between pathological and nonpathological intensities of symptoms. Ratings of 2-3 indicate a nonpathological intensity of a symptom whereas ratings of 4-7 indicate a pathological intensity of that symptom.

Rate items 1-10 on the basis of patient's self-report

1. Somatic concern: Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have realistic bases or not

2-3	Mild	Occasional complaint or expression of concern
4-5	Moderate	Frequent expressions of concern or exaggerations of existing ills. Some preoccupation. Not delusional
6-7	Severe	Preoccupied with physical complaints or somatic delusions

Have you been concerned about your physical health?
Have you had any physical illness or seen a medical doctor?

2. Anxiety: Reported apprehension, tension, fear, panic or worry. Rate *only* patient's statements—not observed anxiety which is rated under tension.

2	Very mild	Reports feeling worried more than usual or some discomfort due to worry
3	Mild	Worried frequently but can turn attention to other things
4	Moderate	Worried most of the time and cannot turn attention to other things easily but no impairment in functioning or occasional anxiety with automatic accompaniment but no impairment in functioning
5	Moderately severe	Frequent periods of anxiety with autonomic accompaniment or some areas of functioning are disrupted by anxiety or constant worry
6	Severe	Anxiety with autonomic accompaniment most of the time or many areas of functioning are disrupted by anxiety or constant worry
7	Extremely severe	Constantly anxious with autonomic accompaniment or most areas of functioning are disrupted by anxiety or constant worry

Have you felt worried or anxious?
Do unpleasant thoughts constantly go round and round in your mind?

Did your heart beat fast (or sweating, trembling, choking)?
Has it interfered with your ability to perform your usual activities/work?

3. Depression: Include *mood*—sadness, unhappiness, anhedonia; and *cognitions*—preoccupation with depressing topics (can't switch attention to TV, conversations), hopelessness, loss of self-esteem (dissatisfied or disgusted with self). Do not include vegetative symptoms, e.g., motor retardation, early waking

2	Very mild	Reports feeling sad/unhappy/depressed more than usual
3	Mild	Same as 2, but can't snap out of it easily
4	Moderate	Frequent periods of feeling very sad, unhappy, moderately depressed, but able to function with extra effort
5	Moderately severe	Frequent periods of deep depression or some areas of functioning are disrupted by depression
6	Severe	Deeply depressed most of the time or many areas of functioning are disrupted by depression
7	Extremely severe	Constantly deeply depressed or most areas of functioning are disrupted by delusional thinking

Have you felt unhappy or depressed?

How much of the time?

Are you able to switch your attention to more pleasant topics when you want to?

Have your interests in work, hobbies, social or recreational activities changed?

Has it interfered with your ability to perform your usual activities/work?

4. Guilt: Overconcern or remorse for past behavior. Rate *only* patient's statements—do not infer guilt feelings from depression, anxiety, or neurotic defenses

2-3	Mild	Worries about having failed someone or at something. Wishes to have done things differently
4-5	Moderate	Preoccupied about having done wrong or injured others by doing or failing to do something
6-7	Severe	Delusional guilt or obviously unreasonable self-reproach

Have you been thinking about past problems?

Do you tend to blame yourself for things that have happened?

Have you done anything you're still ashamed of?

5. Hostility: Animosity, contempt, belligerence, threats, arguments, tantrums, property destruction, fights, and any other expression of hostile attitudes or actions. Do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, or somatic complaints. Do not include isolated appropriate anger

2	Very mild	Irritable, grumpy
3	Mild	Argumentative, sarcastic, or feels angry
4	Moderate	Overtly angry on several occasions or yelled at others
5	Moderately severe	Has threatened, slammed about or thrown things
6	Severe	Has assaulted others but with no harm likely, e.g., slapped, pushed, or destroyed property (knocked over furniture, broken windows)
7	Extremely severe	Has attacked others with definite possibility of harming them or with actual harm, e.g., assault with hammer or weapon

How have you been getting along with people (family, board-and-care residents, co-workers)?

Have you been irritable or grumpy lately?

Have you been involved in any arguments or fights?

6. Suspiciousness: Expressed or apparent belief that other persons have acted maliciously or with discriminatory intent. Include persecution by supernatural or other nonhuman agencies (e.g., the devil)

2-3	Mild	Seems on guard. Unresponsive to "personal" questions. Describes incidents where other persons have harmed or wanted to harm him/her that sound plausible. Patient feels as if others are laughing at or criticizing him/her in public
4-5	Moderate	Says other persons are talking about him/her maliciously or says others intend to harm him/her. Beyond likelihood of plausibility but not delusional
6-7	Severe	Delusional. Speaks of Mafia plots, the FBI, or others poisoning food

Do you ever feel uncomfortable as if people are watching you?

Is anyone trying to harm or interfere with you in any way?

Are you concerned about anybody's intentions toward you?

Have you felt that any people are out to get you?

7. **Unusual thought content:** Unusual, odd, strange, or bizarre thought content. Rate the degree of unusualness, not the degree of disorganization of speech. Delusions are patently absurd, clearly false, or bizarre ideas verbally expressed. Include thought insertion, withdrawal, and broadcasting. Include grandiose, somatic, and persecutory delusions even if rated elsewhere

2	Very mild	Ideas of reference (people stare/laugh at him/her). Ideas of persecution (people mistreat him/her). Unusual beliefs in psychic powers, spirits, UFO's. Not strongly held. Some doubt
3	Mild	Same as 2 with full conviction but not delusional
4	Moderate	Delusion present but not strongly held—functioning not disrupted; or encapsulated delusion with full conviction—functioning not disrupted
5	Moderately severe	Full delusion(s) present with some preoccupational or some areas of functioning disrupted by delusional thinking
6	Severe	Full delusion(s) present with much preoccupation or many areas of functioning disrupted by delusional thinking
7	Extremely severe	Full delusion(s) present with almost total preoccupation or most areas of functioning disrupted by delusional thinking

Have things or events had special meanings for you?

Did you see any references to yourself on TV or in the newspapers?

Do you have a special relationship with God?

How do you explain the things that have been happening (specify)?

Have you felt that you were under the control of another person or force?

8. **Grandiosity:** Exaggerated self-opinion, self-enhancing conviction of special abilities, powers, or identity as someone rich or famous. Rate only patient's statements about self, not demeanor

2	Very mild	Feels great and denies obvious problems
3	Mild	Exaggerated self-opinion beyond abilities and training
4	Moderate	Inappropriate boastfulness, claims to be "brilliant," understands how everything works
5	Moderately severe	Claims to be great musician who will soon make recordings or will soon make patentable inventions—but not delusional
6	Severe	Delusional—claims to have special powers like ESP, to have millions of dollars, made movies, invented new machines, worked at jobs when it is known that he was never employed in these capacities
7	Extremely severe	Delusional—claims to have been appointed by God to run the world, controls the future of the world, is Jesus Christ, or President of the U.S.

Is there a special purpose or mission to your life?

Do you have any special powers or abilities?

Have you thought that you might be somebody rich or famous?

9. **Hallucinations:** Reports of perceptual experiences in the absence of external stimuli. When rating degree to which functioning is disrupted by hallucinations, do not include preoccupation with the content of the hallucinations. Consider only disruption due to the hallucinatory experience. Include thoughts aloud-*gedankenlautwerden*

2	Very mild	While resting or going to sleep, sees visions, hears voices, sounds, or whispers in absence of external stimulation, but no impairment in functioning
3	Mild	While in a clear state of consciousness, hears nonverbal auditory hallucinations (e.g., sounds or whispers) or sees illusions (e.g., faces in shadows) on no more than two occasions and with no impairment in functioning
4	Moderate	Occasional verbal, visual, olfactory, tactile, or gustatory hallucinations (1-3 times) but no impairment in functioning or frequent nonverbal hallucinations/visual illusions
5	Moderately severe	Daily or some areas of functioning are disrupted by hallucinations
6	Severe	Several times a day or many areas of functioning are disrupted by hallucinations
7	Extremely severe	Persistent throughout the day or most areas of functioning are disrupted by hallucinations

Have you heard any sounds or people talking to you or about you when there has been nobody around?

Have you seen any visions or smelled any smells others don't seem to notice?

Have these experiences interfered with your ability to perform your usual activities/work?

10. **Disorientation:** Does not comprehend situations or communications. Confusion regarding person, place, or time
- | | | |
|-----|----------|--|
| 2-3 | Mild | Occasionally seems muddled, bewildered, or mildly confused |
| 4-5 | Moderate | Seems confused regarding person, place, or time. Has difficulty remembering facts—e.g., where born—or recognizing people. Mildly disoriented as to time or place |
| 6-7 | Severe | Grossly disoriented as to person, place, or time |

May I ask you one or two standard questions we ask everybody?

How old are you?

What is the date?

What is this place called?

Rate items 11-18 on the basis of observed behavior and speech

11. **Conceptual disorganization:** Degree to which speech is confused, disconnected, or disorganized. Rate tangentiality, circumstantiality, sudden topic shifts, incoherence, derailment, blocking, neologisms, and other speech disorders. Do not rate *content* of speech. Consider the first 15 minutes of the interview
- | | | |
|---|-------------------|--|
| 2 | Very mild | Peculiar use of words, rambling but speech is comprehensible |
| 3 | Mild | Speech a bit hard to understand or make sense of due to tangentiality, circumstantiality, or sudden topic shifts |
| 4 | Moderate | Speech difficult to understand due to tangentiality, circumstantiality, or topic shifts on many occasions or 1-2 instances of severe impairment, e.g., incoherence, derailment, neologisms, blocking |
| 5 | Moderately severe | Speech difficult to understand due to circumstantiality, tangentiality, or topic shifts most of the time or 3-5 instances of severe impairment |
| 6 | Severe | Speech is incomprehensible due to severe impairments most of the time |
| 7 | Extremely severe | Speech is incomprehensible throughout interview |
12. **Excitement:** Heightened emotional tone, increased reactivity, impulsivity
- | | | |
|-----|----------|--|
| 2-3 | Mild | Increased emotionality. Seems keyed up, alert |
| 4-5 | Moderate | Reacts to most stimuli whether relevant or not with considerable intensity. Short attention span. Pressured speech |
| 6-7 | Severe | Marked overreaction to all stimuli with inappropriate intensity, restlessness, impulsiveness. Cannot settle down or stay on task |
13. **Motor retardation:** Reduction in energy level evidenced in slowed movements and speech, reduced body tone, decreased number of spontaneous body movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only. Do not rate on the basis of patient's subjective impression of his/her own energy level. Rate regardless of medication effects
- | | | |
|-----|-------------------|--|
| 2-3 | Mild | Noticeably slowed or reduced movements or speech compared to most people |
| 4 | Moderate | Large reduction or slowness in movements or speech |
| 5 | Moderately severe | Seldom moves or speaks spontaneously or very mechanical stiff movements |
| 6 | Severe | Does not move or speak unless prodded or urged |
| 7 | Extremely severe | Frozen, catatonic |
14. **Blunted affect:** Restricted range in emotional expressiveness of face, voice, and gestures. Marked indifference or flatness even when discussing distressing topics
- | | | |
|-----|-------------------|---|
| 2-3 | Mild | Some loss of normal emotional responsiveness |
| 4 | Moderate | Emotional expression very diminished, e.g., doesn't laugh, smile, or react with emotion to distressing topics except on 2 or 3 occasions during interview |
| 5 | Moderately severe | Emotional expression extremely diminished, e.g., doesn't laugh, smile, or react with emotions to distressing topics except for a maximum of 1 time during interview |
| 6 | Severe | Mechanical in speech, gestures, and expression |
| 7 | Extremely severe | Frozen expression and flat speech. Shows no feeling |

15. **Tension:** Observable physical and motor manifestations of tension, nervousness, and agitation. Self-reported experiences of tension should be rated under the item on anxiety
- | | | |
|-----|----------|---|
| 2-3 | Mild | Seems tense. Tense posture, nervous mannerisms some of the time |
| 4-5 | Moderate | Seems anxious. Fearful expression, trembling, restless |
| 6-7 | Severe | Continually agitated, pacing, hand wringing |
16. **Mannerisms and posturing:** Unusual and bizarre behavior, stylized movements, or acts, or any postures which are clearly uncomfortable or inappropriate. Exclude obvious manifestations of medication side effects
- | | | |
|-----|----------|---|
| 2-3 | Mild | Eccentric or odd mannerisms or activity that ordinary persons would have difficulty explaining, e.g., grimacing, picking |
| 4-5 | Moderate | Mannerisms or posturing maintained for 5 seconds or more that would make the patient stand out in a crowd as weird or crazy |
| 6-7 | Severe | Posturing, smearing, intense rocking, fetal positioning, strange rituals that dominate patient's attention and behavior |
17. **Uncooperativeness:** Resistance, unfriendliness, resentment, or lack of willingness to cooperate with the interview. Rate only uncooperative behavior observed during interview, not uncooperativeness with relatives
- | | | |
|-----|----------|--|
| 2-3 | Mild | Gripes or tries to avoid complying but goes ahead without argument |
| 4-5 | Moderate | Verbally resists, or negativistic but eventually complies. Some information withheld |
| 6-7 | Severe | Refuses to cooperate. Physically resistant |
18. **Emotional withdrawal:** Deficiency in patient's ability to relate emotionally during interview situation. Use your own feeling as to the presence of an "invisible barrier" between patient and interviewer
- | | | |
|-----|----------|--|
| 2-3 | Mild | Tends not to show emotional involvement with interviewer but responds when approached |
| 4-5 | Moderate | Emotional contact not present most of the interview. Responds only with minimal affect |
| 6-7 | Severe | Actively avoids emotional participation. Unresponsive or yes/no answers. May leave when spoken to or just not respond at all |
19. **Suicidality:** Expressed desire, intent, or actual actions to harm or kill self
- | | | |
|---|-------------------|---|
| 2 | Very mild | Occasional feelings of being tired of living. No overt suicidal thoughts |
| 3 | Mild | Occasional suicidal thoughts without intent or specific plan. Or feels he would be better off dead |
| 4 | Moderate | Suicidal thoughts frequent, without intent or plan |
| 5 | Moderately severe | Many fantasies of suicide by various methods. May seriously consider making specific attempt with specific time or worked out plan. Or impulsive suicide attempt using nonlethal method or in full view of potential saviors. |
| 6 | Severe | Wants to kill self. Searches for appropriate means and time. Or potentially medically serious suicide attempt with patient knowledge of possible rescue |
| 7 | Extremely severe | Specific suicidal plan and intent (e.g., "as soon as _____, I will do it by doing X"). Or suicide attempt characterized by plan patient thought was lethal or attempt in secluded environment |

Have you felt that life wasn't worth living?

Have you thought about harming or killing yourself?

Do you have a specific plan?

20. Self-neglect: Hygiene, appearance, or eating behavior below usual expectations, below socially acceptable standards, or life threatening.

2	Very mild	Hygiene/appearance somewhat below usual standards, e.g., shirt out of pants, buttons unbuttoned
3	Mild	Hygiene/appearance much below usual standards, e.g., clothing disheveled and stained, hair uncombed
4	Moderate	Hygiene/appearance below socially acceptable standards, e.g., large holes in clothing, bad breath, hair uncombed, oily, eating irregular and poor
5	Moderately severe	Hygiene highly erratic and poor, e.g., extreme body odor, eating very irregular and poor, e.g., eating only potato chips
6	Severe	Hygiene and eating potentially life threatening, e.g., eats and/or bathes only when prompted
7	Extremely severe	Hygiene and eating life threatening, e.g., does not eat or engage in hygiene

How often do you take showers; change your clothes?

Has anyone (parents/staff) complained about your grooming or dress?

Do you eat regular meals?

21. Bizarre behavior: Reports of behaviors that are odd, unusual, or psychotically criminal. Not limited to interview period. Exclude mannerisms and posturing, verbalizations with bizarre content

2	Very mild	Slightly odd behavior, e.g., hoarding food in private, wears gloves indoors
3	Mild	Peculiar behavior, e.g., talking loudly in public, fails to make appropriate eye contact when talking with others
4	Moderate	Moderately unusual, e.g., bizarre dress or makeup, "preaching" to strangers, fixated staring into space while in public, collecting garbage
5	Moderately severe	Highly unusual, e.g., wandering streets aimlessly, eating nonfoods, fixated staring in a socially disruptive way
6	Severe	Unusual petty crimes, e.g., directing traffic, public nudity, contacting authorities about imaginary crimes
7	Extremely severe	Unusual serious crimes, e.g., setting fires, asocial theft, kidnapping committed in a bizarre fashion or for bizarre reasons

Have you done anything that has attracted the attention of others?

Have you done anything that could have gotten you into trouble with the police?

Have you done anything that seemed unusual or disturbing to others?

22. Elevated mood: A pervasive, sustained, and exaggerated feeling of well-being, cheerfulness, euphoria (implying a pathological mood), optimism that is out of proportion to the circumstances. Do *not* infer elation from increased activity or from grandiose statements alone

2	Very mild	Seems to be unusually happy, cheerful without much reason
3	Mild	Some unaccountable feelings of well-being
4	Moderate	Reports excessive or unrealistic feelings of well-being, cheerfulness, confidence, or optimism <i>inappropriate to circumstances</i> , some of the time. May frequently joke, smile, be giddy, or overly enthusiastic or few instances of marked elevated mood with euphoria

5 Moderately severe Reports excessive or unrealistic feelings of well-being, confidence or optimism *inappropriate to circumstances* much of the time. May describe feeling "on top of the world," "like everything is falling in place," or "better than ever before," or several instances of marked elevated mood with euphoria

6 Severe Mood definitely elevated almost constantly throughout interview and inappropriate to content, or many instances of marked elevated mood with euphoria

7 Extremely severe Seems almost intoxicated, laughing, joking, giggling, constantly euphoric, feeling invulnerable, all inappropriate to immediate circumstances

Have you been feeling cheerful and on top of the world without any reason?

How long does that last?

Have you felt so good or high that other people make comments to you about it?

23. **Motor hyperactivity:** Increase in energy level evidenced in more frequent movement and/or rapid speech. (Note: In making this rating, consider the 15-minute period of most severe symptomatology)

2	Very mild	Some restlessness, difficulty sitting still, lively facial expressions, or somewhat talkative
3	Mild	Occasionally very restless, definite increase in motor activity, lively gestures, 1-3 brief instances of pressured speech
4	Moderate	Very restless, fidgety, excessive facial expressions, or nonproductive and repetitious motor movements. Much pressured speech, up to one-third of interview
5	Moderately severe	Frequently restless, fidgety. Many instances of excessive nonproductive and repetitious motor movements. On the move most of the time. Frequent pressured speech, difficult to interrupt. Rises on 1-2 occasions to pace
6	Severe	Excessive motor activity, restlessness, fidgety, loud tapping, noisy, etc., throughout most of the interview. Constant pressured speech with only few pauses. Speech can only be interrupted with much effort. Rises on 3-4 occasions to pace
	Extremely severe	Constant excessive motor activity throughout entire interview, e.g., constant pacing, constant pressured speech with no pauses, interviewee can only be interrupted briefly and only small amounts of relevant information can be obtained

24. **Distractibility:** Degree to which observed sequences of speech and actions are interrupted by minimal external stimuli. Include distractibility due to intrusions of visual or auditory hallucinations. Interviewee's attention may be drawn to noise in adjoining room, books on a shelf, interviewer's clothing, etc. Do not include preoccupation due to delusions or other thoughts.

2	Very mild	Generally can focus on interviewer's questions with only 1 distraction or inappropriate shift of attention of brief duration due to minimal external stimuli
3	Mild	Same as above but occurs 2 times
4	Moderate	Responsive to irrelevant stimuli in the room or in the environment much of the time
5	Moderately severe	Same as above, but now interferes with comprehensibility of speech
6	Severe	Extremely difficult to conduct interview or pursue a subject due to preoccupation with unimportant and irrelevant stimuli or almost totally incomprehensible because attention shifts rapidly between various irrelevant external stimuli and interviewer's questions
7	Extremely severe	Impossible to conduct interview due to preoccupation with unimportant and irrelevant external stimuli

ศูนย์รทอทพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต
 อย่างเดียว

คนที่	เพศ		อายุ(ปี)	จำนวนปีที่ป่วย	จำนวนครั้งที่ อยู่โรงพยาบาล	อาชีพ
	ชาย	หญิง				
1		/	32	4	2	รับจ้าง
2	/		38	10	4	ไม่มี
3		/	54	10	4	รับราชการ
4	/		21	3	3	ไม่มี
5		/	25	7	2	รับราชการ
6	/		29	5	6	ไม่มี
7	/		20	5	4	ไม่มี
8	/		18	5	3	ไม่มี
9		/	23	4	1	ไม่มี
10		/	37	5	1	รับราชการ
11		/	34	18	2	ไม่มี
12		/	37	11	1	ไม่มี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาด้านโรคจิต (MMECT)

คนที่	เพศ		อายุ(ปี)	จำนวนปีที่ป่วย	จำนวนครั้งที่ อยู่โรงพยาบาล	อาชีพ
	ชาย	หญิง				
1	/		34	10	5	ไม่มี
2		/	24	3	1	ไม่มี
3		/	53	7	2	ไม่มี
4	/		25	2	1	ไม่มี
5	/		33	8	4	รับราชการ
6	/		43	15	4	ไม่มี
7	/		22	2	2	ไม่มี
8	/		42	18	4	ไม่มี
9	/		30	4	4	ไม่มี
10	/		28	7	1	ค้าขาย
11		/	44	10	2	ไม่มี
12	/		34	10	8	ไม่มี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบจำนวน Haloperidol ที่ได้รับในแต่ละคนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาด้านโรคจิต และการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเพียงอย่างเดียว

คนที่	ยา Haloperidol (mg/day)	
	ยา	ยา + MMECT
1	20	15
2	20	20
3	15	10
4	30	20
5	20	20
6	30	15
7	30	20
8	30	20
9	20	20
10	30	20
11	20	15
12	30	20

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้ทำการวิจัย

นางสาวเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข เกิดวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.2504 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีการศึกษา 2527 และเข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2534



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย