

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวศิริพร ปรางปรุ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักสังคมสงเคราะห์ (ด้านสังคมสงเคราะห์)

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 633 กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจและการฟื้นคืนสู่สภาวะ
 - 3.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังอำนาจ
 - 3.5 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
 - 3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและมีความรุนแรง พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตชนิดอื่น ๆ มีอุบัติการณ์จากทั่วโลกมากถึง 21 ล้านคน (World Health Organization, 2016) มีความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภท (Lifetime prevalence) พบร้อยละ 0.3-0.7 (Sadock & Sadock, 2016) ในบริบทประเทศไทยได้การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.88 พบมากในผู้ป่วยที่มีระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) และจากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชของกรมสุขภาพจิตประเทศไทยพบโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด เป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2565) โรคจิตเภทเกิดจากสาเหตุและปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องความผิดปกติโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมอง พันธุกรรม เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากสภาวะทางจิตความสามารถในการคิด ความรู้สึกผิดชอบ ลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ การใช้กลไกทางจิต และความมีอำนาจในการควบคุมตนเอง เป็นต้น และ 3) ปัจจัยด้านปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเจ็บป่วยโรคจิตเภท (Able & Nickl-Jockschat, 2016; Baldwin, 2016) โดยแสดงลักษณะอาการเด่น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นผลจากความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้าที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก อาการหลงผิด การขาดความเชื่อมโยงกับเหตุผลและความเป็นจริง และ 2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการเกี่ยวข้องกับแสดงทางด้านอารมณ์ความตั้งใจในการทำหน้าที่ หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อารมณ์เฉยเมย ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ พูดคุยไม่สบตา การพูดน้อยลง การคิดอะไรซ้ำๆ หรือคิดเพียงเรื่องเดียว โดยมักจะมีเนื้อหาในการพูดลดลง การขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจการแต่งกาย เชื่อยาลง มีการเก็บตัว ไม่ค่อยมีการแสดงออก (ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) อาการเหล่านี้มักจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลารักษาที่ค่อนข้าง

ยาวนาน หรือตลอดช่วงชีวิต ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่เป็นเวลานาน จะเป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจ เกิดความกดดันและทุกข์ภายในจิตใจเป็นอย่างมาก เกิดผลกระทบในหลายด้านทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิตกำเริบอยู่เป็นระยะ ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ได้ในอัตราที่สูง และปัญหาของภาวะทุพพลภาพนั้นจะทวีความรุนแรงมากขึ้นนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วม ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การขาดความสนใจในตนเอง หน้าที่การงาน สัมพันธภาพทางสังคม ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ (re-admitted) แม้ว่าการรักษาพยาบาลโรคจิตเภทในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้น เช่น การรักษาด้วยยา จิตสังคมบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่ยังคงพบปัญหาเหล่านี้เป็นจำนวนมาก

จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ปี 2563-2565 มีจำนวน 1,568 ราย 1,847 ราย และ 1,864 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2565) จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง (เพ็ญศิริ สมใจ และคณะ, 2555; เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ และดร. พงศธรสกุล, 2563) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Mercier et al, 1998) ผู้ป่วยจิตเภทระยะหลงเหลือพบว่าส่วนใหญ่มีอาการทางลบ (Barry and Crosby, 1996) โดยมีสาเหตุที่ผู้ป่วยขาดปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ขาดทักษะในการดูแลตนเองและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และดวงกมล สระบุรี, 2558) และ 2) ขาดการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ, 2552; วลัยพร สุวรรณบุรณ์, 2558) ส่งผลต่อทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลงตลอดจนถึงหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การฟื้นคืนสู่สภาวะบุคคลตามแนวคิดของ Copeland (2002) กล่าวถึง การมีความหวัง การรับผิดชอบต่อตนเอง การศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ รวมถึงได้รับการสนับสนุนช่วยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองและลงมือทำตามวิธีที่ตนเองเลือก รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ (Slade et al., 2014)

ผู้วิจัยในฐานะนักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาวและสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง ลงมือกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือก รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเอง ทำให้สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542 อ้างใน หงษ์ บันเทิงสุข, 2545) รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพตนเองให้มีความพร้อมและเกิดทักษะจัดการอาการทางจิตก่อนจำหน่ายสู่ชุมชน ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท (Kaewprom et al., 2011; สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2558)

โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Design) โดยศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 ขั้นตอนการเตรียมการ เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ wellness recovery action plan (Copeland, 2002) รวมทั้งหลักการสอนการจัดทำสื่อต่างๆ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท พัฒนากิจกรรมการฟื้นคืนสู่สภาวะและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และศึกษาเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตแล้วจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

4.2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ กรมสุขภาพจิต

4.2.2 กลุ่มทดลอง แบ่งกลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยออกแบบไว้

4.3 ขั้นตอนการประเมินผล โดยภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยประเมินกลุ่มทดลอง ประเมินตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (post-test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นร้อยละ 80

5.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 80

5.3 ครอบครัว และชุมชน มีความมั่นใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อช่วยพัฒนาบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6.2 เพื่อช่วยส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดความหวังและเสริมพลังใจในการรับผิดชอบต่อตนเอง อันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องมีความต่อเนื่องจากในโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือโดยเฉพาะญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนโดยไม่เป็นภาระ ลดภาวะพึ่งพาพึ่งพิง สร้างความภูมิใจ ลดการตีตรา นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่มีของแต่ละบุคคล และสิทธิอันพึงมีพึงได้ อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่มี

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 มีการประเมินและติดตามผลการบำบัดรักษาหลังจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

9.2 ควรมีการวางแผนร่วมกับเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุภาภรณ์ ชัยขุนทด	ร้อยละ 10	สุภาภรณ์ ชัยขุนทด
นายดิเรก พงศธรสกุล	ร้อยละ 10	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางศิริพร ปรางปรุ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักสังคมสงเคราะห์ (ด้านสังคมสงเคราะห์)

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 633 กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับ
สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในเขตสุขภาพที่ 9

2) หลักการและเหตุผล

จากสภาพปัญหาของกลุ่มเปราะบางทั้งเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้ที่พึ่ง ไร้บ้าน และผู้ด้อยโอกาสในสังคมที่มีความหลากหลายและซับซ้อนของสภาพปัญหา เกิดความเหลื่อมล้ำทุกรูปแบบ รวมถึงมิติด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะมิติสุขภาพจิต ทำให้การดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิตกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งมีภารกิจหลักในการดูแลช่วยเหลือคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางตามแต่ละช่วงวัยและสภาพปัญหา โดยจัดให้มีบริการในรูปแบบสถานรองรับผู้ใช้บริการกลุ่มเปราะบางแต่ละกลุ่มที่ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเองและไม่สามารถพึ่งพาบุคคลอื่นได้ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปัจจุบันมีผู้ใช้บริการในสถานรองรับของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่เป็นผู้มีอาการทางจิต จำนวน 6,103 คน คิดเป็นร้อยละ 60.18 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด 10,141 คน ประกอบกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มุ่งเน้นให้ประชาชน และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิได้กำหนดไว้ว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชสิ้นสุดการรักษาพยาบาล และไม่มีผู้รับดูแล ให้แจ้งหน่วยงานด้านการสงเคราะห์และสวัสดิการให้มารับดูแลผู้ป่วย จึงมีการหารือเรื่องแนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อีกครั้ง ด้วยการสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานระหว่างสถานรองรับของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้บริการให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา เกิดเป็นข้อตกลงความร่วมมือการดูแลฟื้นฟูผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระหว่างกรมสุขภาพจิต กับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ พบว่าโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญคือโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรม มีการแสดงออกในรูปแบบอาการทางบวก ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมก้าวร้าว และความผิดปกติของคำพูด ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจ ในกิจวัตรประจำวันรวมถึงพร่องการดูแลตนเอง (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีการแสดงออกผิดแปลกไปจากคนปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) อีกทั้งระยะเวลาการป่วยที่ยาวนานทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านต่างๆ ส่งผลต่อทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสื่อสารและการทำงาน และมีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลง ตลอดจนการทำหน้าที่ทางสังคมเสื่อมลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) และยังมีผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ยอมรับการรักษา หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่องจะมีการกลับป่วยซ้ำ และนำไปสู่ความเรื้อรัง ทำให้ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พร่องสุขอนามัยส่วนบุคคล ในระยะที่มีอาการรุนแรงอาจมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและคนอื่น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน และยังพบว่ามีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลด้านร่างกายจิตใจของผู้ป่วย อาจนำไปสู่การถูกตีตรา การถูกปฏิเสธ ไม่ยอมรับจากครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังมีบางส่วนมักออกไปใช้ชีวิตเร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล ส่งต่อคุณภาพชีวิตตามมา จึงจำเป็นที่จะต้องส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่เหมาะสมและเป็นการคุ้มครองสวัสดิภาพในสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และจากการประชุมหารือร่วมกับเครือข่ายสวัสดิการสังคมในเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยผู้บริหารหน่วยงาน นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม พยาบาล ผู้ดูแล และสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชฯ พบว่ามีผู้ใช้บริการเข้ารับบริการในสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นจำนวนมาก บุคลากร/ผู้ดูแลมีน้อยและขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช การสังเกตอาการเตือน และทักษะในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจของผู้ใช้บริการในแต่ละ setting ของสถานรองรับฯ มีความต้องการการสนับสนุนด้านองค์ความรู้ วิชาการ และเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจของผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถพึ่งพาตนเองได้ และเป็นการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม

แนวความคิด

ผู้สมัครมีความสนใจใช้แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมร่วมกับการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะ และการสนับสนุนศักยภาพ โดยบูรณาการกับแผนฟื้นฟูรายบุคคล (IRP) ของทีมสหวิชาชีพในสถานรองรับฯ เพื่อให้ผู้ใช้บริการในสถานรองรับฯ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจตามรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของสถานรองรับฯ และได้มีพัฒนาศักยภาพของตนเองตามระดับความสามารถ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

ทักษะทางสังคม รวมทั้งการฝึกอาชีพและการหางาน ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นสู่สังคม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ประสานหัวหน้าสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อทราบและร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวช
2. ศึกษาสภาพปัญหา เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นในแต่ละ setting
3. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมที่มีในโรงพยาบาลจิตเวชเชื่อมโยงสู่ชุมชน
4. ร่วมจัดทำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
5. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับตามแผนที่วางไว้
6. ประเมินผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอ

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับในแต่ละ setting จะมีความแตกต่างกันตามกลุ่มเปราะบางและบริบทของแต่ละหน่วยงาน (เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้ที่พึ่ง ไร้บ้าน และผู้ด้อยโอกาสในสังคม) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อให้ได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย หรือมีผู้สนใจศึกษาพัฒนาต่อ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีการบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในเขตสุขภาพที่ 9

4.2 ผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่องตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน และให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

4.3 ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเวชสำหรับสถานรองรับสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในเขตสุขภาพที่ 9

5.2 ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการ

พิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ ศิริพร ปรางปรุ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
(นางศิริพร ปรางปรุ)

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

วันที่ 30 มีนาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

X
ลงชื่อ อรุณ นพรัตน์ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางอรุณ นพรัตน์)

ตำแหน่ง นาง นพรัตน์

วันที่ 04 เม.ย. 2566


ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายมงคล ศิริเทพทวี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
ตำแหน่ง
วันที่ 04 เม.ย. 2566

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้