

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีดำเนินการโครงการศึกษาอิสระ

โครงการศึกษาอิสระนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดภาวะการดูแลก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับการดูแลปกติที่บ้าน อายุไม่เกิน 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด อายุไม่เกิน 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน มีคุณสมบัติ ข้อ 1 และ ในข้อ 2-7 อย่างน้อย 1 ข้อ
 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย Schizophrenia
 2. ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา(รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ขาดยา มากกว่า 3 ครั้ง/ 1 ปี)
 3. มีปัญหา Stigma ในครอบครัวและในชุมชน
 4. มีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์
 5. มีปัญหาการใช้อารมณ์ในครอบครัว/ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน
 6. ขาดทักษะในการดูแลตนเองและทักษะในการเข้าสังคม
 7. Admit มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป / Readmitted มากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี / Readmitted ภายใน 3 เดือน
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้
 - 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีคุณสมบัติดังข้อ 1
 - 2.2 มีภาวะการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไป คะแนนภาวะการดูแลมากกว่า 2.5 คะแนน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคุณสมบัติ หลังจากที่ได้ผู้ป่วยตามคุณสมบัติจึงคัดเลือกผู้ดูแลตามคุณสมบัติ โดยใช้เครื่องมือวัดภาวะการดูแลที่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) สร้างขึ้น ให้ผู้ดูแลทำแบบวัดภาวะการดูแล ถ้าคะแนนภาวะการดูแลมากกว่า 2.5 คะแนน คัดผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

คนที่	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1	หญิง	53	ประถมศึกษา	มารดา
2	หญิง	41	ประถมศึกษา	ภรรยา
3	หญิง	48	ประถมศึกษา	มารดา
4	หญิง	60	ประถมศึกษา	มารดา
5	หญิง	49	ประถมศึกษา	มารดา
6	หญิง	57	ประถมศึกษา	มารดา
7	หญิง	40	ประถมศึกษา	มารดา
8	หญิง	60	ไม่ได้เรียน	ยาย
9	หญิง	20	มัธยมศึกษา	บุตร
10	หญิง	59	ประถมศึกษา	มารดา
11	หญิง	44	ประถมศึกษา	มารดา
12	หญิง	59	ประถมศึกษา	น้ำ
13	หญิง	59	ประถมศึกษา	น้ำ
14	หญิง	60	ประถมศึกษา	ยาย
15	หญิง	47	ประถมศึกษา	มารดา
16	หญิง	52	ประถมศึกษา	มารดา
17	หญิง	38	มัธยมศึกษา	น้อง
18	หญิง	42	ประถมศึกษา	มารดา
19	ชาย	59	ประถมศึกษา	สามี
20	หญิง	44	ประถมศึกษา	มารดา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา (n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแล)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-30 ปี	1	5
31-40 ปี	2	10
41-50 ปี	7	35
51-60 ปี	10	50
เพศ		
ชาย	1	5
หญิง	19	95
สถานภาพสมรส		
แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน	12	60
หม้าย / หย่า	5	25
โสด	3	15
ระดับการศึกษา		
อ่านและเขียนไม่ได้	1	5
ประถมศึกษา	17	85
มัธยมศึกษา	2	10

จากตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 95 เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสแต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันและระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัว
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแล)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
งานบ้าน	4	20
เกษตรกร	5	25
รับจ้าง	10	50
อื่นๆ	1	5
รายได้		
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	2	10
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	18	90
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดาหรือมารดา	12	60
สามีหรือภรรยา	2	10
พี่หรือน้อง	1	5
ญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย น้ำ อา	4	20
บุตร	1	5
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2-5 คน	18	90
6-10 คน	2	10

จากตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง รายได้ไม่เพียงพอ
กับรายจ่ายร้อยละ 90 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดาเป็นส่วนใหญ่คือ
ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 90

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนสมาชิกของครอบครัว
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วยและปัญหาที่พบในผู้ป่วย
(n=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแล)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
1-5 ปี	10	50
6-10 ปี	8	40
11-20 ปี	2	10
ผู้ป่วยอายุ		
20-30 ปี	12	60
31-40 ปี	1	5
41-60 ปี	7	35
เพศผู้ป่วย		
ชาย	17	85
หญิง	3	15
ปัญหาที่พบในผู้ป่วย		
- ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา(รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง/ 1 ปี)	12	60
- มีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์	10	50
- มีปัญหาการใช้ארמณในครอบครัว/ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน	1	5
- ขาดทักษะในการดูแลตนเองและทักษะในการเข้าสังคม	8	40
- Admit > 2 ครั้งขึ้นไป / Readmitted > 2 ครั้งใน 1 ปี / Readmitted ภายใน 3 เดือน	6	30

จากตารางที่ 4 ลักษณะของผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 1-5 ปี ร้อยละ 50 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 40 ดูแลผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 85 และปัญหาที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา (รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง / 1 ปี) ร้อยละ 60 รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ร้อยละ 50 และผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองและทักษะในการเข้าสังคมร้อยละ 40

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการตรวจสอบเครื่องมือ

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือซึ่งประกอบด้วย 3 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ได้แก่

1.1 Clinical pathway โดยผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันสร้างขึ้น เป็นแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งระบุผลลัพธ์การดูแลในทุกกิจกรรมการดูแล และสามารถวัดผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

1.2 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือสำหรับวัดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และพฤติกรรมของผู้ป่วย สิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความกังวล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระ เป็นแบบสอบถามที่ นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Montgomery, et al , 1985 และจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

- ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) มีเนื้อหาครอบคลุม ความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแลประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด
- ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) มีเนื้อหาครอบคลุมทัศนคติหรืออารมณ์ของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแลประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ และมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7 ,8,9,11,12,

ลักษณะของแบบสอบถาม ผู้ดูแลจะประเมินตนเองและตอบคำถามแต่ละข้อให้ตรงกับความรู้สึก โดยแบ่งเป็นค่า 5 ระดับ แต่ละระดับแปลเป็นคะแนนดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละด้านแยกกันและภาระโดยอ้อม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อ ด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล

สำหรับเกณฑ์การประเมินคำตอบโดยใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542 :108) และ Best (1970:257) อ่างโน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนน 2.50 – 3.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

3. เครื่องมือกำกับการจัดทำโครงการ

3.1 ให้แบบตรวจสอบผลลัพธ์เกิดขึ้นทุกกิจกรรมโดยใช้การ chick list โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากแผนการดูแล Clinical pathway

เกณฑ์การประเมิน คือ ต้องมีกิจกรรมที่เกิดขึ้น ตาม Clinical pathway ไม่น้อยกว่า 80 %

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

1. แผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Clinical pathway)

1.1 ทำการสร้างโดยผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพโดยมีแนวทางการสร้างดังนี้

1. วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแล กิจกรรมหลักที่สำคัญ

3. วิเคราะห์สิ่งที่ตามมาจากกิจกรรมหลัก กิจกรรมหลัก 4 อย่างได้แก่ การประเมินและทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค กิจกรรมการบำบัด การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและการวางแผนการจำหน่าย
4. จัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมหลักกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง
5. จัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมหลักกับการใช้แหล่งประโยชน์
6. จัดทำข้อมูลต่างๆไว้ในแผนการดูแลพร้อมระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ
7. แก้ไขปรับปรุงจนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ

1.2 ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ในเรื่อง ความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรมการพยาบาลและกิจกรรมของ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และปรับแก้ไขภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

2. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1 การสร้างเครื่องมือ

2.1.1 ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และใช้กรอบแนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ของจินตนา ยูนิพันธุ์และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546)

2.1.2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน เพื่อศึกษา เนื้อหาในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากประสบการณ์นำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไป ใช้จริง กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประกอบกับเนื้อหา ที่ได้จากการทบทวนจากตำราและเอกสารที่ศึกษา

2.1.3 เขียนรายละเอียดของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีใน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 นำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาในเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา สำนวนภาษา และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรง คุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำคู่มือไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 นำแบบวัดภาวะของผู้ดูแลที่นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้สร้างขึ้นโดยได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงของภาวะในการดูแลโดยรวมมีค่าเท่ากับ 0.93 และความสัมพันธ์รายข้ออยู่ในเกณฑ์ดี คือความสัมพันธ์รายข้อมากกว่า .2 ทุกข้อ ซึ่งแบบวัดภาวะของผู้ดูแลที่นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้สร้างขึ้นนั้นได้นำไปใช้วัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระ ผู้ศึกษาจึงได้นำแบบวัดภาวะของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับยาต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่ผู้ศึกษาได้หาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ตารางที่ 5 ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมและแยกรายด้าน

องค์ประกอบของภาวะในการดูแล ของผู้ดูแล	จำนวนข้อ	ค่าความเที่ยง try out (n=10 คน)
ภาวะเชิงปรนัย	12	.77
ภาวะเชิงอัตนัย	12	.76
ภาวะในการดูแลโดยรวม	24	0.93

3. เครื่องมือกำกับการจัดทำโครงการ

3.1 แบบตรวจสอบผลลัพธ์ของกิจกรรมในแผนการดูแล โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของกิจกรรมโดยวิธีการ check list

ขั้นตอนในการจัดทำโครงการศึกษาอิสระ

ผู้จัดทำโครงการดำเนินงานเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. การชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาเข้าชี้แจงกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและขอความร่วมมือในการจัดทำโครงการ และเพื่อดำเนินการจัดทำ Clinical pathway ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2548

2. สร้างเครื่องมือ

ขั้นดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบโครงการจากผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2 ทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยพยาบาลจิตเวชจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อซึ่งจะทำให้ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจในแผนการดูแล สามารถให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพโดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีจัดประชุม เพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพได้รับรู้บทบาทในการดูแล และสามารถประสานความร่วมมือในทีมโดยมุ่งให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย (Health Assessment / Screening) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไปรวมทั้งต้องการการดูแลแบบ Case management และร่วมกันประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดีคือ ความสามารถ ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหาและความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 สร้างทีมงาน (Team Building) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหาโดยร่วมกันพิจารณาข้อมูล

และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่คุณภาพในการดูแล รวมทั้งร่วมกันวางแผนให้การดูแล เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่ได้จัดทำไว้แล้วมาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลาโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความรู้สึกการไม่ได้รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

2.3 ปฏิบัติการพยาบาล (Providiry nursing care) การดำเนินการตามแผนบุคลากรในทีมจะปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลโดยช่วยให้ผู้รับบริการได้รับผลตามความคาดหวัง

2.4 ประสานการดูแลรักษา (Coordinating / Care / Cure) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานกับทีมสหวิชาชีพ /ผู้ป่วย/ ผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนที่กำหนด

2.5 ติดตามกำกับคุณภาพการดูแล (Monitoring quality of care) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี ติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแล กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ของกิจกรรม ซึ่งจะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีเวลาในการทำงานหารายได้ ปัญหาเศรษฐกิจลดลง ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด และความรู้สึกเบื่อกว่าไม่เอาใจใส่ลดลง

ขั้นรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล(Pre-test) โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูล (Post- test) โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สิ้นสุดกิจกรรม ในขั้นตอนที่ 5 แล้ว 2 สัปดาห์ โดยออกประเมินร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างก่อนและหลังการใช้การดูแลแบบผู้จัดการรายกรณีแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำเสนอ เป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)