

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. 2546. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กรรณิการ์ เย็นสุข . 2544. ผลของการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายนครณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล และความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา .
- กระทรวงสาธารณสุข , สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. 2543 . ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ . สรุปการสัมมนาระดับชาติวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545. แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2 : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด : กรุงเทพฯ .
- จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ . 2546. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ . กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ธา วีระสมบุรณ์ . 2539 .ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ . โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์อัมพร รุณดี . 2544. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- จรียาวัตร คมพ้อยค์ . 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและผู้ให้บริการพยาบาล ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ . กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิวาพร พู่เฟื่อง และคณะ . 2544 . การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร จังหวัดนนทบุรี . การประชุมวิชาการสุขภาพจิตปี 2544 . นนทบุรี : วงศ์กมลโปรดักชั่น.
- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ . 2541. การบริหารการพยาบาล . คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ปราชญ์ บุญดวงศรีโรจน์ และคณะ. 2544 . รายงานการวิจัย เรื่อง การนำระบบ การจัดการผู้ป่วยราย

- กรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน . ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์ .
- โปรบทิพย์ กสิพันธุ์ . 2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารพยาบาลศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย สงวนสิน , จุฬารัตน์ วิเศษรัตน์และชุติมา ประทีปประจิดดี . 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต_5(3) : 16-22 .
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ . 2537 . ประเด็นปัญหาการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลำดับความสำคัญ: ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า :ทิศทางและรูปแบบ.กรุงเทพฯมหานคร:สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล .
- พะยอม อยู่สวัสดิ์ .2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต :ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ: ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางและรูปแบบ.กรุงเทพฯมหานคร:สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ไพรวลัย ร่วมซ้าย และคณะ . 2543.การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา .
- มาโนช หล่อตระกูล . 2546.จิตเวชศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 7 . กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์ .
- เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา . 2542.Case management_ กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพการพยาบาล .กรุงเทพฯ : J.S. การพิมพ์ .
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2545.คู่มือการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระบบ Case Management_ขอนแก่น:โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น .
- ลัดดา ศักดาเดชฤทธิ์ . 2546. การประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระบบ Case Management . ใน : การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546 นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต : 214 .
- วัชรวิ หัตถพนม และคณะ. 2529 .รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น . โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- สมพันธ์ หิญชีระนันท์ . 2539.การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต.วารสารพยาบาล : 45(4) 1-3.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ . 2544 . การนำ Case Management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน . เอกสารจัดเตรียมเพื่อการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิตปี 2544 .
 ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- สัมพันธ์ มณีรัตน์ . 2546 .ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อ
 การบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
 สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ . 2537 . คุณภาพชีวิตการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการ
 ดูแล . ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. 2541 . เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
 ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด_ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. 2541 .คุณภาพชีวิตของคนไทย
 ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ.ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง
 จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.2542.ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่
 บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการ
 พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 13 มกราคม – มิถุนายน : 24 – 31.
- สุภาภรณ์ ทองดารา.2545. ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อความ
 สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- สุมณฑา บุญชัย . 2545 . พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแล
 ตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์พยาบาล
 ศาสตรมหาบัณฑิต,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมณฑา บุญชัย. 2544.พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วย
 จิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง.2545. แนวทางการ
 สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม
 ครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1 :
 โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ,กรุงเทพฯ .

- ศักดิ์ดา กาญจนาวีโรจน์กุล .2537 . คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป .
 ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น .
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน . 2545 . แนวทางการพยาบาลระบบบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ
 ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน . วารสารสุขภาพจิต
 แห่งประเทศไทย .
- หงส์ บรรเทิงสุข . 2545 . ปัจจัยทำนาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพ
 จิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- อภิชัย มงคล และคณะ . 2544 . การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร
 ประเมินผลตามกรอบ Logical Framework . ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์ .
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.2542.การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และ
 ครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่
 13 กรกฎาคม – ธันวาคม : 32 - 44.
- อุไรวรรณ เฟื่องหนู.2546 . กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตบ้าน
 ท่าม่วงอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี . วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย . ปีที่
 11 ฉบับที่ 1 มกราคม : 1-12.

ภาษาอังกฤษ

- American Nurses' Association . 1988. **Nurse Case Management** .Missouri: American
 Nurse' Association.
- American Psychiatric Association . 1994 .**Diagnostic and statistic manual of mental disorder** .
 (4th ed) . New Jersey : Prentice - Hall .
- Andrew E. Scharlach. 2001. **Case management in long-term care intregration:An overview
 of current programes and evaluation** . University of California .
- Austin,C.D. 1983. **Case management in long-term care:options and opportunities**. Health
 and Social Work.
- Baker,F.,Jodrey,D. 1992. Social support and quality of life of community support clients.
CommunityMental Health Journal 28 ; 297-311.
- Baker, C . 1995.The development of the Self – Care Ability to Detect Early Signs of Relapse

- Among Individuals Who Have Schizophrenia . **Archives of Psychiatric Nursing.** 9(5);261 – 268.
- Beebe, L.H. 2002. Problem in Community Living Identified by People With Schizophrenia. **Journal of Psychosocial Nursing.** 40(2); 38 – 45.
- Brooten D,et al. 1999. **Bridging the gap between psychiatric hospitalization and community care :cost and quality outcomes.**J.AmPsychiatr.Nurses.Assoc.:5:46-53.
- Carole,A.S.,et al. 1999. **Advanced Practice Nursing in Psychiatric and Mental Health Care.**St.Louis:mosby.
- Caron,J.et al. 1998. Component of social support and quality of life in severely mentally III,low Income and a general population group. **Community Mental Health Journal.** 34 (5):459-475.
- Cohen,E. 1996, **Nurse Case Mangement In the 21 st Century.**St Louis:Mosby.
- Collier P,Early A. 1995.A team approach to geriatric case management . **Journal of Case Management** 4(2):66-70.
- Dorothea E.Orem. 1991.**Nursing concepts of practice.**Mosby Year Book,Inc.
- Holtzman ,J .Bjerke,T.and Kane,R. 1997. **The Effects of Clinical Pathway for Renal Transplant on Patient Outcomes and Length of Stay .**Medical Care 36(6) 826-834.
- Ireson, C.L. 1996. **Critical Pathway :Effectiveness in Achieving Patient Outcomes .**Jona 27 (4)16-22.
- Jean,G&Rosalie,H. 1999. **The Renaissance of Primary Care :An Opportunity for Nursing Advanced Practice Nursing Changing Roles and Clinical Applications .** Lippincott.
- Kaplan,H.I.&Sandock,B.J. 1998. Kaplan&Sandock.**synopsis of psychiatry :behavioral sciences and clinical psychiaty.**8 ed. Baltimore. Williams&Wikins.
- Katschnig,H,Freeman ,H ,Satorious ,N. 1997.**Quality of life in mental disorders.** New York : Johnson wiley & sons.
- Lubkin,L.M. 1986. **Chronic illness :impact and intervention .**Boston Jones and Bartlet Publisher, Inc.
- Loukissa , D.A. 1995. Family burden in chronic mental illness a review of research studies. **Journal Advance of Nursing.** 21:248-255.
- Luis ,S.A.Hydo,B&Clark,L. 1993. **Nursing Assesment of Mental Status in the Elderly**

- .Geriatric Nuesing** .14(3):255-259.
- Meltzer,H.Y.et al . 1990 .Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of Chronic Schizophrenic patients .**Hospital and community psychiatry**.41(8): 892-897.
- Michall L.Boyd,Barbara F,Alice W,and Catherine A. 1996. **Community – Based Case Management for Chronically Ill Older Adults**.**Nursing Management**.27(11): 31-32.
- Mozter,S.U. & Stewart,J.B. 1996.Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons With coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Research in nursing & health**. 19:287- 298.
- Mueser,K.T., Bond, G.R.,Drake,R.E.,& Resnick, S.G. 1998 . **Model of community care for Severe Mental illness : a review of research on case management .** Schizophrenia Bulltin . 24 (1) : 37-74 .
- Murray ,R.B,and Zentner,J.p. 1989. **Nursingconcepts for health promotion** . New York:Prentice :Prenticetall.
- Nikkonen , M . 1996 . Life after the mental hospital : the way of deinstitutionalized psychiatric patients . **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** . 3 : 373 – 383 .
- Pender,J.N. 1996. **Health promotion in nursing practice**, 3rd ed.Connecticut:Appleton&Lange.
- Powell, Suzuki.K. 1996. **Nursing case management : A practical guide to success I Managed care**. Philadelphia :Lippincott – Raven .
- Powell, Suzuki.K. 2000 . **Nursing case management : A practical guide to success I Managed care**. Philadelphia :Lippincott – Raven .
- Rose,E.L. 1997. Family of Psychiatric Patients : a critical review and future research direction. **Archievs of Psychiatric Nursing**.31:19-21.
- Sadock, B.J.G.&Sadock, V.A. kaplan&Sadock's . 2000,**comprehensive Textbook of Psychiatry**.7ed.Philadelphia:Lippincott.
- Skantze,K.et al. 1992. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. **American Journal of Psychiatry**. 161:797-801.
- Spitzer Lehmann, R. 1994. **Nursing management desk reference : concepts : skill and strategie**.Philadelphia :W.B.Saunder .

- Topp R. Tucker D. and Weber C. 1998. **Effect of a clinical case manager/clinical nurse specialist on patients hospitalized with congestive heart failure** . Lippincott's Case Management. Social Work 3(4):140-147.
- Videbeck, L.S. 2001. **Psychiatric Mental Health Nursing Philadelphia** : Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization . 1992. **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines** . Switzerland.
- Wanda Anderson-Loftin . 1999. Nurse Case Managers in Rural Hospitals. **JONA** 29(2):42-49.
- WHOQOL Group . 1996. **What quality of life ? World health forum** . 17(Nov) : 354 – 356 .
- Yaksic JR, DeWoody S, Campbell S. 1996. **Case management of chronic ventilator patient : reduce average length of stay and cost by half**. Lippincott's Case Management 1(1):2-10.
- Zander K. 1988. **Nursing case management : Strategic management of cost and Quality Outcomes**. Nursing Administration 18(5):23-30.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นางสาวสาวณะ พบสุข | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต และคลินิกบริการกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี |
| 2. นายแพทย์สมชาติ สุทธิกาญจน์ | จิตแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ |
| 3. นางเขวาลักษณ์ มีบุญมาก | พยาบาลวิชาชีพ 7 (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต คือสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พงวรรธน์ ทวีรัตน์, 2540: 125-126)

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

เมื่อ	α	=	ความเชื่อมั่นของแบบวัด
	n	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	S_i	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ
	S_t	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 :68-69)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

\bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัธมิมเลขคณิต

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน

N = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 :70)

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

S.D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว

n = จำนวนตัวอย่างของประชากร

2.3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการ
จัดระบบการดูแลในชุมชนภายในกลุ่ม สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ
ศรีสถิตนรางกูร , 2545:355)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_{\cdot d} / n}$$

\bar{d} = ผลของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

$S_{\cdot d}$ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

n = จำนวนคู่ของคะแนน

df = $n - 1$

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา(ตัวอย่าง)

1. คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
สำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คู่มือ

การใช้รูปแบบการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) สำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

โดย นางศันสนีย์ พูลผล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ

คำนำ

คู่มือการใช้รูปแบบการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม สำหรับทีมสหวิชาชีพนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโครงการศึกษาอิสระ เรื่องการศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม ระดับปริญญาโท ภาควิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำขึ้น เพื่อให้การดำเนินการศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้องตามกระบวนการและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ โดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับแนวคิดหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ กระบวนการขั้นตอนในการปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพได้ใช้เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจ และเป็นคู่มือในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างถูกต้องต่อไป

นางศันสนีย์ พูลผล
ผู้ศึกษา

สารบัญ

คำนำ	1
สารบัญ	2
คำชี้แจงการใช้เครื่องมือ	3
คำจำกัดความ	3
วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	3
การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	5
ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	7
ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	7
องค์ประกอบหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	8
บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ	10
ขั้นตอนการดำเนินการจัดการรายกรณี	13
ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	15

คำชี้แจงการใช้เครื่องมือ

คู่มือสำหรับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยจัดทำขึ้นสำหรับทีมสหวิชาชีพ ที่ร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม รายละเอียดประกอบด้วย

1. แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการจัดระบบการดูแลในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ
4. แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อใช้คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ทีมสหวิชาชีพสุขภาพ ร่วมกันสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพ
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าของทีมสหวิชาชีพและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

คำจำกัดความ

การจัดระบบการดูแลในชุมชน หมายถึง กระบวนการการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม โดยอาศัยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ร่วมมือกันในการจัดทำ แผนการดูแล ซึ่งมีผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานและเป็นผู้กำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตาม แผนการดูแล โดยมีการประชุมปรึกษาหารือกัน ในทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วย การคัดเลือกผู้ป่วยและประเมินสภาพ การประสานงานและการวางแผนการพยาบาล การดำเนินการตามแผน การกำกับติดตามและประเมินซ้ำ การประเมินครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการดูแล

แผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ร่วมกันสร้างขึ้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับวิชาชีพของ

คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ แล้วนำกิจกรรมดังกล่าวบรรจุลงในแผนการดูแล รวมของทีมสุขภาพ แล้วเวียนให้สมาชิกของทีมพิจารณา ปรับปรุงหรือให้ข้อคิดเห็นก่อนนำไปใช้ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินและการให้คำปรึกษา การให้ยา โภชนาการ กำหนดกิจกรรม การให้ความรู้ และให้การดูแลจิตใจและสังคม โดยช่วงเวลาสามารถแปรผันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยให้การพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยทำหน้าที่ตั้งแต่ รวบรวมข้อมูลประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว และปรับแผนการดูแลล่วงหน้า (clinical pathway) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้อภิปรายถึงแผนการดูแลผู้ป่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้นำการประชุมทีม กำกับดูแลเพื่อให้เป็นตามแผนที่กำหนดแต่ละช่วงเวลา กรณีที่เกิดปัญหาไม่เป็นไปตามแผนหรือมีความแปรปรวนจะต้องรวบรวมข้อมูลแจ้งให้ทีมทราบเพื่อปรึกษาหาทางแก้ไข ร่วมประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 3 ท่าน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีใบประกอบโรคศิลปะ
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลวิชาชีพและ รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (ผู้จัดการผู้ป่วย) นักจิตวิทยา เกษัชกร ที่ปฏิบัติงานอยู่ในทีมสุขภาพจิตจังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีใช้คู่มือ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงครามใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสำคัญ ผู้ใช้คู่มือประกอบด้วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหวิชาชีพ ผู้ใช้ควรอ่านเนื้อหาในคู่มือทั้งหมดให้เข้าใจก่อนนำไปใช้ดังนี้

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ศึกษาขั้นตอนในการปฏิบัติงาน การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง โดยศึกษาแนวคิด และบทบาทในการปฏิบัติงาน

ทีมสหวิชาชีพ

ศึกษาเนื้อหาสาระและแนวคิดในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดระบบการดูแลในชุมชน
ศึกษาบทบาทของทีมที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือและประสานงาน

การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การจัดระบบการดูแลในชุมชนพิจารณาตามคุณสมบัติดังนี้

1. บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิตตาม ICD 10 (International Classification of Disease) ที่กลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเภทเนื่องจากมีอาการกำเริบภายหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย หรือ

2. มีประวัติล้ามขัง หรือ

3. มีปัญหาครอบครัว หรือมีปัญหาซ้ำซ้อน เช่น ญาติทอดทิ้งไม่ดูแล หรือ มีปัญหากับสังคมหรือชุมชน

4. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ผู้รับผิดชอบดำเนินการ

นางศันสนีย์ พูลผล

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีแผนการดูแล ที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดความต่อเนื่อง สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยเกิด ความพึงพอใจ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริงต่าง ๆ อย่างมาก ทำให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ การงาน รวมทั้งมีสัมพันธภาพกับสังคมเสีย (สุวัทนา อารีพรค, 2524 : 245) นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศ

ไทย เนื่องจากพบมากถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป และมีอัตราค่าเจ็บสูงถึงร้อยละ 50 – 70 (กรมสุขภาพจิต , 2541) มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรง มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีความพร้อมในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการ เป็น ๆ หาย ๆ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี , 2531 : 991) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของประชากรทั่วไป และมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า (Allebeck, 1989 อ้างใน ไพรัตน์ พฤษชาติ คุณากร , 2533) การให้การรักษายาบาลก่อนข้างยุ่งยาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีสภาพทางคลินิกและการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง รวมทั้งการประสานบริการสุขภาพในทุกๆ ด้านยังไม่เหมาะสมเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่ โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน (Modrein, 1985 อ้างใน Chan & Wong, 1999) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดในโรคทางจิตเวช(สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช สถาบันสุขภาพจิต, 2541 และเกษม ดันติผลาชีวะ, 2537) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณ 175.36 บาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยสูงถึง 9,446.17 บาท ต่อราย (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2538) นอกจากนี้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายก่อนข้างสูงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วยและครอบครัวที่สำคัญคือ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้อัตกน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ญาติต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพและรู้สึกเป็นภาระในการ ดูแล ครัว ชิมเศร้า และบางรายมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง (จารุวรรณ ต.สกุล, 2524., เพชรา อินอิม, 2531)

จากการศึกษาพบว่าแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome Management) โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขา (Collaborative Team) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) มีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานในการดูแล สื่อสาร ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ รวมทั้งติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้คือสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังเป็นระบบการบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงเหมาะแก่การนำประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ

ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ต่อมาจึงมุ่งเน้นที่การให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วย (Cohen , 1993) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่

1. เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามแผนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวม
2. เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานของทีมสหวิชาชีพระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆเป็นอย่างดีเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และการบริการที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. เพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียเวลาแรงงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้หรือเร็วกว่า
4. เพื่อให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพมีการพัฒนาวิชาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่องานที่ปฏิบัติมากขึ้น

ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่จะให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน คือ

Zander (1988) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

American Nurse Association (1991) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการให้บริการแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย

Case Management Society of American (1994) ให้คำจำกัดความของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็น กระบวนการร่วมมือในการ ประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

สรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีการนำทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด เน้นความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายที่การดูแลที่มีคุณภาพ และต่อเนื่อง อาศัยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการจัดทำแผนการดูแล

เฉพาะราย เพื่อการประเมินวางแผนดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน กำกับดูแล ติดตาม และ ประเมินผลการจัดการตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลลัพธ์ตามที่วางไว้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Suinn (1998) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ กระบวนการบริหารงานเป็นสำคัญ โดยเน้นคุณลักษณะสำคัญของการจัดการต่าง ๆ ซึ่งเป็น ลักษณะของการปฏิบัติงานที่เอื้อให้งานบรรลุผลสำเร็จ และส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจใน การทำงานได้ 5 ด้านคือ

1. **ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน** หมายถึง ความร่วมมือของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนถึงการประเมินผลการ ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือกันและกัน การยอมรับฟังความคิดเห็นของร่วมงานและร่วมกัน รับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

2. **การประสานงาน** หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานหรือการกำหนดขั้นตอน การทำงานที่ชัดเจน การกำหนดขอบข่ายงานชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน การปรับเปลี่ยนเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน และการจัดให้มีประชุมปรึกษากันทั้งภายในและระหว่างแผนก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

3. **การติดต่อสื่อสาร** หมายถึง การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ขององค์กร ความ สะดวกของการติดต่อสื่อสาร ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระ

4. **ความต่อเนื่องของการดูแล** หมายถึง การที่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า การดูแลเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดตอน การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและ ภายนอก หน่วยงานเพียงพอ และทันเวลา การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อ อย่างรวดเร็ว

5. **การจัดสรรทรัพยากร** หมายถึง การจัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการใช้งานของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้เหล่านั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ (ศุวัชรีย์ ฐนิมาข, 2543)

ความร่วมมือของบุคลากรสหสาขาวิชา (Collaborative Multidisciplinary Team) หมายถึง

ความร่วมมือของบุคลากรทีมสหวิชาชีพเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ รวมทั้งการเตรียมบุคลากรในทีม เพื่อให้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management Plan) หมายถึง แผนการดูแลผู้ป่วยที่เขียนขึ้นล่วงหน้า (Clinical Pathway) โดยบุคลากรในทีมร่วมกันกำหนดขึ้น หรือเห็นชอบที่จะนำมาเป็นเครื่องมือสำคัญ สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ ลักษณะของแผนจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สถาบัน

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงาน และกำกับการดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามที่วางไว้ตลอด 24 ชม.

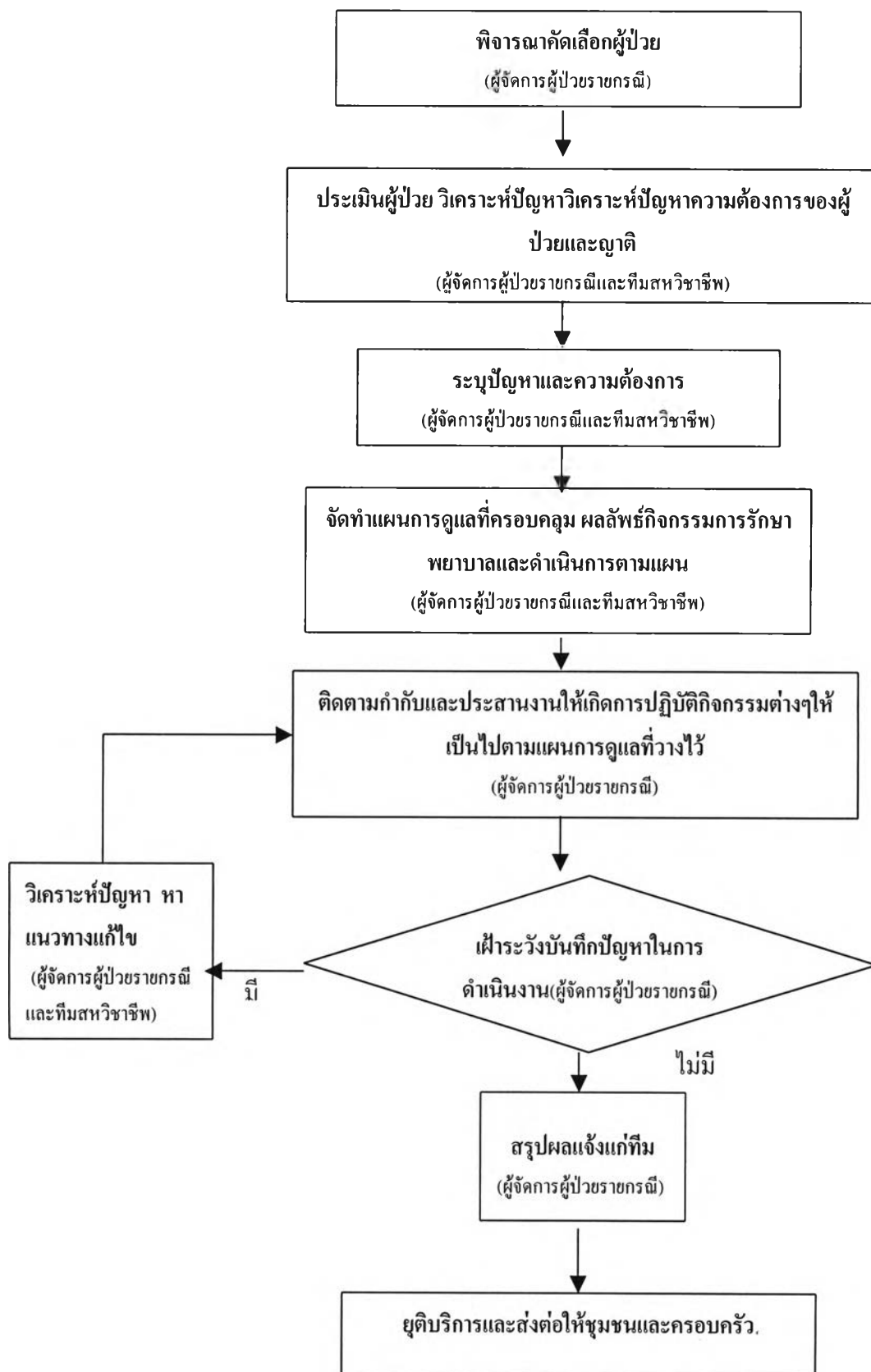
แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ

เป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะของผู้ให้บริการ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่ข้อยละเอียดของแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล ที่แสดงกิจกรรมและการคาดหวังผลลัพธ์ตามช่วงเวลาต่างๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดขึ้น ซึ่งเขียนไว้เรียบร้อยในรูปแบบมาตรฐาน (Zander, 1998) เป็นเสมือนแผนที่หรือแนวทางการประเมินในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Giliano et. al, 1991)

เป้าหมายการทำแผนการดูแล

1. ทำให้เกิดแนวปฏิบัติเพื่อให้บรรลุมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตรงตามที่ CPG กำหนด
2. เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยที่สร้างและนำมาใช้ โดยทีมดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
3. สามารถวัดผลและปรับเปลี่ยนได้

ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัด
สมุทรสงคราม



แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

Case manager และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

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

7. สาเหตุการติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ผู้ป่วย มีอาการกำเริบป่วยซ้ำ
2. ผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้ง
3. ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย
4. ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล
5. อื่นๆ ระบุ.....

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ที่พบขณะติดตามเยี่ยม)

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการช่วยเหลือ

1. อาการปัจจุบันขณะติดตามเยี่ยม

- 1.1 หงุดหงิดง่าย ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน
- 1.2 ดุคำ ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน
- 1.3 แยกตัวเอง ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน

5. ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำงานกิจกรรมต่างๆ

5.1 การรับประทานอาหาร ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน5.2 การทำความสะอาดร่างกาย ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน5.3 การแต่งกายด้วยตนเอง ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน5.4 การขับถ่ายอุจจาระ ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน

ปัสสาวะด้วยตนเอง

5.5 การออกกำลังกาย ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน5.6 การมีส่วนร่วมในการทำ ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน

กิจกรรมในครอบครัว

5.7 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน5.8 การประกอบอาชีพ ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน มีเกือบทุกวัน

ที่ก่อให้เกิดรายได้

6. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งช่วยเหลือด้านจิตใจในชุมชน (หมอคุณ หมอพระ พระ วัด กองทุนต่างๆ การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ)

ไม่มี มี ระบุ.....

.....

.....

.....

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 โดยเฉพาะปัญหาอารมณ์ซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลังมีอาการ โรครจิต (Post Psychotic) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 50-70 (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2537) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงเป็นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อใช้ Clinical Pathway

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย Schizophrenia
2. ประเมินพบปัญหา Depression และ Suicide Idea หลังอาการทางจิต(Post Psychotic)
3. ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา(รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง/ 1 ปี)
4. มีปัญหา Stigma ในครอบครัวและในชุมชน
5. มีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์
6. มีปัญหาการใช้อารมณ์ในครอบครัว/ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน
7. มีประวัติเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ > 2 ครั้ง/ปี
8. ขาดทักษะในการดูแลตนเองและทักษะในการเข้าสังคม

แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลา ที่อยู่รักษา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
สัปดาห์ที่ 1 (ระบุวันที่ เริ่มต้นและ สิ้นสุดด้วยใน แต่ละระยะ\)	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบสภาพจิตและประเมินทาง กาย จิตและสังคม 2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ 3. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ผลการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา พฤติ กรรมที่เปลี่ยนแปลง 4. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น ความคิดฆ่าตัว ตาย พฤติกรรมก้าวร้าว แนวโน้มการ กลับไปใช้สารเสพติด 5. ประเมินการได้รับสารอาหาร ยาและ แบบแผนการนอนหลับ 6. มีการปฏิบัติทักษะทางสังคมและมีการ อยู่ร่วมกันกับผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม เช่น วิธีการจัดการกับปัญหาและการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 	<p>-Case manager/ แพทย์/นักจิตวิทยา</p> <p>-Case manager/ จนท.สธ</p> <p>-Case manager/ จนท.สธ</p> <p>-Case manager/ จนท.สธ</p> <p>- Case manager/ จนท.สธ</p>	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจวัตรประจำ วัน ได้ เช่น อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การแต่ง กาย การ ออกกำลังกาย การพักผ่อน และการทำงาน ที่รับผิดชอบ โดยไม่ต้องมีญาติคอยกระตุ้นหรือให้ การช่วยเหลือ

แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลา ที่อยู่รักษา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
สัปดาห์ที่2-3	1. มีการรับรู้ที่ถูกต้อง 2. มีทักษะทางสังคม 3. สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการเจ็บป่วย	7. ประชุมปรึกษาหารือในทีมดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 8. ผู้ป่วยและครอบครัวมีช่องทางในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยในกรณีเร่งด่วน 9. บันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว 1. ตรวจสอบสภาพจิตและสภาพร่างกาย 2. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3. ประเมินปัญหาของการใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน การรับประทานยาและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ/แนะนำ 4. ให้แรงเสริมทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจในการรักษาและดูแลตนเอง	- Case manager /ทีมสหวิชาชีพ - -Case manager / จนท.สธ - Case manager - Case manager /จนท.สธ - Case manager / จนท.สธ - Case manager /จนท.สธ	1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องโรค อาการแต่ละระยะ สาเหตุที่อาจทำ ให้โรคกำเริบ และการรักษาพยาบาล โดยบอกได้ถึงชื่อ โรค อาการ และการรักษา 2. ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยสังเกตจากจำนวนเม็ดยาที่เหลือ 3. ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ไม่แยกตนเอง และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น 4. มีความรู้และเข้าใจระบบบริการและหน่วยงานด้านสุขภาพในชุมชน โดยสามารถใช้บริการจากหน่วยงานที่มีในชุมชนได้

แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลา ที่อยู่รักษา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
		<p>5. สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่นผลข้างเคียงของยา</p> <p>6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดหารับประทานเองและขอความช่วยเหลือจากญาติได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>7. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ และความปลอดภัย</p> <p>8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านได้</p> <p>8.1 ร่วมกิจกรรมในครอบครัวและในสังคมได้ เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน ไปร่วมงานกับเพื่อนบ้าน</p> <p>8.2 สามารถประกอบอาชีพได้เองหรือช่วยเหลือครอบครัวได้</p> <p>8.3 ให้แรงเสริมและสอนทักษะการใช้ชีวิตทางสังคม และทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน</p>	<p>- Case manager /จนท.สธ/เภสัชกร</p> <p>- Case manager /จนท.สธ</p> <p>- Case manager /จนท.สธ</p> <p>- Case manager /จนท.สธ</p>	<p>5. ผู้ป่วย และ/หรือญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุของโรค อาการและการรักษาที่ถูกต้องได้</p> <p>6. ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม</p> <p>7. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานในครอบครัว หรือประกอบอาชีพได้</p>

แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลา ที่อยู่รักษา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
สัปดาห์ที่ 4	<p>1. ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข</p> <p>2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นที่จะให้ความช่วยเหลือตนเองได้</p>	<p>9. ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสม</p> <p>10. ปรับแผนการให้ยาให้เหมาะสมกับอาการและสภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>11. บันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>12. ในกรณีมีอาการกำเริบส่งต่อเครือข่ายระดับจังหวัดหรือระดับเขต</p> <p>13. ทีมสุขภาพร่วมกันวางแผนการจำหน่าย</p> <p>1. ตรวจสอบสภาพจิตและสภาพร่างกาย</p> <p>2. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ผลการรักษาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา</p> <p>3. ประเมินการกินยาและผลการรักษาด้วยยา</p> <p>4. ทบทวนความรู้ แผนการรักษา ปรับการให้ยาให้เหมาะสมกับอาการปัจจุบัน</p>	<p>-Case manager/ จนท.สช</p> <p>-Case manager/ จนท.สช/เภสัชกร</p> <p>-Case manager</p> <p>-Case manager/ แพทย์</p> <p>-Case manager/ ทีมสหวิชาชีพ</p> <p>-Case manager/ แพทย์</p> <p>-Case manager/เภสัชกร</p> <p>-Case manager/ แพทย์</p> <p>-Case manager/ แพทย์</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม ไม่แยกตนเอง และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม</p> <p>2. มีความรู้และเข้าใจระบบบริการและหน่วยงานด้านสุขภาพในชุมชน โดยสามารถใช้บริการจากหน่วยงานที่มีในชุมชนได้</p>

แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลา ที่อยู่รักษา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
	3. ประเมินผลการดำรงชีวิต ของผู้ป่วยในชุมชน	5. ประเมินทักษะการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับ ครอบครัวและชุมชน 6. ให้ความรู้และวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวเรื่องการติดตามอาการอย่าง ต่อเนื่อง 7. ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรทาง สังคมที่มีประโยชน์ในชุมชน 8. ให้ความรู้ในเรื่องประโยชน์ของการไป พบแพทย์ตามนัด 9. ให้คำแนะนำ/วางแผนช่วยเหลือเรื่อง การดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ 10. ยุติการดูแลระบบ Case management และส่งต่อให้ สถานีอนามัยในชุมชน	-Case manager / จนท.สธ -Case manager / จนท.สธ -Case manager / จนท.สธ -Case manager / จนท.สธ -Case manager / จนท.สธ -Case manager / ทิมสหวิชาชีพ	3. ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ร่วมกันในครอบครัวและ ชุมชน โดยมีเครือข่ายให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา อย่างต่อเนื่อง 4. ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ตามการศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
จังหวัดสมุทรสงคราม

คำชี้แจง

- 1.แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต
2. ผู้ป่วยโรคจิตในที่นี้หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia)
- 3.กรุณาเติมคำหรือกาเครื่องหมาย ✓ ให้ครบทุกข้อ
4. กรุณาตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด
5. คำตอบที่ได้รับไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่าน แต่เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของตัวท่านโดยรวมว่าเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	สำหรับผู้ศึกษา
1 ชื่อสกุล	id <input type="checkbox"/>
2 เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	Sex <input type="checkbox"/>
3 อายุ ปี	Age <input type="checkbox"/>
4 ที่อยู่อาศัย อำเภอ จังหวัด สมุทรสงคราม	amp <input type="checkbox"/>
5 สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 2 คู่อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3 คู่แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4 หม้าย <input type="checkbox"/> 5 หย่า	Sta <input type="checkbox"/>
6. การศึกษา <input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3 มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5 ต่ำกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6 ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7 สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 8 อื่นๆ ระบุ.....	Edu <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม(ต่อ)	สำหรับนักศึกษา
7. อาชีพ	occ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2 ค้าขาย <input type="checkbox"/> 3 แม่บ้าน <input type="checkbox"/> 4 รับจ้าง <input type="checkbox"/> 5 รับราชการ <input type="checkbox"/> 6 รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 7 ว่างาน <input type="checkbox"/> 8 อื่นๆ ระบุ.....	
8. รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ บาท (ของผู้ป่วยคนเดียว)	Inc <input type="checkbox"/>
9. มีผู้ดูแลขณะอยู่ในชุมชนหรือไม่	Car <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 ไม่มีผู้ดูแลอยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> 2 มีผู้ดูแล <input type="checkbox"/> 3 อื่นๆ ระบุ.....	
10. จำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้	ปี Ill <input type="checkbox"/>
11. เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือไม่	Eve <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2 เคย	
12. ถ้าเคย ะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง	Time <input type="checkbox"/>
13. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในรอบ 4 เดือนที่ผ่านมา	Med <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้รับประทานยาเลย <input type="checkbox"/> 2 รับประทานยาเมื่อมีอาการ <input type="checkbox"/> 3 รับประทานยา 1 -2 เดือน <input type="checkbox"/> 4 รับประทานยา 3 – 4 เดือน <input type="checkbox"/> 5 รับประทานยาทุกเดือน <input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ ระบุ.....	
14. ทุกครั้งที่ท่านมีอาการกำเริบท่านมีอาการใดเป็นอาการสำคัญหรืออาการเด่น	Sym <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1.เอะอะอาละวาด <input type="checkbox"/> 2. หวาดระแวงกลัวคนทำร้าย <input type="checkbox"/> 3. หูแว่วเห็นภาพหลอน <input type="checkbox"/> 4. ซึมเศร้า ท้อแท้ อยากรตาย <input type="checkbox"/> 5. แยกตัวเอง ไม่พูดคุยกับใคร <input type="checkbox"/> 6. วุ่นวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต

ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วกาเครื่องหมาย ✓ (ลงในช่องคำตอบเหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งในเรื่องงานหรือเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
18.ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19.ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด					
20.ท่านมีโอกาได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21.สภาพรอบๆบ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22.ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม)มากน้อยเพียงใด					
23.ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24.ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25.ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตนเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	แย่มาก	แย่น้อย	ปานกลาง	ดี	ดี มาก
26.ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด					

ประวัติผู้ศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

นางศันสนีย์ พูลผล เกิดวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2513 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2535 เข้าศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ฝ้ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม