



ประกาศกรมสุขภาพจิต

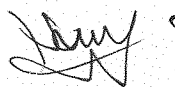
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในบังคับประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในบังคับประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒3 กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖


(นายจุมภฏ พวมสดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๖๑ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวปรัชญาพร ชาณณรงค์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๙๔ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๙๔ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การดำเนินงานโครงการเสริมสร้างการรับรู้ ปัญหาสุขภาพจิตเพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ ๕	การพัฒนาภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ในการมีส่วนร่วมการดำเนินงาน สุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๕
๒.	นางสาวกวดดี ประดับเพชรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๙๕ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๙๕ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การดำเนินงานด้านภาวะวิกฤติสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ ๕ ในสถานการณ์ การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)	การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ภาวะวิกฤติสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปรัชญาพร ชาญณรงค์
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักวิชาการสาธารณสุข.....ระดับชำนาญการ.....
 ด้านสาธารณสุข ตำแหน่งเลขที่ 3694 กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ
 หน่วยงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การดำเนินงานโครงการเสริมสร้างการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 5
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม พ.ศ.2564 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2565
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

นางสาวปรัชญาพร ชาญณรงค์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โดยจบปริญญาโท วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาจิตวิทยา ชุมชน ในปี 2552 มีประสบการณ์ทำงาน ในหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งในเรื่องส่งเสริมสุขภาพจิต โรคทางจิตเวช และรวมถึงการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัดประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การฆ่าตัวตายสำเร็จ และคณะทำงานตรวจราชการกรมสุขภาพจิต ประเด็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อวางแผนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและสนับสนุนการดำเนินงานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่และเป็นผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตในการออกหน่วยเติมพลังใจแก่ประชาชน

จากหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานดังกล่าว จึงต้องมีสมรรถนะและทักษะในการปฏิบัติงานในการอบรมพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย อบรมการพัฒนาการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ และแบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อบรมวิทยาการโปรแกรม Problem Solving Therapy (PST) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบสั้นในการป้องกันการฆ่าตัวตาย อบรมกรอบแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน อบรมเรื่องจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า รวมถึง Basic counseling การเจรจาต่อรอง MI (Motivational Interviewing) อบรมการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และการสอบสวนโรค และการอบรมหลักสูตร Psychological First Aid & Stabilization กิจกรรม Organization of capacity building for public health practitioners pool on psychological first and second aid

ในการดำเนินงานการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้นำยุทธศาสตร์ และแนวคิดมาใช้ดังต่อไปนี้

โดยยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 เป้าประสงค์ : ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย (อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน) วัตถุประสงค์ 1.เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2.ลดอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.ลดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำของผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง 4.พัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลกระทบปัญหาการฆ่าตัวตาย 5.พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีความพร้อมด้านบริการดูแลรักษาที่

ครอบครัวในมิติสังคม จิตใจ และ เศรษฐกิจ แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย และมีการส่งต่อเพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต(พ.ศ.2551) เป็นกฎหมายที่มีจุดมุ่งหมายคุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งเป็นการป้องกันอันตรายอันเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม ใจความสำคัญ การนำบุคคลที่“มีภาวะอันตราย”หรือ “มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา”ให้ได้รับการบำบัดรักษา มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา (1) มีภาวะอันตราย (อันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด อันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น) (2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา มาตรา ๒๓ ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมที่น่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต คือมีภาวะอันตรายหรือ มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือตำรวจ โดยเร็ว มาตรา ๒๔ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือตำรวจได้รับแจ้ง หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมที่น่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต ให้ดำเนินการนำตัวผู้นั้นไปยังสถานพยาบาล เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย โดยการนำตัวบุคคลดังกล่าวไปสถานพยาบาล จะไม่สามารถผูกมัดร่างกายของบุคคลนั้นได้ เว้นแต่ความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นเอง บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่น

แนวความคิดการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อทำลายชีวิตของตนเองโดยตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้ อาวุธ ใช้ไฟหรือเชือกในการทำลายชีวิต รวมถึงผู้ที่มีความคิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองโดยเจตนาไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

การฆ่าตัวตาย คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โดยสรุปการฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต อาจมุ่งหวังเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหาหรือความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจเป็นการกระทำแบบตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อม โดยอาจมีการวางแผน หรือไม่ได้วางแผนการล่วงหน้า แต่เป็นการกระทำด้วยความหุนหันพลันแล่นจนเป็นเหตุให้สิ้นสุดของการมีชีวิตของตนด้วยความสมัครใจและตั้งใจ

การพยายามฆ่าตัวตาย Suicide Attempted หมายถึง การลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต หรือเปลี่ยนสภาพการดำเนินชีวิตที่ทุกข์ทรมานแต่ไม่ถึงเสียชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โดยสรุป การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การลงมือทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการต่างๆ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต หรือเปลี่ยนสภาพการดำเนินชีวิตที่ทุกข์ทรมานแต่ไม่ถึง เสียชีวิต ซึ่งเป็นความหมายที่ถูกนิยามไว้โดยกระทรวงสาธารณสุข

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ประเทศไทยมีการดำเนินการเฝ้าระวัง และมีแนวทางส่งเสริมป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นตัวชี้วัดแรกของการตรวจราชการระดับจังหวัดด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) โรคจิต/โรคซึมเศร้า 2)โรคทางกายเรื้อรัง 3) โรคสุรา/สารเสพติด และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ในด้านของการติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง พบว่าภาพรวมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 สามารถดำเนินการได้เฉลี่ย ร้อยละ 24.57 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่

กำหนดไว้ ร้อยละ 80.00 (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2564)

และในปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายในยุคสมัยที่ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สื่อ Social Media เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น และปัจจุบันจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ที่ได้เกิดทั้งปัญหาสุขภาพกายและใจ รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านรายได้-รายจ่ายของประชาชน ทั้งที่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น ด้วยความคิดชั่ววูบที่อยากตาย ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งของชีวิตที่ประสบปัญหาที่ยากในชีวิต เกิดความเครียด และมีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายในสังคมสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกช่วงอายุนั้น การฆ่าตัวตายล้วนส่งผลเสียต่อชีวิตของตนเอง ครอบครัว สังคม และตลอดจนประเทศชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายใน ๒๕ จังหวัด ๔ ภาคของประเทศไทย จึงมีนโยบายในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยเพิ่มการเข้าถึงผู้พยายามฆ่าตัวตาย ให้สามารถเข้ารับบริการตามมาตรฐาน ตลอดจนการเฝ้าระวัง การดูแลต่อเนื่อง จังหวัดกาญจนบุรีในเขตสุขภาพที่ ๕ จากข้อมูลระบบตรวจราชการและนิเทศงาน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2560 คิดเป็นอัตรา 6.14 ต่อแสนประชากร ปี 2561 คิดเป็นอัตรา 5.89 ต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2562 (1 ต.ค 61 – 30 มิ.ย.62) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัดมีแนวโน้มลดลง พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 40 ราย คิดเป็นอัตรา 4.96 ต่อแสนประชากร อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2563 คิดเป็นอัตรา 7.26 ต่อแสนประชากร ปี 2564 คิดเป็นอัตรา 6.81 ต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค. 2564 – 30 มิ.ย. 2565) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัดมีแนวโน้มลดลง พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 27 ราย คิดเป็นอัตรา 3.03 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 222 ราย คิดเป็นร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี คิดเป็น ร้อยละ 97.3

สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ ไตรมาสแรกปี 2565 (ณ 31 ธันวาคม 2564) อัตรา 1.11 ต่อแสนประชากร (49 ราย) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จรายจังหวัด สูงสุดคือจังหวัดสมุทรสงคราม อัตรา 2.1 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อัตรา 1.27 ต่อแสนประชากร จังหวัดกาญจนบุรี อัตรา 1.23 ต่อแสนประชากร จังหวัดสุพรรณบุรี อัตรา 1.19 ต่อแสนประชากร จังหวัดสมุทรสาคร อัตรา 0.74 ต่อแสนประชากร จังหวัดเพชรบุรี อัตรา 0.62 ต่อแสนประชากร จังหวัดนครปฐม อัตรา 0.6 ต่อแสนประชากร และจังหวัดราชบุรี อัตรา 0.58 ต่อแสนประชากร และจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ 1,596 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.64 ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่

- 1.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 5
- 2.โครงการการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบาง ที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เขตสุขภาพที่ 5
- 3.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างพลังใจเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 5

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นที่ 1 (ก่อนดำเนินโครงการ) รวบรวม วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการโครงการ และกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ขออนุมัติโครงการ/ประสานงาน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช รพศ.รพท. รพช. รพ.สต. อสม.

ขั้นที่ 3 การประเมินผลหลังการดำเนินโครงการกิจกรรม ให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อป้องกัน

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ /เกิดการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในชุมชน/ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่

ขั้นที่ 4 ถอดบทเรียนการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในพื้นที่ /สรุป ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความต้องการในการดำเนินงานป้องกันเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายและการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายและเสริมสร้างพลังใจให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุข
3. สร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
4. สร้างความตระหนักรู้และสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเองเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่และนำไปปฏิบัติใช้ในการดำเนินงานตามความเหมาะสมของแต่ละบริบทพื้นที่

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากการถอดบทเรียน การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่า หลังจากได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ บุคลากรสามารถนำทักษะไปใช้ในการดำเนินงาน และขยายผลให้ความรู้แก่บุคลากร อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบได้ และได้ทราบและเป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างความร่วมมือในพื้นที่ในการดำเนินงานสร้างจุดรับแจ้งเหตุในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่และสามารถขยายไปในจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 5 ได้

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับความรู้และนำไปให้บริการในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตามบริบทของพื้นที่
2. สามารถสร้างและบูรณาการงานร่วมกับเครือข่ายนอกสังกัดเพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่
3. สามารถเป็นรูปแบบและขยายการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดอื่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. เนื่องจากบุคลากรกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีทั้งผู้รับผิดชอบงานในส่วนของจังหวัด รพท. รพช. รพ.สต. อสม. มีความรู้ความสามารถที่แตกต่างกันออกไป จึงต้องมีการจัดรูปแบบให้เหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
2. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำเป็นจะต้องใช้ความร่วมมือในพื้นที่ แกนนำชุมชน อสม. บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการเสริมทักษะที่จำเป็นในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากสถานการณ์ Covid 19 จึงทำให้การดำเนินงานเกิดปัญหาในเรื่องของเวลา และการฝึกปฏิบัติ
2. การสร้างความร่วมมือในชุมชนมีความสำคัญในการดำเนินงานของบุคลากรทั้งในและนอกสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข

9) ข้อเสนอแนะ

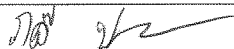
1. การวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ปัจจุบันที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายจะทำให้สามารถดำเนินการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่จริงของแต่ละพื้นที่
2. การเพิ่มทักษะในการดำเนินงานให้แก่บุคลากรนอกสังกัดในพื้นที่ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสร้างความร่วมมือในชุมชนร่วมกัน
3. การจัดตั้งจุดรับแจ้งเหตุในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนให้สามารถดำเนินการช่วยเหลือได้อย่างทันทางที่

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ.....95.....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกคดี ประดับเพชรรัตน์	5	

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวปรัชญาพร ชาญณรงค์
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักวิชาการสาธารณสุข.....ระดับ ชำนาญการ.....
ด้านสาธารณสุข...ตำแหน่งเลขที่ 3694กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ
หน่วยงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.....กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง.....การพัฒนาภาคีเครือข่ายเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 5

2) หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ประชาชนที่พบและเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ในปัจจุบันโรคทางจิตเวชได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การพยายามทำร้ายตัวเอง รวมถึงจิตเวชจากสารเสพติด ล้วนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ชุมชน สังคม ดังเห็นได้ตามสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบัน ที่เกิดเหตุการณ์ ทั้งโรคซึมเศร้าทำร้ายตัวเอง โรคจิตทำร้ายทำร้ายผู้อื่น ความวิตกกังวลไม่ว่าจะด้วยเรื่องเศรษฐกิจ สังคม จิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง และสร้างความหวาดกลัวให้สังคม รวมถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียและเสียหาย และยังมีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้น ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จิตเวชจากสารเสพติดถือเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การรักษา การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมถึงภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดสาธารณสุข ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในชุมชนและในพื้นที่

เขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ 8 จังหวัดคือ กาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งแต่ละจังหวัดจึงมีบริบทและสภาพสังคมที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละจังหวัด และในปัจจุบันการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อจะให้ชุมชนเข้มแข็ง โดยในการดำเนินสุขภาพจิตและจิตเวชในระยะเวลาที่ผ่านมาแล้วนั้น ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตในพื้นที่ การสร้างให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกันและสร้างเครือข่ายเข้มแข็ง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการให้ความรู้แก่ภาคีเครือข่าย

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การพัฒนาภาคีเครือข่ายนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง และมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ศักยภาพในการร่วมใจรวมพลังสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ และความรู้ในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเบื้องต้นที่ภาคีเครือข่ายควรได้รับการเสริมเพิ่มทักษะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เผื่อระวังป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในชุมชน การสังเกต การประเมินคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิต การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เป็นต้น ซึ่งภาคีเครือข่ายบางกลุ่มยังไม่ทราบและไม่เข้าใจถึงความเป็นมาของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่พบในพื้นที่ รวมถึงในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นภาคีเครือข่ายคือผู้ที่จะสามารถร่วมมือร่วมใจกันในการดูแลประชาชนของตนในพื้นที่ให้มีสุขภาพจิตที่ดี และเผื่อระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด ด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3.2 แนวความคิด

เครือข่าย หมายถึง กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกันในลักษณะที่บุคคลหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน การ

สร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กรที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ อีกทั้งสมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีอิสระมากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบฟุ้งฟิง (Paul Starkey 1997 อ้างถึงใน รัฐธู ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา 2558)

การที่จะพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็งและยั่งยืนได้นั้น สิ่งที่จะต้องดำเนินการ ได้แก่ 1) การจัดเวทีประชาคมเพื่อรับทราบและเข้าใจ ปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อสม. กลุ่มองค์กรต่าง ๆ สมาชิกชมรมฯ ร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนปฏิบัติงานและประเมินผลการท างานในแต่ละกิจกรรมของเครือข่าย 3) การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่าย เป็นการสร้างความเข้าใจจากสมาชิกไปยังสมาชิกอื่นหรือเป็นกระบวนการส่งข่าวสารระหว่างสมาชิกหรือเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ฝ่ายต่าง ๆ ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงตาม วัตถุประสงค์ของเครือข่าย โดยจุดเริ่มต้นต้องทำให้สารและการสื่อสารนั้นเรียบง่ายสามารถปฏิบัติตาม ได้มากที่สุดและง่ายต่อการจากการติดต่อสื่อสารนับเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการรักษาสัมพันธ์ภาพของเครือข่ายซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก การสื่อสารยังมีความจำเป็นต่อการพัฒนาเครือข่าย 4) การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกเครือข่าย ทั้งที่เป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ เช่น การจัดงานประเพณี เทศกาลต่าง ๆ ร่วมกันการจัดงาน แข่งขันกีฬา เป็นต้น 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน การศึกษาดูงาน การจัดประชุม เป็นต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2556: 16)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมงานที่มีการเกี่ยวข้องกันทางด้านจิตใจและ อารมณ์ ผลการเกี่ยวข้องกัน ทำให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม พร้อมทั้งเกิดความรู้สึก รับผิดชอบต่อกันด้วย (Ketih Davis, 1972) รวมทั้งได้ให้เหตุผลสำคัญของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 มิติคือ 1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2. การมีส่วนร่วมในการเสียสละและพัฒนาตามที่ได้ตัดสินใจ 3.มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้จากการดำเนินงาน และ 4.การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (White, 1982)

สุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง สุขภาพจิต คือ เป็นความสามารถของบุคคลที่ปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและ สิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ จิตเวช หมายถึงถึงปัญหาทาง สุขภาพจิต (Mental health problem) หรือปัญหาของบุคคลที่แสดงออกทางความคิด อารมณ์หรือ พฤติกรรมที่ผิดปกติจนกระทั่งมีการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness or mental disorder) สุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่เริ่มตั้งแต่สภาวะปกติไปจนถึงการเจ็บป่วยทางจิต (WHO, 1976 อ้างถึงใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2557)

การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

Clutterbuck and Kernaghan (1994) และ Gold (2000) อธิบายว่าการเสริมสร้างพลัง อำนาจการทำงานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคลากร ทีมงาน และองค์กร โดยภาพรวม และการเปลี่ยนแปลงจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การทำงาน มี 3 ส่วน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงเจตคติ (Attitude) ของผู้ปฏิบัติงาน โดยต้องเสริมสร้างให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรมี ความรู้สึกมั่นคงในการดำรงชีวิต มีความมั่นใจว่าสามารถจัดการงานที่รับผิดชอบ สามารถพัฒนางานได้ อย่างต่อเนื่องมีความรับผิดชอบและมีความมุ่งมั่นในการทำงาน รู้สึกเป็นเจ้าของงาน รวมทั้งเกิดการ เรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ในการทำงาน และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน 2) การเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ (Relationship) ต้องสร้างการทำงานเป็นทีมและ มีความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน การ ทำงานเน้นทั้งเนื้องานและกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล สารสนเทศจนเกิดนวัตกรรมการทำงานร่วมกัน รวมไปถึงการร่วมกันรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์การ (Organizational structure) กล่าวคือ นโยบาย การปฏิบัติ และการกระตุ้นส่งเสริม ต้องปรับให้สอดคล้องกับค่านิยมของ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลลัพธ์ขององค์การมีมาตรฐานตามนโยบาย ภายในองค์การมีการสื่อสารแบบเปิดมีบรรยากาศประชาธิปไตย สิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการทำงานมีระบบการทำงานที่คล่องตัว มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความ พึงพอใจและมีความยึดมั่นผูกพันกับองค์การ

3.3 ข้อเสนอ/แนวทางการแก้ไข

3.3.1. ในการพัฒนาองค์ความรู้แก่ภาคีเครือข่ายมีความจำเป็นจะต้องเริ่มตั้งแต่ความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากบุคลากรมีความหลากหลายหน่วยงาน

3.3.2. การจัดทำแบบสอบถามบุคลากรภาคีเครือข่าย ให้ความสนใจด้านสุขภาพจิตและการเสริมทักษะในด้านการสังเกต ประเมินอาการเบื้องต้นของสุขภาพจิต เนื่องจากเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ ข้อเสนอแนะในเรื่องของเนื้อหาหลักสูตรที่ประชาชนในพื้นที่ควรทราบและได้สังเกตอาการทั้งตนเองและครอบครัว

3.3.3. การสื่อสารกันระหว่างภาคีเครือข่าย ต้องมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างต่อเนื่อง

3.3.4. อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงภาคีเครือข่าย มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จึงควรมีการขยายการพัฒนาภาคีเครือข่ายและอัปเดตความรู้เป็นระยะให้ต่อเนื่องเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ดำเนินไว้

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีการบูรณาการภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน
2. ภาคีเครือข่ายได้รับ ความรู้ ทักษะ ความเข้าใจ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่
3. เกิดภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและทำเนียบภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละความพึงพอใจในการพัฒนาภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ร้อยละ 90
2. ภาคีเครือข่ายได้รับการเพิ่มทักษะในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5