

REFERENCES

- Andrew H. Kaye. (2005). *Essential neurosurgery*. – 3rd ed., 2005, 64-92. Massachusetts, USA: Blackwell Publishing
- Andrew H. Kaye. (2012). *Brain Tumors : an encyclopedic approach*. – 3rd ed., 2012, 36-58. China, Edinburgh : Saunders/Elsevier
- Bloom B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- David A. Tomb. (2008). *Psychiatry*. – seventh edition., 138-141. USA: Lippincott Williams & Wilkin – a Wolters kluwer business
- David P. Salmon. (2008). Neuropsychiatric measure for Cognitive disorder. *Handbook of Psychiatric Measure – second edition, 2008*, 397-435. Washington, D.C.: American Psychiatric
- Diane B. Howieson, Muriel D. Lezak(2012). *Clinical manual of neuropsychiatry/ edited by Stuart C. Yudofsky, Robert E. Hales*. – 1st ed., 2012, 2-5. London, England: American Psychiatric
- Fox SW, Mitchell SA, Booth-Jones M(2012). *Cognitive impairment in patients with brain tumors: assessment and intervention in the clinic setting*. *Clin J Oncol Nurs*, 2006, 169-76. Charlottesville, USA: MetaPress searched on 22 December 2012 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16708701>
- Jessica Kraker. Jaishri Blakeley(2009). Neurologic Manifestations of Brain Metastases : Recognition, Evolution, and Management. *Brain Metastasis : a multidisciplinary approach/ edited by Lawrence R. Kleinberg*, 2009, 1-26. New York, NY: Demos Medical publishing
- Martin JB Taphoorn and Martin Klein. (2004). Cognitive deficits in adult patients with brain tumors. *Brain tumours and cognitive deficits*. 159-168. The LANCET Neurology Vol. 3 searched on 22 December 2012 from <http://neurology.thelancet.com>
- Muriel Deutsch lezak (2012). *Neuropsychological assessment fifth edition, 2012*, 21-22, 333-345. New York, America: Oxford University Press

Neuropsychiatric Inventory (NPI) *Setting the Standard for Alzheimer Research*
searched on 17 December 2012 from <http://npitest.net/>

Stuart C. Yudofsky, H. Florence Kim. (2004). *Neuropsychiatric assessment / edited by Stuart C. Yudofsky, H. Florence Kim, 2004, xiv-xvii, 47-59. Washington, D.C. : American Psychiatric*

Tangwongchai S, Chareernboon T, Phanasathit M, Akkayagorn L, Hemrungron S, Phanthumchinda K, Nasreddine ZS (2009). *The Validity of Thai version of The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T)* searched on 16 April 2014 from <http://thammanard.blogspot.com/2011/10/validity-of-thai-version-of-montreal.html>

Trevor R.P. Price, Kenneth L. Goetz, Mark R. Lovell (2012). *Brain Tumors. Clinical Manual of Neuropsychiatry / edited by Stuart C. Yudofsky, Robert E. Hales. – 1st ed., 2012, 235-264. London, England: American Psychiatric*

Tucha O. (2000). Cognitive deficits before treatment among patients with brain tumors. *Neurosurgery*, 2000, 224-34, Germany: Department of Neuropsychology and Rehabilitation science, University of Regensburg

จเร ผลประเสริฐ. (2528). *ประสาทศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์

เจษฎา นิมนานนิตย์. (2537). *เนื้องอกสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์
สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย* (พิมพ์ครั้งที่ 1), หน้า 67. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์

สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำราประสาทจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก พ.ศ. 2550-2555*
ค ค ม า เ มื อ 17 ชั น ว า ค ม 2555 จ า ก
http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.1_54.pdf

- โสพพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์. (2553). *Cognitive impairment in Medicine. Basic and Clinical Neuroscience* 2, 2553, 53-65. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- โสพลีณี เหมรุ่งโรจน์. (2007). เอกสารของแบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย
- โสพลีณี เหมรุ่งโรจน์. (2552). *Screening test for diagnosis Mild Cognitive Impairment (MCI). Basic and Clinical Neuroscience*, 2552, 354-356. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

APPENDICES

APPENDIX A

2 PRANNOK RD. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 3667-72
Fax: +66 2411 8182

Siriraj Institutional Review Board Certificate of Approval

COA no. SI 437/2013

Protocol Title : THE STUDY OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN BRAIN
TUMOR PATIENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL

Protocol number : 278/2556(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Porndara Teekun / Department of Psychiatry
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet for patients
4. Participant Information Sheet for Relatives
5. Informed Consent Form for patients
6. Informed Consent Form for Relatives
7. Case Record Form
8. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai Version March 15, 2007 translated by Solasinee Herrungrojn, MD.
9. Neuropsychiatric Inventory (NPI-12) English Version
10. Principle Investigator's curriculum vitae

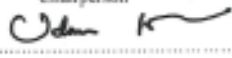
Approval date : August 1, 2013

Expired date : July 31, 2014

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)

Chairperson


(Clin. Prof. Udom Kochimorn, M.D.)

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

- 8 AUG 2013

date

- 9 AUG 2013

date

Page 1 of 2

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร 10700



โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 437/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาปัญหาความบกพร่องทางการรู้คิดและการจัดการประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
โรงพยาบาลศิริราช

รหัสโครงการ : 278/2556(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางกานทรดา ศรีกุล / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สักวันผู้ป่วย
4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สักวันญาติ
5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สักวันผู้ป่วย
6. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สักวัน ญาติ
7. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
8. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย วันที่ 15 มีนาคม 2556 แก้ไขโดย Solasinee Hemnangrojn, MD
9. Neuropsychiatric Inventory (NPI-12) ฉบับภาษาอังกฤษ
10. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 1 สิงหาคม 2556

วันหมดอายุ : 31 กรกฎาคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

- 8 ส.ค. 2556

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิก นายนพดลคุณ ศรีจันทร์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- 9 ส.ค. 2556

วันที่

APPENDIX B

2 WANGLANG RD. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 8162

Approval of Amendment Siriraj Institutional Review Board

This document is a record of review and approval/ acceptance of a study protocol.

Protocol Title : THE STUDY OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN BRAIN TUMOR PATIENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL

Principal Investigator : Miss Porndara Teekun

SIRB Protocol No. : 278/2556(EC5)

Type of document : Protocol Amendment

- 1) SIRB Submission Form Amendment 1, date 21 Feb 2014
- Decreased enrollment of subject from 71 to 43 persons.

Date of Meeting : April 17, 2014

Date of Approval : April 17, 2014

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


(Prof. Jarupim Soongwang, M.D.)
Chairperson

24 APR 2014
date

APPENDIX C



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

วันที่ 04459

วันที่ 15 ส.ค. 2556

เวลา.....

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารวิฑูรย์วัฒโนดม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๑-๐๗๘๔

ที่ ศบ ๐๕๓๓.๐๒ (ศร) ๑๔๒๑
วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สภามหาวิทยาลัยศิริราช

วันที่ 15 ส.ค. 2556

เวลา.....

ด้วย นางสาวพรศรา ตีกุล นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "THE STUDY OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN BRAIN TUMOR PATIENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.นพ.สุวิทย์ เจริญศักดิ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์ จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองซึ่งเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ณ OPD ศัลยกรรม, หอผู้ป่วย ๗๒ ปี ชั้น ๔ (ฝั่งตะวันตก), ชั้น ๗ (ฝั่งตะวันออก) ประสาทศัลยศาสตร์ และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีทำการ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบเป็นรายบุคคล ตั้งแต่วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุญาตให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบ การทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
-เพื่อไม่ทรมานทาง

ผศ.นพ.สุวิทย์ เจริญศักดิ์
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
15 ส.ค. 2556

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.นพ.สุวิทย์ เจริญศักดิ์
โทรศัพท์ ๐๘๒-๕๒๒-๐๗๘๔

เรียนผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย

APPENDIX D

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (Participant Information Sheet)	เอกสารหมายเลข 3ก
ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ข้อมูลอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย	
ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในโรงพยาบาลศิริราช	
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวพรศรภา ตีกุล	
สถานที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์ 089-1152779	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย -	
ระยะเวลาในการวิจัย 10 เดือน	
ที่มาของโครงการวิจัย โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองในโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากโรคเนื้องอกสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมไปถึงอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตประสาทได้ งานวิจัยส่วนใหญ่มักทำในต่างประเทศซึ่งอาจมีความแตกต่างจากข้อมูลในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงทำการสำรวจปัญหาด้านการรู้คิดและอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองคนไทย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและอาการของโรคที่มีผลต่อปัญหาด้านการรู้คิดและอาการทางจิตประสาทเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยในงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกรู้ตัวของ Glasgow Coma Scale แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย และแบบทดสอบ Neuropsychiatric Inventory	
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อทราบปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในโรงพยาบาลศิริราช เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการของโรคที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง	



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยแพทย์ประจำคณะวิจัยในคน
ชื่อโครงการ: 278/2556(EC3)
COA No. 437/2013
วันที่รับรอง: 1 ต.ค. 2556

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก เป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาวิจัย คือ ท่านเป็นน้องชกสมของที่มีอายุ 18-80 ปี ซึ่งมีความสามารถในการทำทดสอบและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 71 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากท่านหรือผู้ดูแลของท่านโดยแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และข้อมูลการพักพิงสิทธิ์ให้ทราบ เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงเริ่มสอบถามข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตามแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปจนครบถ้วนซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยข้อมูลในส่วนนี้ของโรคเนื่องจากกลุ่มของข้าจะต้องมีการสืบค้นจากทะเบียน จากนั้นจึงเริ่มทำแบบทดสอบทั้ง 4 ชุด รวมระยะเวลา ประมาณ 40 นาที รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดประมาณ 45 นาที ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้จะทำให้เสร็จในวันเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการเหนื่อยล้าระหว่างการประเมิน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะขอพักการประเมินได้ รวมทั้งการดำเนินการเก็บข้อมูลนี้จะขอความร่วมมือตามเวลาที่เหมาะสม โดยไม่รบกวนช่วงเวลาพักผ่อนของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากเป็นการทำวิจัยโดยให้ทำแบบทดสอบเป็นรายบุคคลซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยมาก นอกจากนี้การใช้เวลาในการทำทดสอบประมาณ 45 นาที อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกเหนื่อย เมื่อหลังจากการทำแบบประเมินได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ.....ได้รับการรักษาตามปกติ คือ การผ่าตัด.....

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามหรือข้อข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดการบาดเจ็บและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวพรคาวา ศีกุล หมายเลขโทรศัพท์ 089-1152779

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ คือเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่มีความสนใจศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาด้านการวัดและอาการจิตประสาทในผู้ป่วยโรคเนื่องจากกลุ่มของหรือโรคที่คล้ายคลึงกัน และนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเพื่อวางแผนทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื่องจากกลุ่มของเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้น



รับส่งให้ต้นฉบับการวิจัย
โครงการวิจัย/แผนงานวิจัย
ชื่อผู้ส่งเอกสาร.....
COI No. 273/2556 (EC3)
437/2013
วันที่รับส่ง..... 1 ต.ค. 2556

คำขอขบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ.....ไม่มี.....

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง.....ไม่มี.....

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบ โดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคุณสมบัติบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร ในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ละประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียน ไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๔๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2

โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยหน่วยงานที่ระบุไว้ในใบ
รณบัตรโครงการ
COA No. 437/2013
วันที่รับรอง.....

APPENDIX E

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3๒

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิต
ประสาทของผู้ป่วยเอดส์ของในโรงพยาบาลศิริราช

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น จะ
ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเองและโครงการนี้ไม่มีผลตอบแทน โดยได้ขานรับความ
มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อ
สงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวพรตวาท ด้กุล สถานที่ทำงานและหมายเลข
โทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริ
ราชพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์ 089-1152779

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๔๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72
โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการ
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือลดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุ
เหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็น
รายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น



รับรองไม่ดำเนินการวิจัย
โดยก๊วยจอร์จนกัฏฐิโนคน
รหัสโครงการ: ๔๕๗/๒๕๕๖ (EC3)
COA No. ๔๕๗/๒๕๕๖
วันที่รับรอง: ๒๒.๑๒.๕๕๖

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารที่แนบผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร
(.....) วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอมหัวหน้าโครงการวิจัย
(.....) วันที่.....

ในการนี้ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้
ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอขึ้นยืนยันว่าข้อมูล
ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/
อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้
ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/
(.....) วันที่.....



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยหน่วยงานวิจัยตามที่ได้รับอนุญาต
รหัสโครงการ 278/2556 (EC3)
COA No. 437/2013
วันที่รับรอง 13 มิ.ย. 2556

APPENDIX F

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (ญาติ)
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ข้อมูลอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองในโรงพยาบาลศิริราช

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวพรตวรา ดีกุล

สถานที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์ 089-1152779

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย -

ระยะเวลาในการวิจัย 10 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองในโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากโรคสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมไปถึงอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตประสาทได้ งานวิจัยส่วนใหญ่มักทำในต่างประเทศซึ่งอาจมีความแตกต่างจากข้อมูลในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงทำการสำรวจปัญหาด้านการรู้คิดและอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองของคนไทย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและอาการของโรคที่มีผลต่อปัญหาด้านการรู้คิดและอาการทางจิตประสาทเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยในงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกรบกวนของ Glasgow Coma Scale แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบทดสอบประเมินเหตุปัญญานิวมอนเทรล Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย และแบบทดสอบ Neuropsychiatric Inventory

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อทราบปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองในโรงพยาบาลศิริราช เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการของโรคที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมอง



รับรองให้ดำเนินการทำ
โดยหน่วยงานวิจัย
ชื่อโครงการ 278/2556(EC3)
COA No. 437/2013
วันที่ออก 2556

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นญาติของบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาวิจัย คือ ผู้เป็นน้องอภิมองที่มีอายุ 18-80 ปี ซึ่งมีความสามารถในการทำทดสอบและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 71 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำ การเก็บข้อมูลจากท่านหรือผู้ดูแลของท่านโดยลงวัดภูประสงศ์ ประโยชน์ของการวิจัย และข้อมูลการพิทักษ์ สิทธิให้ทราบ เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงเริ่มสอบถามข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตามแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปจนครบถ้วนซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยข้อมูลในส่วนประวัติของโรคเนื่องจากอภิมองอาจต้องมีการ สืบค้นจากเวชระเบียน จากนั้นจึงเริ่มทำแบบทดสอบทั้ง 4 ชุด รวมระยะเวลา ประมาณ 40 นาที รวม ระยะเวลาที่ใช้ในเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดประมาณ 45 นาที ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้จะทำให้เสร็จในวันเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการเหนื่อยล้าระหว่างการประเมิน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะขอ พักการประเมินได้ รวมทั้งการดำเนินการเก็บข้อมูลนี้จะขอความร่วมมือตามเวลาที่เหมาะสม โดยไม่รบกวน ช่วงเวลาพักผ่อนของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากเป็นการทำวิจัยโดยให้ทำแบบทดสอบเป็น รายบุคคลซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยมาก นอกจากนั้นการใช้เวลาในการทำทดสอบ ประมาณ 45 นาที อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกเหนื่อย เมื่อขาล้าจากการทำแบบประเมินได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค ของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ.....ได้รับการรักษาตามปกติ คือ การผ่าตัด.....

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามหรือข้อข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดอาการบาดเจ็บและผลข้างเคียง ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวพรทวาที ด้กุล หมายเลขโทรศัพท์ 089-1152779

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการวิจัยที่ได้จะ เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ คือเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่มีความสนใจศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาด้าน การรู้คิดและอาการจิตประสาทในผู้ป่วยโรคเนื่องจากอภิมองหรือโรคที่คล้ายคลึงกัน และนำความรู้ที่ได้จาก งานวิจัยเพื่อวางแผนทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื่องจากอภิมองเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้น



คำขอขานแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ.....ไม่มี.....

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง.....ไม่มี.....

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ละประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2

โทร. 0 2419 2687-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย(ผู้ดูแลผู้ป่วย)

(.....)

วันที่.....



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยหน่วยงานวิจัยรวมการใช้ใบเสนอ
รหัสโครงการ: 278/2556(EC3)
COA No. 5111-13
วันที่รับรอง: 1 ต.ค. 2556

APPENDIX G

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ญาติ)
(Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3๗

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาด้านการรู้คิดและอาการจิต
ประสาทของผู้ป่วยเนื่องจากสมองในโรงพยาบาลศิริราช

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น จะ
ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบตัวเองและโครงการนี้ไม่มีผลตอบแทน โดยได้อ่านข้อความที่
มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อ
สงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวพรศรดา ตักกุล สถานที่ทำงานและหมายเลข
โทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริ
ราชพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์ 089-1152779

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๔๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72
โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางคำปรึกษาและโทษจากการ
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุ
เหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็น
ราชบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น



รับรองให้สำเนาการวิจัย
โดยหน่วยงานวิจัยและนักวิจัย
วันที่โครงการ 27/9/2556 (EC3)
COA No. 43772013
วันที่รับรอง 1.20.55

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ดูแลผู้ป่วย/
(.....) วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....) วันที่.....



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยสถาบันวิจัยทางการแพทย์
รหัสโครงการ 278/2556 (EC3)
COA No. Si 437/2013
วันที่รับทราบ 13.10.2556

APPENDIX H

1

เลขที่

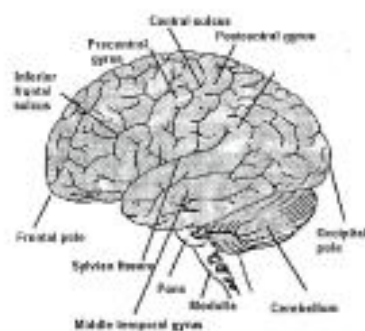
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษา ☐ ทบอปริญญา☐ ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

4. ตำแหน่งเนื่องจากในสมอง



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยทนายอรรถพร อรรถพรวิจิตร
รหัสโครงการ 278/2556 (EC 3)
COA No.Si. 437/2013
วันที่รับรอง - 1.2.2556



ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ.....

5. ขนาดเนื้องอก

6. ประเภทของเนื้องอก ☐ Primary brain tumor ☐ Secondary brain tumor☐ Single brain tumor ☐ Multiple brain tumor7. Complication Comorbidity ☐ Bleed ☐ NPH ☐ Compress☐ Brain edema ☐ Seizure8. การรักษาที่เคยได้รับก่อนหน้านี้ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ9. ประวัติการบริโภคแอลกอฮอล์ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ

10. ยากที่ใช้ภาษาส่วนตัว

☐ ไม่มี ☐ มี หมายเหตุ

การประเมินความสามารถในการรู้ตัว

Table 1: THE GLASGOW COMA SCALE AND SCORE

Feature	Scale Responses	Score Notation
Eye opening	Spontaneous	4
	To speech	3
	To pain	2
	None	1
Verbal response	Orientated	5
	Confused conversation	4
	Words (inappropriate)	3
	Sounds (incomprehensible)	2
	None	1
Best motor response	Obey commands	6
	Localise pain	5
	Flexion - Normal	4
	- Abnormal	3
	Extend	2
	None	1
TOTAL COMA 'SCORE'		3/15 - 15/15



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
 โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ
 รหัสโครงการ 278/2556 (EC3)
 COA No. 437/2013
 วันที่รับรอง - 1 ต.ค. 2556

แบบทดสอบ Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE – Thai 2002)

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกต้องละ 1 คะแนน)	บันทึกคำตอบให้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
1.1 วันนี้วันอะไร		☐
1.2 วันนี้วันอะไร		☐
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร		☐
1.4 ปีนี้ปีอะไร		☐
1.5 เวลาี่ๆอะไร		☐
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกต้องละ 1 คะแนน)		
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้มีชื่อว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		☐
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร		☐
2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร		☐
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		☐
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร		☐
2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้มีชื่อว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร		☐
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวกบ้านย่านอะไร		☐
2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร		☐
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		☐
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร		☐



รับรองให้ดำเนินการได้
 โดยนายจิรายุทธ วัฒนกิจ
 รหัสโครงการ 27872556 (EC 3)
 COA No. 43772013
 วันที่รับรอง 1 ต.ค. 2556

3. Registration (3 #2444)

ต่อไปนี้เป็นภาพทดสอบความจำ ดิฉันจำบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย...) ตั้งใจฟังไว้ดิฉัน
เพราะจะบอกเพื่อนครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ เณ (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา, ยาย...)

พูดทบทวนความที่ได้เรียน ให้ครบ ทั้ง 3 ชั้น แล้วทบทวนจำไว้ให้ดี เพื่อสติปัญญาจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อและค่าไว้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเข้ากันไป (ทดสอบ 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ พจนานุกรม ☐ แผนที่ ☐ รหัสไปรษณีย์

ในการนี้ที่ท่าแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ สั้นไว้ ☐ ทะเล ☐ ทราย ☐

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกรหัสใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการศึกษาอะไรในใจเพื่อทดสอบสมาชิก คุณ (สว. ยาย...) คิดอะไรในใจเป็นไหน ?

ถ้าตอบผิดเป็นข้อ 4.1 ถ้าตอบผิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ฉันนี่คิดในใจเธอ 100 ตั้งลบยกที่ละ 7

ไปเที่ยวหา ได้ผลเท่าไรบอกมา

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าตอบได้ 1,2,หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “สม (ดิฉัน) จะบอกคำว่า มนนาท ไหมคุณ (ตา, ยาย...)” จึงแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สบกดชอนหลังจากพยัญชนะตัว
 หลังไปได้หมด คำว่า มนนาทจะกล่าว มนมี-สระอะ-นอหน-สระอา-จนหมด ไหมคุณ(ตา,ยาย...)จะกดชอนหลัง ให้ฟัง

2 1 4 8 2

5. Recall (3 points)

เมื่อสักครู่นี้มีจำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ ๓๓๓ ☐ ๓๓๓ ☐ ๓๓๓



ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ส่วนไม่ ☐ ทะเล ☐ รอยน้ำ



6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ขึ้นต้นชื่อให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"



6.2 ขึ้นภาพให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"



7. Repetition (1 คะแนน) (ผู้ทดสอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟัง (ได้ยิน) เมื่อถาม (ได้ยิน) พูดซ้ำความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ขา, ขา) พูดตาม (ได้ยิน) จะบอกถึงครั้งเดียว

"ใครใคร่ขายไก่"



8. Verbal command (3 คะแนน)

ขึ้นทั้งคำสั่ง "ฟังดี" และเครื่องหมาย (ได้ยิน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ขา...)

รับด้วยมือขวา หันเครื่องกระดาษ แล้ววางไว้ที่..... (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ 8-4 นิ้วโดยขึ้น ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา ☐ หันเครื่อง ☐ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) ☐

9. Written command (1 คะแนน)

ส่งไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ คือยกให้ (ตา, ขา...) อ่านแล้วทำตาม (ตา, ขา...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หันตาได้" ☐ หันตาได้..... ☐

10. Writing (1 คะแนน)

ขึ้นจะเป็นคำสั่งให้ "คุณ (ตา, ขา...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"

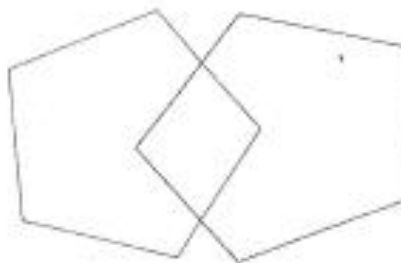
☐ ประโยคมีความหมาย..... ☐

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ชื่อไม่เป็นที่ตั้ง "จรวดภาพให้เขียนภาพตัวอย่าง"

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)

.....



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
โดยทางขอชื่อกรรมการวิจัย
รหัสโครงการ 27872556 (EC3)
COA No. 437/2013
วันที่รับรอง 1 ส.ค. 2556

MONTELL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)						เวลาในการทำ : เวลา :	วันที่ทำรายการ :	
VISUOSPATIAL / EXECUTIVE							เวลาที่ใช้ในการทำ : (1 คะแนน)	คะแนน
NAMING								คะแนน
MEMORY			คำพูดต่อไปนี้ให้จำไว้ให้ถูกต้อง (คำพูด 2 ประการ)		จำ จำ จำ จำ จำ		คะแนน	
ATTENTION			คำพูดต่อไปนี้ให้จำไว้ให้ถูกต้อง (คำพูด 2 ประการ)		จำ จำ จำ จำ จำ		คะแนน	
LANGUAGE			Repeat :		จำ จำ จำ จำ จำ		คะแนน	
ABSTRACTION			คำพูดต่อไปนี้ให้จำไว้ให้ถูกต้อง (คำพูด 2 ประการ)		จำ จำ จำ จำ จำ		คะแนน	
DELAYED RECALL			คำพูดต่อไปนี้ให้จำไว้ให้ถูกต้อง (คำพูด 2 ประการ)		จำ จำ จำ จำ จำ		คะแนน	
ORIENTATION			คำพูดต่อไปนี้ให้จำไว้ให้ถูกต้อง (คำพูด 2 ประการ)		จำ จำ จำ จำ จำ		คะแนน	



ระบุให้ดำเนินการวิจัย
 โดยหน่วยงานวิชาการ/วิจัย
 รหัสโครงการ: 27872556 (EC3)
 CDA No. 43772013
 วันที่รับทราบ: 1 ต.ค. 2556

A. Delusions

(NA)

Does the patient have beliefs that you know are not true (for example, insisting that people are trying to harm him/her or steal from him/her)? Has he/she said that family members are not who they say they are or that the house is not their home? I'm not asking about mere suspiciousness; I am interested if the patient is convinced that these things are happening to him/her.

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient believe that he/she is in danger - that others are planning to hurt him/her? _____
2. Does the patient believe that others are stealing from him/her? _____
3. Does the patient believe that his/her spouse is having an affair? _____
4. Does the patient believe that unwelcome guests are living in his/her house? _____
5. Does the patient believe that his/her spouse or others are not who they claim to be? _____
6. Does the patient believe that his/her house is not his/her home? _____
7. Does the patient believe that family members plan to abandon him/her? _____
8. Does the patient believe that television or magazine figures are actually present in the home? [Does he/she try to talk or interact with them?] _____
9. Does the patient believe any other unusual things that I haven't asked about? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the delusions.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - once or more per day.

- Severity:**
1. Mild - delusions present but seem harmless and produce little distress in the patient.
 2. Moderate - delusions are distressing and disruptive.
 3. Marked - delusions are very disruptive and are a major source of behavioral disruption. (If PRN medications are prescribed, their use signals that the delusions are of marked severity.)

- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



รับระงับไว้ดำเนินการวิจัย
โดยหน่วยงานวิจัยภายใน
วันที่โครงการ... 278/2556 (EC3)
COA No. S... 437/2013
วันที่รับไว้... 1.3.11.2556

B. Hallucinations

(NA)

Does the patient have hallucinations such as seeing false visions or hearing imaginary voices? Does he/she seem to see, hear or experience things that are not present? By this question we do not mean just mistaken beliefs such as stating that someone who has died is still alive; rather we are asking if the patient actually has abnormal experiences of sounds or visions.

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient describe hearing voices or act as if he/she hears voices? _____
2. Does the patient talk to people who are not there? _____
3. Does the patient describe seeing things not seen by others or behave as if he/she is seeing things not seen by others (people, animals, lights, etc)? _____
4. Does the patient report smelling odors not smelled by others? _____
5. Does the patient describe feeling things on his/her skin or otherwise appear to be feeling things crawling or touching him/her? _____
6. Does the patient describe tastes that are without any known cause? _____
7. Does the patient describe any other unusual sensory experiences? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the hallucinations.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - once or more per day.

- Severity:**
1. Mild - hallucinations are present but harmless and cause little distress for the patient.
 2. Moderate - hallucinations are distressing and are disruptive to the patient.
 3. Marked - hallucinations are very disruptive and are a major source of behavioral disturbance. PRN medications may be required to control them.

- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



รับรองให้ใช้ฉบับนี้
โดยกรมสุขภาพจิต
วันที่ 27/8/2556 (EC3)
COA No. 437/2013
วันที่รับดา...

C. Agitation/Aggression

(NA)

Does the patient have periods when he/she refuses to cooperate or won't let people help him/her? Is he/she hard to handle?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient get upset with those trying to care for him/her or resist activities such as bathing or changing clothes? _____
2. Is the patient stubborn, having to have things his/her way? _____
3. Is the patient uncooperative, resistive to help from others? _____
4. Does the patient have any other behaviors that make him hard to handle? _____
5. Does the patient shout or curse angrily? _____
6. Does the patient slam doors, kick furniture, throw things? _____
7. Does the patient attempt to hurt or hit others? _____
8. Does the patient have any other aggressive or agitated behaviors? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the agitation.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than daily.
 4. Very frequently - once or more per day.
- Severity:**
1. Mild - behavior is disruptive but can be managed with redirection or reassurance.
 2. Moderate - behaviors are disruptive and difficult to redirect or control.
 3. Marked - agitation is very disruptive and a major source of difficulty; there may be a threat of personal harm. Medications are often required.
- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



D. Depression/Dysphoria

(24)

Does the patient seem sad or depressed? Does he/she say that he/she feels sad or depressed?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient have periods of tearfulness or sobbing that seem to indicate sadness? _____
2. Does the patient say or act as if he/she is sad or in low spirits? _____
3. Does the patient put him/herself down or say that he/she feels like a failure? _____
4. Does the patient say that he/she is a bad person or deserves to be punished? _____
5. Does the patient seem very discouraged or say that he/she has no future? _____
6. Does the patient say he/she is a burden to the family or that the family would be better off without him/her? _____
7. Does the patient express a wish for death or talk about killing him/herself? _____
8. Does the patient show any other signs of depression or sadness? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the depression

- Frequency: 1. Occasionally - less than once per week.
2. Often - about once per week.
3. Frequently - several times per week but less than every day.
4. Very frequently - essentially continuously present.

- Severity:**
1. Mild - depression is distressing but usually responds to redirection or reassurance.
 2. Moderate - depression is distressing, depressive symptoms are spontaneously voiced by the patient and difficult to alleviate.
 3. Marked - depression is very distressing and a major source of suffering for the patient.

- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



E. Anxiety

(NA)

Is the patient very nervous, worried, or frightened for no apparent reason? Does he/she seem very tense or fidgety? Is the patient afraid to be apart from you?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient say that he/she is worried about planned events? _____
2. Does the patient have periods of feeling shaky, unable to relax, or feeling excessively tense? _____
3. Does the patient have periods of (or complain of) shortness of breath, gasping, or sighing for no apparent reason other than nervousness? _____
4. Does the patient complain of butterflies in his/her stomach, or of racing or pounding of the heart in association with nervousness? [Symptoms not explained by ill health] _____
5. Does the patient avoid certain places or situations that make him/her more nervous such as riding in the car, meeting with friends, or being in crowds? _____
6. Does the patient become nervous and upset when separated from you (or his/her caregiver)? [Does he/she cling to you to keep from being separated?] _____
7. Does the patient show any other signs of anxiety? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the anxiety.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - once or more per day.
- Severity:**
1. Mild - anxiety is distressing but usually responds to redirection or reassurance.
 2. Moderate - anxiety is distressing, anxiety symptoms are spontaneously voiced by the patient and difficult to alleviate.
 3. Marked - anxiety is very distressing and a major source of suffering for the patient.
- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



F. Elation/Euphoria

(NA)

Does the patient seem too cheerful or too happy for no reason? I don't mean the normal happiness that comes from seeing friends, receiving presents, or spending time with family members. I am asking if the patient has a persistent and abnormally good mood or finds humor where others do not.

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient appear to feel too good or to be too happy, different from his/her usual self? _____
2. Does the patient find humor and laugh at things that others do not find funny? _____
3. Does the patient seem to have a childish sense of humor with a tendency to giggle or laugh inappropriately (such as when something unfortunate happens to others)? _____
4. Does the patient tell jokes or make remarks that have little humor for others but seem funny to him/her? _____
5. Does he/she play childish pranks such as pinching or playing "keep away" for the fun of it? _____
6. Does the patient "talk big" or claim to have more abilities or wealth than is true? _____
7. Does the patient show any other signs of feeling too good or being too happy? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the elation/euphoria.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - essentially continuously present.

- Severity:**
1. Mild - elation is notable to friends and family but is not disruptive.
 2. Moderate - elation is notably abnormal.
 3. Marked - elation is very pronounced; patient is euphoric and finds nearly everything to be humorous.

- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



รับรองให้ดำเนินการวิจัย
 โดยแผนกโรคจิตเวช
 รหัสโครงการ 273/2556 (EC3)
 COA No. 437/2013
 วันที่รับรอง 12 มิ.ย. 2556

G. Apathy/Indifference

(NA)

Has the patient lost interest in the world around him/her? Has he/she lost interest in doing things or does he/she lack motivation for starting new activities? Is he/she more difficult to engage in conversation or in doing chores? Is the patient apathetic or indifferent?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient seem less spontaneous and less active than usual? _____
2. Is the patient less likely to initiate a conversation? _____
3. Is the patient less affectionate or lacking in emotions when compared to his/her usual self? _____
4. Does the patient contribute less to household chores? _____
5. Does the patient seem less interested in the activities and plans of others? _____
6. Has the patient lost interest in friends and family members? _____
7. Is the patient less enthusiastic about his/her usual interests? _____
8. Does the patient show any other signs that he/she doesn't care about doing new things? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the apathy/indifference.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - nearly always present.
- Severity:**
1. Mild - apathy is notable but produces little interference with daily routines; only mildly different from patient's usual behavior; patient responds to suggestions to engage in activities.
 2. Moderate - apathy is very evident; may be overcome by the caregiver with coaxing and encouragement; responds spontaneously only to powerful events such as visits from close relatives or family members.
 3. Marked - apathy is very evident and usually fails to respond to any encouragement or external events.
- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



กระทรวงศึกษาธิการ
 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
 รหัสเอกสาร: 413/2556 (EC3)
 COA No. 437/2013
 วันที่รับ: 1.3.8 2556

H. Disinhibition

(NA)

Does the patient seem to act impulsively without thinking? Does he/she do or say things that are not usually done or said in public? Does he/she do things that are embarrassing to you or others?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient act impulsively without appearing to consider the consequences? _____
2. Does the patient talk to total strangers as if he/she knew them? _____
3. Does the patient say things to people that are insensitive or hurt their feelings? _____
4. Does the patient say crude things or make sexual remarks that he/she would not usually have said? _____
5. Does the patient talk openly about very personal or private matters not usually discussed in public? _____
6. Does the patient take liberties or touch or hug others in way that is out of character for him/her? _____
7. Does the patient show any other signs of loss of control of his/her impulses? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the disinhibition.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - essentially continuously present.
- Severity:**
1. Mild - disinhibition is notable but usually responds to redirection and guidance.
 2. Moderate - disinhibition is very evident and difficult to overcome by the caregiver.
 3. Marked - disinhibition usually fails to respond to any intervention by the caregiver, and is a source of embarrassment or social distress.
- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



ศูนย์วิจัยโรคจิตเวช
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
รหัสเอกสาร 27372556 (EC3)
COA No. 43772013
วันที่รับ... 18.8.58

I. Irritability/Lability

(NA)

Does the patient get irritated and easily disturbed? Are his/her moods very changeable? Is he/she abnormally impatient? We do not mean frustration over memory loss or inability to perform usual tasks; we are interested to know if the patient has abnormal irritability, impatience, or rapid emotional changes different from his/her usual self.

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient have a bad temper, flying "off the handle" easily over little things? _____
2. Does the patient rapidly change moods from one to another, being fine one minute and angry the next? _____
3. Does the patient have sudden flashes of anger? _____
4. Is the patient impatient, having trouble coping with delays or waiting for planned activities? _____
5. Is the patient cranky and irritable? _____
6. Is the patient argumentative and difficult to get along with? _____
7. Does the patient show any other signs of irritability? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the irritability/lability.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - essentially continuously present.

- Severity:**
1. Mild - irritability or lability is notable but usually responds to redirection and reassurance.
 2. Moderate - irritability and lability are very evident and difficult to overcome by the caregiver.
 3. Marked - irritability and lability are very evident, they usually fail to respond to any intervention by the caregiver, and they are a major source of distress.

- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



J. Aberrant Motor Behavior

(NA)

Does the patient pace, do things over and over such as opening closets or drawers, or repeatedly pick at things or wind string or threads?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient pace around the house without apparent purpose? _____
2. Does the patient rummage around opening and unpacking drawers or closets? _____
3. Does the patient repeatedly put on and take off clothing? _____
4. Does the patient have repetitive activities or "habits" that he/she performs over and over? _____
5. Does the patient engage in repetitive activities such as handling buttons, picking, wrapping string, etc? _____
6. Does the patient fidget excessively, seem unable to sit still, or bounce his/her feet or tap his/her fingers a lot? _____
7. Does the patient do any other activities over and over? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the aberrant motor activity:

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - essentially continuously present.
- Severity:**
1. Mild - abnormal motor activity is notable but produces little interference with daily routines.
 2. Moderate - abnormal motor activity is very evident; can be overcome by the caregiver.
 3. Marked - abnormal motor activity is very evident, usually fails to respond to any intervention by the caregiver, and is a major source of distress.
- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



K. Sleep

(NA)

Does the patient have difficulty sleeping (do not count as present if the patient simply gets up once or twice per night only to go to the bathroom and falls back asleep immediately)? Is he/she up at night? Does he/she wander at night, get dressed, or disturb your sleep?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Does the patient have difficulty falling asleep? _____
2. Does the patient get up during the night (do not count if the patient gets up once or twice per night only to go to the bathroom and falls back asleep immediately)? _____
3. Does the patient wander, pace, or get involved in inappropriate activities at night? _____
4. Does the patient awaken you during the night? _____
5. Does the patient awaken at night, dress, and plan to go out thinking that it is morning and time to start the day? _____
6. Does the patient awaken too early in the morning (earlier than his/her habit)? _____
7. Does the patient sleep excessively during the day? _____
8. Does the patient have any other nighttime behaviors that bother you that we haven't talked about? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the nighttime behavior disturbance.

- Frequency:**
1. Occasionally - less than once per week.
 2. Often - about once per week.
 3. Frequently - several times per week but less than every day.
 4. Very frequently - once or more per day (every night)

- Severity:**
1. Mild - nighttime behaviors occur but they are not particularly disruptive.
 2. Moderate - nighttime behaviors occur and disturb the patient and the sleep of the caregiver; more than one type of nighttime behavior may be present.
 3. Marked - nighttime behaviors occur; several types of nighttime behavior may be present; the patient is very distressed during the night and the caregiver's sleep is markedly disturbed.

- Distress:** How emotionally distressing do you find this behavior?
0. Not at all
 1. Minimally
 2. Mildly
 3. Moderately
 4. Severely
 5. Very severely or extremely



I. Appetite and eating disorders

(NA)

Has he/she had any change in appetite, weight, or eating habits (count as NA if the patient is incapacitated and has to be fed)? Has there been any change in type of food he/she prefers?

NO (If no, proceed to next screening question). YES (If yes, proceed to subquestions).

1. Has he/she had a loss of appetite? _____
2. Has he/she had an increase in appetite? _____
3. Has he/she had a loss of weight? _____
4. Has he/she gained weight? _____
5. Has he/she had a change in eating behavior such as putting too much food in his/her mouth at once? _____
6. Has he/she had a change in the kind of food he/she likes such as eating too many sweets or other specific types of food? _____
7. Has he/she developed eating behaviors such as eating exactly the same types of food each day or eating the food in exactly the same order? _____
8. Have there been any other changes in appetite or eating that I haven't asked about? _____

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the changes in eating habits or appetite.

Frequency:

1. Occasionally - less than once per week.
2. Often - about once per week.
3. Frequently - several times per week but less than every day
4. Very frequently - once or more per day or continuously

Severity:

1. Mild - changes in appetite or eating are present but have not led to changes in weight and are not disturbing
2. Moderate - changes in appetite or eating are present and cause minor fluctuations in weight.
3. Marked - obvious changes in appetite or eating are present and cause fluctuations in weight, are embarrassing, or otherwise disturb the patient.

Distress: How emotionally distressing do you find this behavior?

0. Not at all
1. Minimally
2. Mildly
3. Moderately
4. Severely
5. Very severely or extremely

BIOGRAPHY

NAME	Miss Porndara Teekun
DATE OF BIRTH	31 January 1985
PLACE OF BIRTH	Bangkok, Thailand
INSTITUTIONS ATTENDED	Kasetsart University, 2004-2007 Bachelor of Science (Clinical Psychology) Mahidol University, 2011-2014 Master of Science (Clinical Psychology)
HOME ADDRESS	546/6 Moo.8 Soi.Ladprao 87, Ladprao Road. Wangthonglang, Wangthonglang, Bangkok, Thailand
CONTACT	E-mail: lukmee-ku@hotmail.com