

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรองจิตต์ เมืองวุฒิ. วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในภาคเหนือที่มีผลต่อวิธีการบำบัดรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณี ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2537.
- เกษม ดันติผลาชีวะ . ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1 . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2536.
- จอม สุวรรณโน . ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง . วารสารพยาบาลศาสตร์. 7 (3) 2541 : 147-154.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- จินตนา ยูนิพันธุ์และคณะ. นวัตกรรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ใน : การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547 . กรุงเทพฯ ฯ : กรมสุขภาพจิต , 2547 : 236.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ . โรคจิตเภท : คู่มือสำหรับครอบครัว . ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท , 2543.
- จิราภรณ์ ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของที:สุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2543.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ:กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14 (2) กค.-ธค.2543 : 30-38.
- ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ . การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2531. (33) : 99-105.
- ดรณีนี คชพรหม . ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2543.

- ทีปประพิณ สุขเขียว. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- ทูลภา นุปภาสังข์. ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ
ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับ
ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- ทัศนีย์ บุญทอง. ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่
พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ : สภาการพยาบาล, 2542.
- บุญวดี เพชรรัตน์และเยาวนาถ สวลักษณ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. สงขลานครินทร์เวชสาร. 21 (4) ตค.-ธค. 2546 :249-258.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การนำระบบการจัดการผู้ป่วยราย
กรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. กรมสุขภาพจิต, 2546.
- ปรารธนา บริจันทร์และคณะ. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่น, 2536.
- นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความ
สามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2544.
- พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2525.
- เพชร คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพ
จิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัย พงศ์สงวนสิน. สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตาม
การรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 9 (3) 2545 :113-127.

- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์ . เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์
แสงศิลป์ , 2542.
- มานิต หล่อตระกูล . จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์ , 2536.
- มานิต หล่อตระกูล . "โรคจิตเภท" ในจิตเวชศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 5 . มานิต หล่อตระกูลและ
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์ , 2543.
- ยาใจ สิทธิมงคล. ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการ
วิจัย . วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล . ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม,
2538.
- ยาใจ สิทธิมงคล. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต. 13 ,2542 : 1-9.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก . การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
12 (1), 2547 : 50-56.
- รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2546.
- เรวดี ศิรินคร , ยุวดี เกตลัมพันธ์ , ผ่องพรรณ ธนา และ สุวิภา นิตยงกูร . Case Management.
ในหนังสือประกอบการประชุม National Forum on Hospital accreditation ครั้งที่ 2 วัน
ที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียลควีนปาร์ค กรุงเทพมหานคร : J.S. การพิมพ์.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา . รายงานผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิต
และจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัด
นนทบุรี, 2546.
- รุจา ภูไพบูลย์. ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง . วารสารการพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล . 4 , 2543 : 9-19.
- ลัดดา คักดาเดชฤทธิ์. การประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case management
ใน :การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต , 2546 : 214.
- วรกช นิธิกุล . การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์
มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2535.
- วาริรัตน์ ถาน้อย . บทบาทพยาบาลจิตเวชในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ . วารสารพยาบาล . 51 (4)
ตุลาคม – ธันวาคม 2545 : 174-182.
- วัชรภรณ์ ลือโรสงค์. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำใน
ผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา . กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต , 2541.

- สมคิด ตีรารักษ์ . ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- สมจิต หนูเจริญกุล. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ , 2546.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินติ้ง, 2536.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. บทควมวิจัย กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท . วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต. 14 (2) กค.-ธค.2544 : 15-21.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การนำหลักการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน . วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 17 (1), 2544 : 13-23.
- สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว , 2542.
- โสภา มุสิกโก. การลดความเครียดโดยวิธีให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในญาติ ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาลัยบัณฑิต. สาขาล้างคัมสงเคราะห์ศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- สุนธรา รัตโน . การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2543.
- สุวิมล สมัตถะ. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถใน การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ศุวัชรีย์ ฐพิมาย . ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของ บุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2543.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. คื่นผู้มีปัญหาทางจิตให้ชุมชน:พูดง่ายทำยากจริงหรือ . วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น , 2536.
- ศิริพันธุ์ สาลัดย์. " ทุกขภาวะของผู้ดูแล" วารสารพจนวิทยาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 4 (3) กค.- กย. 2546 : 40-42.

อรวรรณ ศิลปกิจ. ต้นทุนและประสิทธิภาพการดำเนินงานโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 11(3),2546 : 132-137.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารายครอบครัว . พิมพ์ครั้งที่ 5 .
กรุงเทพฯ : ชันด้าการพิมพ์ , 2544.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.
ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด, 2543.

ภาษาอังกฤษ

- Andrew E. Scharlach ,et all. **Case Management in Long-Term Care Integration: An Overview of Current Programs and Evaluations.** California,2001.
- Ann B.Hamric, et all.**Advanced Nursing Practice : An Intergrative Approach.** Philadelphia, Pennsylvania,1996
- B.van Meijel , M. van Meijel, M. vander Gaag, R.S., Kahn, and M.H.F.Grypdonck. Relapse Prevention in patients with Schizophrenia *Archives of Psychiatric Nursing* , 2003 .17 (3) :117-125.
- Bull, M.J. Factor influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 1990. (12) : 758-776.
- Canti, Roberta M, **Role behaviors of nurse case manager.** Michigan : A Bell and Howell company, 1988.
- Chan,S.C.W., Mackenzie, A, & Jacobs, P. Cost-effectiveness analysis of case management versus a routine community care organization for patients with chronic schizophrenia. *Archives of psychiatric Nursing* , 2000 . 14(2) : 98-104 .
- Chan,S.C.W., Mackenzie, A,Ng, D.T.F. & J.K.Y. Anevaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing services. *Journal of Advanced Nursing* ,2000 . 31 (1) : 144-156.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. Age and family burden among parent of off spring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatric* ,1994. (64) : 435-447.
- Cook, et al . The effect of support group participation on caregiver burden among parent of adult off spring with severe mental illness. *Family Relation*, 1999 . 48 (4) : 405 – 410.
- Crotty, P., & Kuly, R. Are schizophrenics a burden to their families? Significant others views. *Health Social Worker*, 1996.11 (3) : 173-188.
- Eakes , G. Chronic sorrow : The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing* , 1995. (9) : 77-84.
- Elliot D.P. Caregiver issues in patients with dementia. *Journal of Consultant Pharmcists*. 13 , supplement 11 A :

- Ellis – Stall.C & Popkess – vawters. A concept analysis on the process of empowerment. *Advance Nursing Science* , 1998. 21 (2) : 62-68.
- George, L.K., Gwyther, L.P. Caregiver well being : A multidimensional examination of family caregivers of demated adults. *The Gerontologist*, 1996. (26) : 253-259.
- Greenberg, I.S. , Greenley, J.R. , Mckee, D. , Brown , R. , & Griffin – Francell , C. Mother caring for an adult child with schizophrenia : The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relations* , 1993. (42) : 205 – 211.
- Hatfield, A.B. The family as partner in the treatment of mental illness. *Hospital & community Psychiatry*, 1979. (30) : 338-340.
- Huang PL, Mao China – Ling. An investigation of the home caregiving experience of schizophrenic Patients ` relatives & tress perception and coping behavior . Proceeding of the Second International Family Nursing Conference . Portland , Oregon , 1991 : 99-100.
- Joann Sund and Linda sveningson. Case management in an Integrated Delivery System. *Nursing Management*, 1998. 29(1) : 24-25
- Johannes Jungbauer, Bettina Wittmund, Sandra Dietrich, and Matthias C. Angermeyer. Subjective Burden Over 12 Months in Parents of Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003. 17 (3) : 126-134.
- Jones, S.L. Editorial : We must include the informal caregiver in managed care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1996. 10 (10) : 196-197.
- Kasuya T.R . Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* , 2000. 108 (7) : 23-26.
- Kosberg, J.I., Carl, R.E., & Killer, D.M. Component of burden : Interventive implication . *The Gerontologist* , 1990. 30 : 236 – 242 .
- Leflery, H.P. A Family perspective on rehabilitation In R.W. Flexer & P.L. Solomon (Eds.). *Psychiatric rehabilitation in practice*, 1993 : 17-30.
- Loukissa, D.A. Family burden in chronic mental illness : Areview of research studies. *Journal Advanced Nursing* , 1995 . 21 : 248 – 255.
- Lova Humphrey Beebe. Problem in community Living Identified by People with Schizophrenia. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2002. 40 (2) : 38-45.

- Miller, B., McFall, S., & Montgomery, A. The impact of elder health caregiver involvement and global stress on two dimensions of caregiver burden. *Journal of Gerontology*, 1991. (46) : 9-19.
- Montgomery, R.I.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.P. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*. 34, 1985 : 19-26.
- More, P.K. and Mandell, S. *Nursing case management : an evolving practice*. New York : McGraw – Hill, 1997.
- Mueser, K.T., Band, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. Model of Community care for Severe Mental illness : a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 1998 : 24 (1) : 37-74.
- Nancy K. Worley. *Mental Health Nursing in the community*. Donnelley & Sons, 1997.
- Phyllis K. More, Sandy Mandell. *Case management : an evolving practice*. USA, 1997
- Platt, S. Measuring the burden of Psychiatric illness on the Family : An evaluation of some rating scales. *Psychosocial Medicine*, 1985. 15 : 383 – 393.
- Powell, Suzuki, K. *Nursing case management : A practical to success in managed care*. Philadelphia : Lippincott – Raven, 1996.
- Provencher, H.L. Objective burden among primary caregivers of person with schizophrenia. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 1996. 3 : 181 – 187.
- Raj, L., Kulhava, P., & Avasthi, A. Social burden of positive and negative schizophrenia. *The international Journal of social Psychiatry*, 1991. 37 (4) : 243-250.
- Ruppert, R.R. Caring for Lay caregiver. *American Journal of Nursing*, 1996 : 40-45.
- Salleh, M.R. The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994. (89) : 180-185.
- Shelves, L.P. *Basic Concepts of psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1986.
- Sowell, Richard L and Meadows, Timothy M. An integrated case Management model : Developing standards, Evaluation, and Outcome criteria. *Nursing Administration Quarterly*, 1994. 39(3) : 152-160.
- Suzanne K. Powell. *Advanced Case Management Outcome and Beyond*. Philadelphia : Lippincott Company, 2000.

- Suzanne K. Powell. **Case Management A Practical Guide to Success in Managed Care.**
Philadelphia : Lippincott Company, 2000.
- Teschinsky U. Living with schizophrenia : The family illness experience. **Issues Mental Health Nurs** 2000. 21 (4) : 387-396.
- Thomson, E.H., & Doll, W. The burden of families coping with the mentally ill : An invisible crisis. **Family Relation** , 1982. (31) : 392-388.
- Wolk, James L and Sullivan, William P. The managerial nature of case management .
Social Work, 1994. 39 (3) : 152-160.
- Young, Sue W and Sowell, Richard L. A case management Curricular Model ; The Challenge for Nursing Education . **Nursing Educator** , 1997. 22(5) : 13-18.
- Zander, K. Nursing case management : Strategic management of cost and quality outcomes. **Journal of Nursing Administration**, 1988. 18(5) : 22-30.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์ | หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 2. นางกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์ | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยบาดาล
จังหวัดลพบุรี |
| 3. นางสาวจลีย์ เจริญสรรพ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 4. นางนพรัตน์ ไชยธานี | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach coefficient) ดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535 : 212)

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

α = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

σ_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

σ_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบทั้งหมด

1. เปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สูตร Dependent t-test (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535 : 322)

$$T_t = \frac{\bar{d}}{s_d \sqrt{n}}, \quad df = n-1$$

$$\text{เมื่อ } \bar{d} = \sum d_i / n$$

$$s_d = \sqrt{\sum (d_i - \bar{d})^2 / n-1}$$

$$n = \text{จำนวนคู่ของคะแนน}$$

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิ

แผนการดูแลผู้ป่วย

1. ชื่อแผนการดูแลผู้ป่วย จะใช้ Clinical pathway หรือ Care Map ให้ใช้ให้เหมือนกัน
2. Expected Outcome สัปดาห์ที่ 1-2 เพิ่มเติมในส่วนของญาติ เป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย
3. Expected Outcome สัปดาห์ที่ 3-4 เพิ่มเติมญาติมีสุขภาพจิตดีขึ้นไม่เกิดภาวะเครียด
4. Assess & Consult สัปดาห์ที่ 1-2 เรื่องประเมินแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายในชุมชน ควรจะไปอยู่ในหัวข้อ Discharge planning
5. Activity สัปดาห์ที่ 1-2 เรื่องพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และให้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนในชุมชน , ประเมินปัญหาเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ควรจะไปอยู่ในหัวข้อ Discharge planning
6. Activity สัปดาห์ที่ 3-4 เรื่องประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนด้านสังคมสงเคราะห์ในชุมชนกรณีที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ควรจะไปอยู่ในหัวข้อ Discharge planning
7. Activity สัปดาห์ที่ 5-6 เรื่อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ , ประสานเครือข่ายและส่งต่อผู้ป่วยให้เครือข่ายชุมชนดูแลต่อเนื่อง , ส่งต่อประชาสัมพันธ์กรณีมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม , ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ก่อนส่งต่อเครือข่ายชุมชน ควรจะไปอยู่ในหัวข้อ น่าจะไปอยู่ในหัวข้อ Discharge planning
8. Teaching ควรจะใช้คำว่า Health education และในสัปดาห์ที่ 5-6 เรื่องให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนควรจะไปอยู่ในหัวข้อ Discharge planning
9. ในหัวข้อ F/U ควรจะใช้คำว่า Discharge planning ซึ่งจะเป็นลักษณะของ Case management มากกว่าและเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมมากกว่า F/U
10. ใน CNPG เรื่องผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไม่ได้ Assess เรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยา
11. การเรียงเนื้อหาในคู่มือ ในส่วนของ Clinical pathway ควรจะเป็นประเด็นสำคัญคือ ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ และองค์ความรู้ควรอยู่ในภาคผนวก
12. ระยะเวลาของการประเมินการป่วยซ้ำควรใช้ 3 เดือน จะได้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช กลับมารักษาซ้ำก่อน 3 เดือนน้อยกว่า 10% และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้นาน 5 เดือน โอกาสกลับมารักษาซ้ำจะต่ำดังนั้นระยะเวลาของการประเมินควรใช้ 3 เดือน
13. Expected Outcome สัปดาห์ที่ 3-4 หัวข้อญาติควรเปลี่ยนจากชุมชนยอมรับและเข้าใจผู้ป่วยเป็นญาติ

14. ในส่วนของ F/U 5-6 เดือน ควรเพิ่มเติม Outcome ก่อนการส่งต่อ เช่น ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้มากกว่า 80 % หรือญาติมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 80% หรือภาระการดูแลลดลง

15. Clinical pathway ในหัวข้อ Teaching เพิ่มเติมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 - ให้ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านและการเปิดช่องทางให้คำปรึกษากับญาติ การหาแหล่งที่พึ่งทางข้อมูลให้แก่ญาติและชุมชน

สัปดาห์ที่ 3-4 - ให้ความรู้เรื่องการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยของชุมชน

สัปดาห์ที่ 5-6 - ให้ความรู้เรื่องการหาแหล่งสนับสนุนและการทำงานกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนความรู้

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. CNPG เรื่อง ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการขอรับบริการจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ควรเพิ่มเติม Outcome การรับบริการรักษาตามระบบประกันสุขภาพ

2. CNPG เรื่อง ผู้ป่วยมีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ให้ใช้ เชนิญปัญหาแทนแก้ปัญหา

3. CNPG เรื่อง อาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เกิดอุบัติเหตุหรือภาวะตีมน้ำมากผิดปกติ เป็นต้น แก้ไขเป็น แขนขาอ่อนแรง ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล อยู่ไม่นิ่ง กระหายน้ำ ปากแห้ง คอแห้ง เป็นต้น และ Outcome เพิ่มเติม มีความสุขสบายขณะรับประทานยา

4. CNPG ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้ตนเอง หรือไม่สามารถช่วยการทำงานของคนอื่นได้ เพิ่มเติม Outcome ชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยมีรายได้จากการประกอบอาชีพ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับมารักษาซ้ำนอกจากเรื่องของยาแล้ว อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่มีอาชีพหรือรายได้เลี้ยงตนเองจึงจะเป็นภาระของญาติ

แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

เพิ่มเติมแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและครอบครัวข้อ 7 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยป่วยซ้ำ

7.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- พฤติกรรมกินยาไม่ต่อเนื่องเนื่องจาก.....
- ไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้เหมาะสม
- ว่างาน/ไม่มีงานทำ
- ใช้สารเสพติด
- อื่นๆ (ระบุ).....

7.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

- ไม่มีผู้ดูแล
- มีการใช้อารมณ์สูงในครอบครัว
- อื่นๆ (ระบุ).....

7.3 ชุมชน

- ชุมชนหวาดกลัว/ไม่ยอมรับ
- อื่นๆ (ระบุ).....

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

1.1 Clinical pathway

1.2 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือสำหรับวัดภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการจัดทำโครงการ

3.1 แบบตรวจสอบผลลัพธ์เกิดขึ้นทุกกิจกรรม

Clinical Pathway

เรื่อง แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดเป็นลักษณะเด่น มีการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีหูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว อาจทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และนำไปสู่การสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการดีขึ้น แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังมีปัญหาความบกพร่องในการดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ การปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะปัญหาอารมณ์ซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลังมีอาการโรคจิต (Post Psychotic) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 50-70 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2537) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงเป็นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อใช้ Clinical Pathway

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย Schizophrenia
2. ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา (รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง/ 1 ปี)
3. มีปัญหา Stigma ในครอบครัวและในชุมชน
4. มีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์
5. มีปัญหาการใช้อารมณ์ในครอบครัว/ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน
6. ขาดทักษะในการดูแลตนเองและทักษะในการเข้าสังคม
7. Admit > 2 ครั้งขึ้นไป / Readmitted > 2 ครั้งใน 1 ปี / Readmitted ภายใน 3 เดือน

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน
Clinical Pathway for Schizophrenia in Community

<p>โรงพยาบาลท่าหลวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>Dischargeจาก โรงพยาบาล.....เมื่อวันที่..... ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี Diagnosis..... ระยะเวลาการติดตามเยี่ยม.....สัปดาห์</p>
<p>แพทย์เจ้าของไข้.....</p>	<p>ผู้บันทึก.....</p>
<p>ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่พบ</p>	<p>เกณฑ์การส่งต่อ</p>
<p>สัปดาห์ที่ 1-2</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยต้องกระตุ้น - มีความพร้อมในการสื่อสารความต้องการของตนเอง - <p>สัปดาห์ที่ 3-4</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีปัญหาการปรับตัวเข้ากับคนในครอบครัวและในชุมชน - มีความพร้อมในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการจัดการกับอารมณ์ - - <p>สัปดาห์ที่ 5-6</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง - ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารความต้องการของตนและสามารถทำงานและ ประกอบอาชีพในชุมชนได้ - 	<p>ก่อนส่งต่อเครือข่ายผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอาการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการทางจิตสงบ - ไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอน - -

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน
Clinical Pathway for Schizophrenia in Community

ผู้ปฏิบัติ หมายเลข 1 = แพทย์ 2 = พยาบาล 3 = เภสัชกร

หัวข้อเรื่อง	อาทิตย์ที่ 1 - 2 เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	อาทิตย์ที่ 3-4 เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	อาทิตย์ 5-6 - Refer เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
Expected Outcomes	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา - <p>ญาติ/ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย - 	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและผู้อื่นในชุมชนและมีสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม - <p>ญาติ/ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ - 	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและผู้อื่นในชุมชนและมีสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม - <p>ญาติ/ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลรวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วย -
Assess & Consult	<ul style="list-style-type: none"> - ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย(1) 	<ul style="list-style-type: none"> - ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย(1) 	<ul style="list-style-type: none"> - ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย(1)

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน
Clinical Pathway for Schizophrenia in Community

ผู้ปฏิบัติ หมายเลข 1 = แพทย์ 2 = พยาบาล 3 = เภสัชกร

หัวข้อเรื่อง	อาทิตย์ที่ 1 – 2 เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	อาทิตย์ที่ 3-4 เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	อาทิตย์ 5-6 - Refer เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
Medication	- ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย -	- ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย (1) -	- ประเมินทักษะทางสังคม(2) -
Activity	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการ บำบัด(2) -	- ฝึกทักษะในการดำรงชีวิตพื้นฐาน(Basic Living Skills)(2) -	- ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของ ผู้ป่วย และปรับชนิดและขนาดยาให้เหมาะสมกับหน่วย PCU เพื่อการดูแลต่อเนื่อง(1) -
Health Education	- ให้ความรู้เกี่ยวกับยา การรับประทานยาและ อาการข้างเคียงของยา(3) -	- จัดกลุ่มให้ความรู้ตามสภาพของผู้ป่วยและฝึก ทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ(2) -	- จัดกลุ่มให้ความรู้ตามสภาพของผู้ป่วยและฝึก ทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ(2) -

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน
Clinical Pathway for Schizophrenia in Community

ผู้ปฏิบัติ หมายเลข 1 = แพทย์ 2 = พยาบาล 3 = เภสัชกร

หัวข้อเรื่อง	อาทิตยที่ 1 – 2 เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	อาทิตยที่ 3-4 เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	อาทิตย 5-6 - Refer เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
Discharge Planning	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมา รักษาซ้ำ(2) - ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อ การรักษาตามนัด(2) - 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์ เพื่อการรักษาตามนัด (2) - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญของ การไปพบแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาลตามนัด (2) - 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อ การรักษาตามนัด(2) - เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งต่อ ให้เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง(2) -

แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nurse Practice Guideline)
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีอาการเกิดขึ้นมาแล้วอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน – ก่อน 2 ปี โดยรวมทั้งระยะที่ปรากฏอาการนำในระยะแรก และมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง ได้แก่ ซึมเฉย ความคิดไม่ต่อเนื่อง หรือมีเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันมีความคิดหลงผิดแปลกๆ มีอาการประสาทหลอนที่ไม่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าหรือสนุกสนาน เป็นเวลาหลายวันมาแล้ว หรือปรากฏอาการบ่อยๆในหนึ่งสัปดาห์ เป็นเวลาหลายสัปดาห์ และมีอารมณ์เรียบเฉยหรือไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในด้านการทำงาน และทางสังคมต่ำ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า เมื่ออาการในระยะเฉียบพลันทุเลาลง ผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป เพราะมีข้อจำกัดในการดูแลแม้ว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง ก็มักเป็นไปอย่างขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เนื่องจากไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยหรือมีความรู้สึกอับอายหรือคิดว่าหายดีแล้ว พฤติกรรมทางสังคมและการดูแลตนเองเสื่อมลง เป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัวต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือทำหน้าที่แทน ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องช่วยกระตุ้นและดูแลรับผิดชอบช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยหยุดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มักเกิดอาการกำเริบ

การดูแลผู้ป่วย 1-2 สัปดาห์

Assessment	Intervention	Outcome
<p>☉ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความรับผิดชอบงานได้ด้วยตนเอง โดยมีญาติคอยกระตุ้นและให้การช่วยเหลือ แนะนำเป็นครั้งคราว</p>	<p>☉ ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง และให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีกิจกรรมที่เหมาะสม</p> <p>☉ ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันและงานที่รับผิดชอบ</p> <p>☉ ..</p>	<p>☉ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่นอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการทำงานที่รับผิดชอบ โดยไม่ต้องมีญาติคอยกระตุ้นหรือให้การช่วยเหลือ และนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง/ต่อคืน</p>
<p>☉ ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องโรค อาการ และการรักษา</p>	<p>☉ ให้ความรู้ และคำแนะนำ เรื่องการของโรค สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอาการกำเริบแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>☉ ..</p>	<p>☉ ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรค อาการแต่ละระยะ สาเหตุที่อาจทำให้โรคกำเริบ และการรักษาพยาบาลโดยบอกได้ถึงชื่อโรค อาการ และการรักษา</p>
<p>☉ ..</p>	<p>☉ ..</p>	<p>☉ ..</p>

การดูแลผู้ป่วยระยะ 3-4 สัปดาห์

Assessment	Intervention	Out Come
<p>◎ ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม</p>	<p>◎ สร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด เพื่อช่วย... เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีความมั่นใจในทีมสุขภาพ</p> <p>สร้างเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง</p> <p>◎ ให้ความรู้ทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p> <p>◎</p>	<p>◎ ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม</p>
<p>◎ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการเข้าสังคม</p>	<p>◎ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเกิดทักษะการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>◎ ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเริ่มจากบุคคลใกล้ชิดก่อน และให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้</p> <p>◎</p>	<p>◎ ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม</p>

การดูแลผู้ป่วย 5-6 สัปดาห์

Assessment	Intervention	Out Come
<p>⊙ ผู้ป่วย ไม่สามารถประกอบอาชีพ เพื่อสร้างรายได้ให้ตนเอง หรือไม่สามารถช่วยการทำงานของครอบครัวได้</p>	<p>⊙ ฝึกกิจกรรมอาชีพะบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>⊙ หาแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพให้ผู้ป่วย</p> <p>⊙</p>	<p>⊙ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานในครอบครัว หรือประกอบอาชีพได้</p>
<p>⊙</p>	<p>⊙</p>	<p>⊙</p>

คู่มือ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)
สำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

โดย

อัญชลี ทรงผาสุข

จินตนา ฐนิพันธ์

คำนำ

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยการใช้การจัดการรายกรณี เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วยแนวคิดและหลักการพื้นฐานการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพและแบบติดตามต่างๆที่ใช้ประกอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คู่มือนี้จะเป็นประโยชน์กับทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช (ผู้จัดการผู้ป่วย) เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งใช้ในระหว่างการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชุมชน โดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนต่อไป

อัญชลี ทรงผาสุข

จินตนา ยูนิพันธุ์

สารบัญ

	หน้า
แนวคิด หลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	1
ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	1
วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	1
ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	2
ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	2
องค์ประกอบหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	3
ขั้นตอนการปฏิบัติในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	4
การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	4
หลักการและเหตุผล	4
วัตถุประสงค์	5
องค์ประกอบสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท	6
ขั้นตอนการปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	10
แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว	12
แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและสาเหตุ	16
แบบบันทึกการประชุมปรึกษา Case Conference	17

แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
2. เพศ.....สถานภาพ.....การศึกษา.....
อาชีพ.....
3. ที่อยู่.....
4. ชื่อผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....
5. วันที่ติดตามเยี่ยม.....ครั้งที่.....การวินิจฉัยโรค.....
6. รายชื่อผู้ติดตามเยี่ยม 1.....
2.....
3.....

7. สาเหตุการติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ผู้ป่วย มีอาการกำเริบป่วยซ้ำ
- 2. ผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้ง
- 3. ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย
- 4. ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- 5. อื่นๆ ระบุ.....

8. วัตถุประสงค์การติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
- 2. เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน
- 3. เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
- 4. เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว
- 5. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำกับญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
- 6. อื่นๆ ระบุ.....

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ที่พบขณะติดตามเยี่ยม)

- 1.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการช่วยเหลือ

1. อาการปัจจุบันขณะติดตามเยี่ยม.....
2. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ยากิน/ยาฉีด).....
.....
.....
3. การรับประทานยา.....
4. อาการข้างเคียงของยา.....
.....
5. ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมต่างๆ
 - 5.1.....
 - 5.9 อื่นๆ ระบุ.....
6. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งช่วยเหลือด้าน ไม่มี มี ระบุ...
7. การประเมินปัญหาจากการติดตาม
 - 7.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย
 - 7.2.....
 - 7.3

แบบบันทึกการประชุมปรึกษา Case Conference

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ผู้เข้าร่วมประชุม

- 1. ตำแหน่ง
- 2. ตำแหน่ง
- 3. ตำแหน่ง
- 4. ตำแหน่ง
- 5. ตำแหน่ง

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย..... อายุ..... ปี

วันที่รับไว้ในความดูแล.....

หัวข้อปัญหาในการประชุม.....

การวิเคราะห์ปัญหาของที่ประชุม

.....

.....

.....

แนวทาง/วิธีการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

การติดตามประเมินผล

.....

.....

กำหนดการประชุมครั้งต่อไป.....

(.....)

ผู้บันทึกการประชุม

ตำแหน่ง

แบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแล

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ จัดทำเพื่อศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และผู้ดูแลมีภาวะการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะใช้ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล และจะส่งผลไปถึงผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะการดูแล จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. อายุผู้ดูแลปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส
 แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน แต่งงานแล้วแยกกันอยู่ หม้าย/หย่า
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา
ปริญญาตรี
5. อาชีพ
 งานบ้าน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร รับจ้าง
 ค้าขาย อื่นๆ
6. รายได้
 รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย
 รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีรายได้ อื่นๆ
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....เดือน / ปี

1.2 สำหรับผู้ป่วย

1. อายุปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. จำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้ง
4. สถานภาพสมรส
 แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน แต่งงานแล้วแยกกันอยู่ หม้าย/หย่า
- 5.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแล

ผู้ป่วย โดยเขียนเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย					
3.					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย					
3.					
.....					
.....					
.....					
.....					

Check list สำหรับผู้จัดการรายกรณี
รายชื่อผู้ป่วย.....

กระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ ทีมสหวิชาชีพ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. ผู้จัดการรายกรณีคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ			
2. ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทุกด้าน โดยบันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนและครอบครัว			
3. ผู้จัดการรายกรณีประสานกับทีมสุขภาพ.....			
4. ปฏิบัติการพยาบาลตาม Care Maps ที่จัดทำไว้ โดย.....			
5. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้า.....			
6.			

ภาคผนวก ง

กรณีตัวอย่างการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี ภูมิลำเนา ตำบลหนองผักแว่น อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรีป่วยด้วยโรค Schizophrenia มาประมาณ 4 ปี เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา 1 เดือน หลังจากนั้นไปรับยาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ประมาณ 2 ปี จึงกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลท่าหลวง 3 เดือน มีอาการป่วยซ้ำ ด้วยอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย เดินเรื่อยเปื่อยไปตามป่า ญาติจึงกลับไปรับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา และรับยาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันโดยบิดาขับรถจักรยานยนต์ระยะทางประมาณ 150 กิโลเมตรพาผู้ป่วยไปรับยาทุกเดือน ผู้ป่วยมีอาการซึม เชื่องช้า นอนทั้งวัน ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน กิจวัตรประจำวันต้องกระตุ้น ผู้ดูแลโดยเฉพาะบิดาเครียดและกลัวกับอาการของบุตรชายมาก เนื่องจาก และบิดาต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวทั้งหมด โดยต้องไปขายไอศกรีมทุกวัน วันไหนหยุดขายจะไม่มีรายได้

นาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยรายนี้คือ

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ พบว่าผู้ป่วยรายนี้ขาดทักษะในการดูแลตนเอง และให้ผู้ดูแลทำแบบวัดภาวะการดูแลพบว่ามีคะแนน 3.50 ซึ่งมีภาวะการดูแลอยู่ในระดับมาก และแนะนำโครงการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรับทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าโครงการ ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ความสนใจและยินยอมเข้าโครงการ หลังจากนั้นจึงนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการ เกสซ์กรประเมินผลข้างเคียงของยา และพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล และใช้ Clinical pathway ในสัปดาห์ที่ 1-2 พบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการข้างเคียงของยาคือ ตัวแข็ง ง่วงซึม ระบายน้ำ และยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่เป็นยาที่มีในโรงพยาบาลท่าหลวงจึงแนะนำผู้ญาติให้ปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาในการกลับมารับยาต่อเนื่องใกล้บ้าน ญาติต้องกระตุ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร ตื่นนอน ญาติเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทีมสหวิชาชีพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้ป่วยที่พบให้การดูแลตาม Clinical pathway และประเมินผู้ป่วยตาม Expected outcome พบว่าผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการทำงานบ้านต้องกระตุ้นบ้าง เช่น ตักน้ำ ล้างจาน ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้โดยต้องกระตุ้นเช่น ตื่นนอน อาบน้ำ และญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งเข้าใจอาการของผู้ป่วยเกิดจากโรคที่เป็นไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยชี้แจง และ

ให้ความร่วมมือในการร่วมวางแผนการรักษาเป็นอย่างดี แพทย์ไม่ได้ปรับยาให้ยังพบอาการ
กระหายน้ำอยู่

สัปดาห์ที่ 3-4 พบว่าผู้ป่วยสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้โดยไม่ต้องกระตุ้นแต่บางครั้งจะเซื่องช้า ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น แต่มีปัญหาการงานและอาชีพ คือ ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆโดยไม่มีรายได้ พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนจึงฝึกทักษะในการดำรงชีวิตพื้นฐานให้ผู้ป่วยลองปลูกผักสวนครัวและรับผิดชอบในการดูแล ผู้ป่วยเลือกที่จะปลูกผักบุ้งโดยให้เหตุผลว่าชอบรับประทาน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ บิดาไปซื้อเมล็ดพันธุ์ผักให้ผู้ป่วยปลูก ผู้ป่วยยกแปลงผักและปลูกผักรวมทั้งรดน้ำผักด้วยตนเองทุกวัน และได้ประสานงานหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยคือ ได้ติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลในอารของงบประมาณสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดสรรงบประมาณในส่วนนี้ช่วยเหลือผู้ยากไร้ในพื้นที่โดยผู้ป่วยต้องให้แพทย์ตรวจเพื่อออกไปรับรองความพิการและจึงนำหลักฐานต่างๆมายื่นต่อองค์การบริหารส่วนตำบล

สัปดาห์ที่ 5-6 พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพในชุมชนได้ พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนจึงให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น การรับจ้างทำงานในแหล่งผลิตสินค้า 1 ตำบล 1 ผลิตภัณฑ์ ในหมู่บ้าน ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมและความถนัดของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยรายนี้ยังต้องฝึกการทำงานในบ้านซึ่งอยู่ในการดูแลของบิดาและมารดาเมื่อผู้ป่วยสามารถทำงานบ้านได้จนไม่ต้องกระตุ้น จึงจะให้ผู้ป่วยทำงานนอกบ้านได้

สรุปกรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลโดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้แผนการดูแล Clinical pathway ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกับดูแลผู้ป่วยตามแผนโดยมีการติดตามกำกับคุณภาพการดูแล (Monitoring quality of care) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี ติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแล กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ของกิจกรรม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยเหลืองานบ้านได้ และได้ฝึกทักษะในการดำรงชีวิตพื้นฐาน ผู้ป่วยสามารถปลูกผักสวนครัวและดูแลรับผิดชอบด้วยตนเองจนผักบุ้งที่ปลูกโตและรับประทานได้และญาติได้ฝึกให้ผู้ป่วยทำอาหารง่ายๆด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น สำหรับในเรื่องยาญาติได้ปรึกษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จึงส่งตัวผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลท่าหลวง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีเวลาในการทำงานหารายได้ ได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ลดลง จึงให้ผู้ดูแลทำแบบวัดภาวะการดูแลพบว่ามีความเครียด 2.60 ซึ่งมีภาวะการดูแลลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการ

ดูแลจนสามารถที่จะรับผิดชอบงานในบ้านได้ยังเช้าในบางครั้ง แต่สำหรับการทำงานหารายได้เลี้ยงชีพนั้นญาติวางแผนว่าจะให้ทำงานในบ้านให้คล่องก่อนจึงจะฝึกให้ทำงานนอกร้าน

แผนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เมื่อสามารถทำงานง่ายๆได้และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่จะติดตามเยี่ยมและให้การสนับสนุนในเรื่องการประกอบอาชีพ เช่น รับซื้อผักจากผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกอาชีพในชุมชนต่อไป

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางสาวอัญชลี ทรงผาสุข เกิดเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2516 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เมื่อปี พ.ศ.2541 ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าหลวง อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี เวลา 2 ปี จึงย้ายไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลท่าหลวง อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี