ชื่อเรื่อง: การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องโดยทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน

ผู้ดำเนินงาน: ประภาภรณ์ ดลโสภณ ,รัตนา หาญพรม ( โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแก้ว ต.หนองแวง อ. สมเด็จ จ. กาฬสินธุ์ )

ผู้นำเสนอ: รัตนา หาญพรม

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องโดยทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน**โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับของทีมเครือข่าย**สุขภาพชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่ผู้ป่วยกลับมาสู่ชุมชนหลังจากถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลแล้ว เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของยาดาฟ (Yadav, 1980, p. 87 ) เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ญาติผู้ป่วย และทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน บ้านโนนชาด หมู่ที่ 8 ต.หนองแวง อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2560-มีนาคม2561 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข ทีมสุขภาพชุมชนร่วมกันดำเนินการดังนี้

1. ทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน ร่วมกันสร้างกระแสสังคม และแสวงหาการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวผู้ป่วย, การวิเคราะห์ปัญหาและคืนข้อมูลสภาพปัญหา, การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน พร้อมกับประกาศเป็นวาระชุมชน

2. ทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน ร่วมกันการวางแผนและร่วมดำเนินการ โดย 2.1)การอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยและคนในชุมชน2.2)พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ2.3)ตกลงความร่วมมือและการประกาศเป็นวาระชุมชนในรูปแบบของเสวนาพาแลง2.4)ขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

3. การควบคุมกำกับแผนงาน และประเมินผล โดยทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน พร้อมสะท้อนข้อมูลในที่ประชุม เดือนละ 1 ครั้ง

4. การร่วมกันจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคและที่อยู่อาศัย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีฐานะยากจน ช่วยเหลือจัดหาอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีรายได้และสามารถทำงานได้ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วม4ขั้นตอนของยาดาฟ (Yadav, 1980, p. 87) นอกจากนี้ยังเกิดผลลัพธ์อย่างอื่นตามมา ได้แก่ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและชุมชน เกิดความรักความสามัคคี และพลังขับเคลื่อนการพัฒนา เกิดความเอื้ออาทรและความผาสุกขึ้นในชุมชน จึงควรมีการนำกระบวนการดำเนินงานนี้ ไปพัฒนาและแก้ปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆในชุมชนต่อไป

**คำสำคัญ:** ทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

**ชื่อเรื่อง:** การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องโดยทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน

**ผู้ดำเนินงาน:** ประภาภรณ์ ดลโสภณ ,รัตนา หาญพรม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแก้ว ต.หนองแวง อ. สมเด็จ จ. กาฬสินธุ์

**สรุปสาระสำคัญ**

**บทนำ**

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และพบบ่อยที่สุดขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-35 ปี โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษา และในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังเข้าไม่ถึงการรักษา และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นจากปัจจัยด้านต่างๆ ไม่ว่า จากภาวะของเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน รวมถึงการเข้าไม่ถึงการรักษา การไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งทำให้สถานการณ์ของโรคซับซ้อนมากขึ้น จนมีแนวโน้มจะพบผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตเภทของตำบลหนองแวงมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจำนวน 50 คน คิดเป็นอัตราป่วย 6 ต่อ 1000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ ( ข้อมูล 11 พ.ย. 2560 ) ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแก้วและทีมเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่หน่วยบริการ ระดับสูง ถึงระดับชุมชน สู่ผลลัพธ์ที่ยังยืน จึงได้มีการดำเนินการพัฒนางานขึ้นมา พบว่า กระบวนการในการดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรค ได้แก่การดูแลต่อเนื่องในชุมชนและให้ชุมชนสามารถ จัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชน จัดที่อยู่อาศัยและจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับครอบครัวและ ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทแล้ว การรักษาทางจิตสังคมแบบต่างๆ สามารถลดอาการทางจิต เพิ่มการรับรู้ความเจ็บป่วย ( insight) ของ ผู้ป่วย ทำให้ได้รับการรักษาอย่าสม่ำเสมอและ การดูแลรักษาที่ดี คือการมุ่งเน้นให้ครอบครัวและ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งทีมสุขภาพและเครือข่ายภาคชุมชน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพชุมชน

**วิธีดำเนินการ**

เป็นการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของยาดาฟ (Yadav, 1980, p. 87 ) 1) การร่วมกันระบุปัญหาและกำหนดให้เป็นวาระของชุมชน 2) การวางแผนการดำเนินงาน 3)การประเมินผลลัพธ์ 4) ร่วมรับผลประโยชน์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน บ้านโนนชาด หมู่ที่ 8 ต.หนองแวง อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2560-มีนาคม2561

**ผลการดำเนินงาน**

ผลการดำเนินพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข ทีมสุขภาพชุมชนร่วมกันดำเนินการดังนี้

1. ทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน ร่วมกันสร้างกระแสสังคม และแสวงหาการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวผู้ป่วย, การวิเคราะห์ปัญหาและคืนข้อมูลสภาพปัญหา, การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน พร้อมกับประกาศเป็นวาระชุมชน

2. ทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน ร่วมกันการวางแผนและร่วมดำเนินการ โดย

2.1)การอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวและญาติของผู้ป่วย

2.2)พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

**- กรณีผู้ป่วยอาการสงบ** ทีม**สุขภาพชุมชน ติดตามเยี่ยมในชุมชนตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล** และสมุดบันทึกสุขภาพ

**-** กรณีผู้ป่วยอาการไม่สงบ ส่งปรึกษา/ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจิตเวช ตามระบบในพื้นที่

2.3)ตกลงความร่วมมือและการประกาศเป็นวาระชุมชนในรูปแบบของเสวนาพาแลง

-ไม่รังเกียจผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

-ช่วยเหลือแบ่งปันผู้ป่วยและครอบครัว

2.4)ขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

3. การควบคุมกำกับแผนงาน และประเมินผล โดยทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชน พร้อมสะท้อนข้อมูลในที่ประชุม เดือนละ 1 ครั้ง

4. การร่วมกันจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคและที่อยู่อาศัย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีฐานะยากจน ช่วยเหลือจัดหาอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีรายได้และผู้ป่วยจิตเภท

**อภิปรายผล**

จากการดำเนินงานพบว่า ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากภาคีเครือข่ายของทีมสุขภาพชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน, มีการระดมทรัพยากรทั้งภายในชุมชนและจากภายนอกชุมชน การติดตาม การสนับสนุน และการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การร่วมกันระบุปัญหาและกำหนดให้เป็นวาระของชุมชน, การวางแผนการดำเนินงาน,การประเมินผลลัพธ์ และร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฏีการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของยาดาฟ (Yadav, 1980, p. 87) นอกจากนี้ยังเกิดผลลัพธ์อย่างอื่นติดตามมา ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน เกิดความรักความสามัคคี ความเข็มแข็งและพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนาในชุมชน รวมทั้งการเกิดความเข้าใจในตัวของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้เกิดความผาสุกขึ้นในชุมชน

**ข้อเสนอแนะ**

ควรให้ทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชนได้ใช้รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆในชุมชน

**เอกสารอ้างอิง**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข; 2559..

Yadav, 1980, แนวคิด ทฤษฏีที่เกี่ยวข้อง. แหล่งที่มา : digital\_collect.lib.buu.ac.th/ (สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561)

**ภาคผนวก**

**กรณีตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพชุมชน**

• ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี

• การศึกษา ป.6

• อาชีพ เกษตรกร

• สถานภาพ โสด

• สาเหตุที่ได้รับการส่งต่อ ขาดยามา ประมาณ 1 ปี มีอาการกำเริบและแยกตัวออกไปอยู่ที่ชายทุ่งอีกหมู่บ้าน ได้รับแจ้งจากชุมชน

• การวินิจฉัยโรค Schizophrenia

**ลักษณะทั่วไป**

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี ผิวสองสี รูปร่างท้วม ผมค่อนข้างยาวรุงรัง ชอบแต่งตัวเปิดเผยร่างกาย ใส่กางเกงขาสั้น หรือกระโปรงสั้น พูดจาถามตอบรู้เรื่องดี มีการใช้ยาเสพติดเป็นบางครั้ง ชอบหลบสายตา เวลาพูดคุย แต่พูดจาฉะฉาน

**ประวัติครอบครัว**

จากการสัมภาษณ์ทางญาติของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยจิตเวชมาหลายปี เคยรับยาจิตเวชที่โรงพยาบาลสมเด็จ แต่ล่าสุดขาดยามานาน อาศัยอยู่กับครอบครัว มีพ่อ แม่ และน้องชาย ผู้ป่วยเลี้ยงชีพด้วยการเก็บขยะและรับจ้างเล็กๆน้อยๆทั่วไป ครอบครัวไม่เข้าใจ และไม่สนใจผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดยา และหนีออกจากป้านไปอาศัยอยู่ในลังกระดาษเอามาสร้างเป็นบ้านอยู่ชายทุ่งอีกหมู่บ้านที่อยู่ใกล้กัน อสม./ผู้นำชุมชนได้ปรึกษาหารือเพื่อจะนำตัวผู้ป่วยไปรักษา เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะโดนกระทำรุนแรงทางเพศเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแก้ว จึงประสานงานกับ โรงพยาบาลสมเด็จ และนำส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

**อาการทั่วไป**

หลังจากได้รับการรักษา ปัจจุบันผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้เป็นอย่างดี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจึงส่งตัวกลับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแก้วได้มีการประสานงานกับทางครอบครัวผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน โดยได้มีการให้ความช่วยเหลือ ช่วยกันดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนที่จะมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชน ได้มีการประชุมกัน ในรูปแบบของการสนทนาพาแลง เพื่อหาแนวทางให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป

**ข้อตกลงในการรักษา**

- การรับประทานยา ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเองได้ และสามารถเดินทางมาฉีดยาจิตเวชที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแก้วเองได้

- ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

คุณภาพชีวิตดีขึ้น

- ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้ป่วยสามารถไปร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ สังคม

ยอมรับและให้ความช่วยเหลือดี

- ความต้องการของครอบครัว ต้องการให้ผู้ป่วยอาการสงบ ไม่กำเริบ อยู่ดูแลครอบครัว

อยู่ในสังคมได้อย่างคนปกติ

- ความคาดหวังของแกนนำ ผู้นำชุมชน ต้องการเห็นผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นปกติ สามารถดูแล ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการอยู่กับครอบครัวได้ปกติต้องการที่จะดูแลตนเองและครอบครัวwf

**ปัญหาอุปสรรค**

ปัญหาด้านการรักษา

- ที่ผ่านมา ญาติของผู้ป่วยไม่มีความรักความเข้าใจในตัวของผู้ป่วย การรักษาแผนพร่องความรู้ด้านอาการกลุ่มโรคจิต

วิธีแก้ไข

- มีการประชุม พูดคุยทำความเข้าใจกับญาติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการ

ประสานงานและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแล ประเมินการยอมรับของชุมชน

**ภาพกิจกรรมการทำงานของทีมสุขภาพชุมชน**

****

****

**ภาพกิจกรรม**

****

****

**ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพชุมชน**

****

****

**คำอธิบาย Flow chat การติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**

1. โรงพยาบาลชุมชน / ทีมสุขภาพชุมชน ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เพื่อติดตามการรับการรักษาต่อเนื่อง

2. เมื่อพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ ได้รับการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน ทีมสุขภาพชุมชน ติดตามผู้ป่วยโดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (care plan)

3. ส่งไปยัง โรงพยาบาลชุมชน เพื่อตรวจ บำบัดรักษา หรือประเมินความพิการทางจิต (ICF) ภายหลังการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ

4. บุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ประเมินผลการรักษา ว่าอาการสงบหรือไม่

**- กรณีผู้ป่วยอาการสงบ** ทีม**สุขภาพชุมชน ติดตามเยี่ยมในชุมชนตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล** และสมุดบันทึกสุขภาพ

**-** กรณีผู้ป่วยอาการไม่สงบ ส่งปรึกษา/ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจิตเวช ตามระบบในพื้นที่

5.ทีมสุขภาพชุมชนบันทึกรายงานการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

**แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**

**ชื่อผู้ป่วย..................................นามสกุล..............................................ชื่อญาติ..........................................**

**บ้านเลขที่..............................ตำบล............................อำเภอ.......................จังหวัด....................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หัวข้อการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน** | **เดือน**  **1** | **เดือน**  **2** | **เดือน**  **3** | **เดือน**  **4** | **เดือน**  **5** | **เดือน**  **6** |
| 1. ด้านอาการทางจิต  1. ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้  2. มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน  3. มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมมีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน  **หมายเหตุ** ถ้าพบ 2 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง |  |  |  |  |  |  |
| 2. ด้านการกินยา  1. สม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง  2. ไม่สม่ำเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบ ตามคาสั่งแพทย์ แต่ยังมีการรับประทานยาเป็นบางเวลา  3. ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ |  |  |  |  |  |  |
| 3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ  1. ดี คือ มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล  2. ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว  3. ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ |  |  |  |  |  |  |
| 4. ด้านการทากิจวัตรประจำวัน  1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง  2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจาวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ  3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เลย |  |  |  |  |  |  |
| 5. ด้านการประกอบอาชีพ  1.ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง  2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น  3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย |  |  |  |  |  |  |
| 6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว  1. ดี คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กาลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก ส่วนใหญ่  2. ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบ การดุด่า ตักเตือน ด่าว่า บางครั้ง  3. ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การติเตือน ดูถูก ด่าว่า และบางครั้งผู้ป่วย รู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง |  |  |  |  |  |  |
| 7. ด้านสิ่งแวดล้อม  1. ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง  2. ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัวอยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว  3. ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน |  |  |  |  |  |  |
| 8. ด้านการสื่อสาร  1. ดี คือสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้  2. ปานกลางคือสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว  3. ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย |  |  |  |  |  |  |
| 9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น  1. ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทาตามได้  2. ปานกลาง คือ สอนช้าๆจึงสามารถทาตามได้  3. ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ จาไม่ได้ ทาไม่ได้ |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1 – 9 เดือนที่ 6 หากพบว่า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ควรประเมินช้าๆทุก 6 เดือน

มากกว่า 9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF

เดือนที่ 2, 3, 4 และ 5 ประเมิน 1- 4 ด้าน

คำแนะนำ/การช่วยเหลือ **…………………………………………………………………………………………………………………………..**