

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ศึกษาการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช สามารถสรุปได้จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง ได้แก่ ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมสงเคราะห์จิตเวชและผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อทราบนโยบายขององค์กร คุณสมบัติผู้จัดการรายกรณี และระบบการให้บริการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช รวมทั้งผลการสัมภาษณ์เจาะลึกและการเสวนากลุ่มย่อยกับผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชเพื่อทราบกระบวนการให้บริการ และการนำเสนอแนวทางการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมสงเคราะห์จิตเวช และผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวช

การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมสงเคราะห์จิตเวชและผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวช มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระบบการให้บริการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช ซึ่งประกอบด้วย ส่วนแรกเสนอนโยบายขององค์กรสนับสนุนวิธีการให้บริการแบบการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช คุณสมบัตินักจัดการรายกรณี และส่วนที่สองเสนอระบบการให้บริการจัดการรายกรณี ปรากฏผลดังนี้

1. นโยบายขององค์กรสนับสนุนวิธีการให้บริการแบบการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

จากการศึกษาแนวคิดขององค์กรสนับสนุนวิธีการให้บริการแบบการจัดการรายกรณีพบว่า นโยบายของโรงพยาบาลจิตเวชเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ประกอบกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต เน้นให้โรงพยาบาลจิตเวชรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้น ผลักดันให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนให้นานยิ่งขึ้นและมุ่งเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งจึงได้สนับสนุนให้มีการนำวิธีการจัดการรายกรณี (Case management) มาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการดำเนินการ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ (Case Manager) เนื่องจากพยาบาลมีประจำอยู่ในหอผู้ป่วยทุกตึก

“โรงพยาบาลมีนโยบายให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Case management ร่วมอยู่กับงานประจำของทุกตึกที่ดูแลผู้ป่วย เพราะทุกตึกมักมีปัญหาผู้ป่วยซับซ้อนอยู่ ดังนั้น พยาบาลที่ตึกต้องเป็น Case Manager เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม”

ผู้บริหารโรงพยาบาล

ดังผลการศึกษา นโยบายของโรงพยาบาลจากกลุ่มตัวอย่างแห่งหนึ่งพบว่า มีการแต่งตั้งให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพเป็นกรรมการ เรียกว่า ทีมนำทางคลินิก มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย มีทีม PCT (Patient care team) แบ่งเป็นเฉพาะโรค และมี PCT ประจำติดทำงานร่วมกันเป็นทีมวิชาชีพ บริการผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย (Biological) ด้านจิตใจ (Psychological) และสังคม (Social) มีการกำหนดภาระหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ มีคู่มือ (Guide) ปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยทุกโรค โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นเจ้าของไข้ (Case manager) เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากประมาณ 700 เตียง พยาบาลมีประจำทุกตึก แต่สหวิชาชีพมีจำนวนน้อย ดังนั้นพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกคน ส่วนนักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยด้านสังคม เช่น ในผู้ป่วย 1 ราย พบว่ามีปัญหาไม่มีอาชีพ ปัญหาครอบครัว ขาดผู้ดูแล ปัญหาเรื่องการกินยา ทีมสหวิชาชีพจะประชุมร่วมกันเนื่องจากมี PCT ประจำตึก หากพบปัญหาทางสังคม จะมอบหมายให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการวางแผนด้านสังคม โดยเฉพาะเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์มักได้รับมอบหมายจากทีมสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลให้ทำหน้าที่ประสานและสร้างเครือข่ายในชุมชน เช่น โรงพยาบาลชุมชน แกนนำชุมชน รวมถึงการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ในการติดตามและประสานกับทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง

ในขณะที่โรงพยาบาลบางแห่ง ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์มาก ด้วยการสนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ทุกด้าน ทั้งทางด้านการให้นักสังคมสงเคราะห์เตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งผู้ป่วยกลับบ้านและกลับสู่ชุมชน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมตรงกับปัญหาและความต้องการ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีการจัดการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ตั้งแต่การรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ป่วย การวินิจฉัยและการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ด้วยวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายและกลุ่ม รวมถึงการขยายเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดำเนินการของนักสังคมสงเคราะห์มีกระบวนการทำงานค่อนข้างเป็นไปตามแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) แต่นโยบายขององค์กรยังไม่มีการกำหนดให้ใช้วิธีการจัดการรายกรณีหรือมอบหมายให้วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณีอย่างชัดเจน โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากระบบโครงสร้างด้านอัตรากำลังไม่เอื้อต่อการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี รวมถึงการทำงานในชุมชนระยะยาว ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(กพ) กำหนดจำนวนนักสังคมสงเคราะห์สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ ผู้ป่วย 9 รายต่อนัก

สังคมสงเคราะห์ 1 คน แต่จากสถานการณ์ในปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่งมีผู้ป่วยนับพันคน แต่มีนักสังคมสงเคราะห์เพียง 4-7 คนเท่านั้น

ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิบางราย มองว่าการกำหนดคน โยบายส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผู้บริหาร หรือจากผลงานการนำเสนอในสิ่งที่ปฏิบัติ หากเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ผู้บริหารก็จะสนับสนุน ทั้งนี้เพราะไม่ต้องการให้เกิดการบริการที่ตกหล่น อันเนื่องมาจากไม่มีใครดูแลผู้ป่วยได้ครบวงจร ดังนั้นหากวิชาชีพใดจะทำหน้าที่ในการเป็นผู้จัดการรายกรณี ทั้งพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ก็ตาม ต้องมีการประเมินผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ก็จะทำให้สามารถที่จะตอบสนองปัญหาที่เกิดขึ้นได้

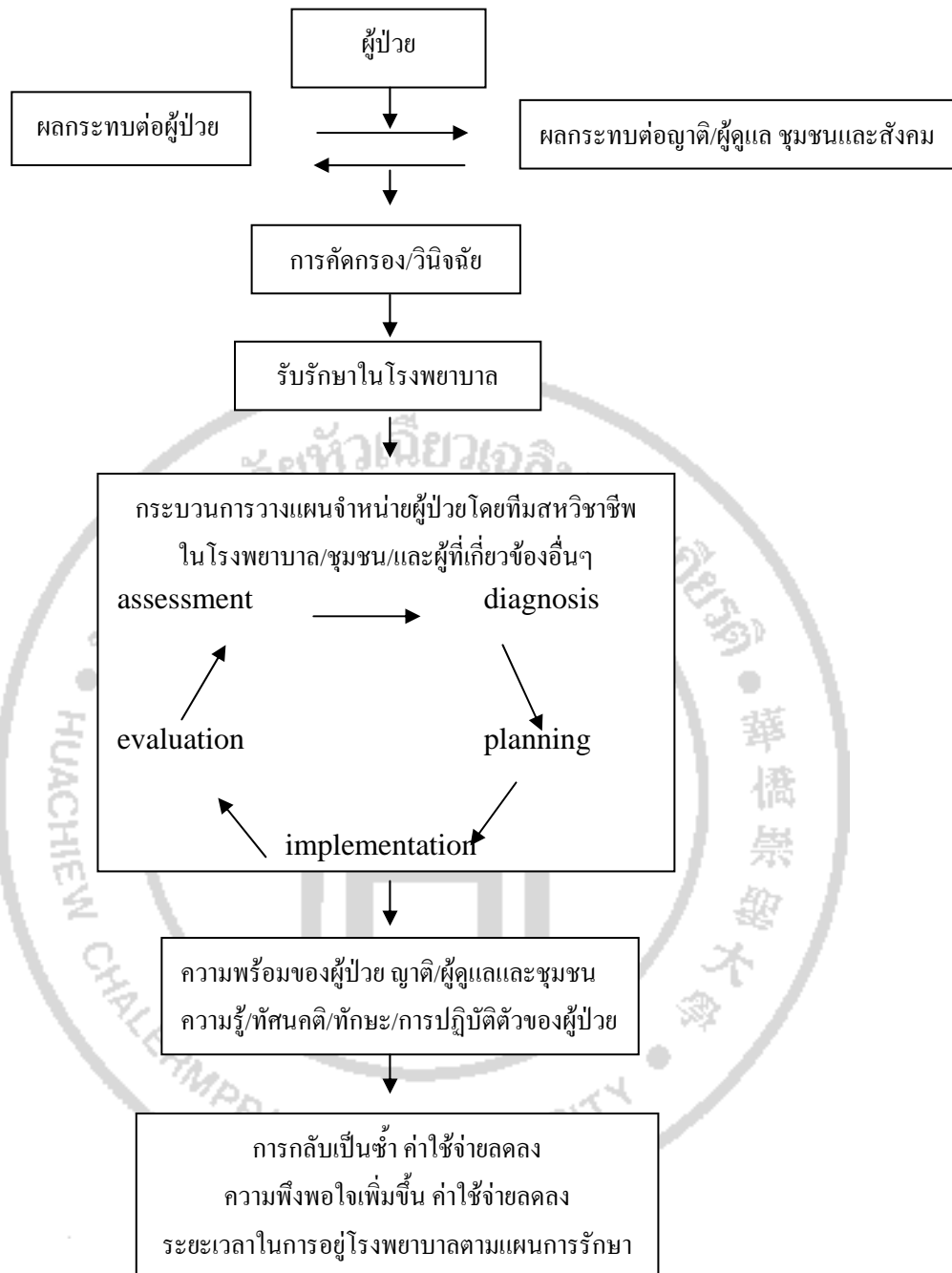
แต่หากพิจารณาถึงโครงสร้างของการทำงานการจัดการรายกรณี(Case Management) ยังไม่มีความชัดเจนต่อการนำนโยบายเรื่องการจัดการรายกรณีมาเป็นกรอบในการทำงาน เนื่องจากระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล เน้นเรื่องการดูแลคุณภาพผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีหลายเครื่องมือเข้ามาเกี่ยวข้อง และเมื่อเครื่องมือหลายอย่างเข้ามารวมกัน สิ่งนั้นคือการจัดการรายกรณี

“ การพิจารณาว่าผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงในปัญหาอะไรบ้าง เกิดปัญหาอะไรขึ้นบ้าง แล้วเราจะจัดการตรงนั้นให้เป็นระบบได้อย่างไร พอจัดการเป็นระบบนั้นแหละคือ CM”

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ดังนั้นการทำงานของโรงพยาบาล ผู้บริหารไม่ได้เน้นการนำเรื่องการจัดการรายกรณีมาเป็นตัวตั้ง แต่เน้นที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลักด้วยการยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยการนำเครื่องมือหลากหลายมาจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย แต่เมื่อนำมาร้อยเรียงกันบทสรุปคือการจัดการรายกรณี เนื่องจากการทำงานของทีมสหวิชาชีพจะมีเส้นทางของการดูแลผู้ป่วย(Care Map) แต่ละราย พร้อมกับความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ ดังแผนภูมิดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2551 : 11)

แผนภาพที่ 2 เส้นทางการดูแลและจำหน่ายผู้ป่วย



ในกระบวนการบำบัดรักษาต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมนสหวิชาชีพร่วมกันทำงาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด เภสัชกร พยาบาลจิตเวชชุมชน และทีมสนับสนุนอื่นๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล การเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละระยะของการดูแล แต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอาการ ความจำเป็นของปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องคือ

แผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)

ระยะของโรค ทีมสหวิชาชีพ	ระยะควบคุมอาการ	ระยะให้ยาต่อเนื่อง	ระยะอาการคงที่
แพทย์ บทบาท ผู้ให้การบำบัด	-ตรวจวินิจฉัย ให้การรักษา โดยเน้นการรักษาด้าน Biomedical care -ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับ โรคและแนวทางการรักษา	- ให้การรักษาประเมินการ ใช้ยา/ติดตามและควบคุม อาการทางจิต - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ รักษาต่อเนื่องกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล	- ประเมิน/ให้การรักษา และควบคุมอาการทางจิต กำเริบ - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ/ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการรักษา ต่อเนื่อง
พยาบาล บทบาท ผู้ให้การบำบัด ทางการพยาบาลและผู้ ประสานงาน	-ประเมินปัญหาความ ต้องการของผู้ป่วยแบบ องค์รวม และประเมิน ความเสี่ยงต่างๆ -ให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล โดย เน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการทาง จิตสงบโดยเร็วและ ปลอดภัย -ประสานกับทีมสหวิชาชีพ อื่น/ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย -ลดความตื่นกลัว ลดความ ตึงเครียดให้กับผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล	-ประเมินติดตามปัญหา และความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล -ประเมินการใช้ยา และ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา -ร่วมกับนักสังคม สงเคราะห์เตรียมความ พร้อมของครอบครัวและ ชุมชน -จิตบำบัด/กิจกรรมบำบัด รายบุคคล/รายกลุ่ม -ให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล โดย เน้นการฝึกทักษะจำเป็น พื้นฐานในการดำรงชีวิต	-ติดตามประเมินปัญหา และความเสี่ยงอย่าง ต่อเนื่อง -ให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแล เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การฝึกทักษะทางสังคม ฯลฯ -ให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล โดย เน้นการฝึกทักษะการใช้ ชีวิตประจำวันเพื่อเตรียม ความพร้อมในการใช้ชีวิต ในชุมชน
พยาบาลจิตเวชชุมชน	-ร่วมศึกษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย	-ประเมินสภาพปัญหาและ เตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และ ชุมชนก่อนจำหน่ายกลับสู่ ชุมชน -ประสานเครือข่ายและ ติดตามเยี่ยม -หลังจำหน่าย ดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน เน้นการให้ ความรู้และคำปรึกษาใน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนกับ เครือข่าย	- การเตรียมเครือข่ายหรือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม - ประสานงานระหว่าง ผู้ป่วย/ผู้ดูแลและเครือข่าย -หลังจำหน่ายประเมิน ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและ ความเสี่ยงต่างๆในชุมชน เน้นการให้ความรู้และ คำปรึกษากับเครือข่ายอย่าง ต่อเนื่อง

ระยะของโรค ทีมสหวิชาชีพ	ระยะควบคุมอาการ	ระยะให้ยาต่อเนื่อง	ระยะอาการคงที่
นักสังคมสงเคราะห์ บทบาท ผู้ให้การบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพทาง สังคม	-ประเมินปัญหาทางสังคม/ สาเหตุการเจ็บป่วย -ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล เรื่องสิทธิใน การรักษา รวมทั้งหาวิธีใน การช่วยเหลือ	-ติดตามประเมินปัญหาทาง สังคม ครอบครัวและ ชุมชน รวมทั้งสาเหตุที่ ส่งเสริมการป่วยซ้ำของ ผู้ป่วย -ร่วมวางแผนจำหน่ายกับ ทีมสหวิชาชีพ -บำบัดทางจิตวิญญาณ โดยให้การปรึกษาทางจิต สังคม จัดกิจกรรม สนับสนุนทางอารมณ์และ ทักษะทางสังคม	-ประเมินปัญหาทางสังคม/ สาเหตุการเจ็บป่วย -ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล เรื่องสิทธิใน การรักษา รวมทั้งหาวิธีใน การช่วยเหลือ
เภสัชกร บทบาท ผู้ให้การบริหารยา และเป็นที่ปรึกษาด้านยา	-เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลผู้ป่วยที่ได้รับ ยาที่มีความเสี่ยง -ร่วมวางแผนจำหน่ายกับ ทีมสหวิชาชีพ	-ติดตามอาการข้างเคียงจาก การให้ยา และจัดการ ผลข้างเคียงและความ คลาดเคลื่อนจากการให้ยา -ให้ความรู้กับผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล เรื่องเกี่ยวกับยา	-ประเมินการใช้ยาของ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถึง ชุมชน -ให้การปรึกษาและให้ ความรู้ด้านยาในชุมชน
นักจิตวิทยา บทบาท ผู้ให้การบำบัด ทางจิต	-ประเมินทางจิตวิทยา หา สาเหตุการช่วยเพื่อ ประกอบการวินิจฉัยของ แพทย์	-ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ -บำบัดทางจิตรายบุคคล/ รายกลุ่ม เช่น กลุ่มละครจิต บำบัด กลุ่มภาพสะท้อน เป็นต้น	-ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีการจัดการเมื่อมีปัญหา
นักกิจกรรมบำบัด/นักอา ชีวบำบัด บทบาท ผู้ให้การบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต สังคม	-ประเมินความสามารถเดิม ของผู้ป่วยและวิเคราะห์ กิจกรรมที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางจิตเวช	-ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับตัวเข้ากับสังคม -ประเมินความพร้อมสภาพ จิตใจ อารมณ์และ ความสามารถในการ ทำงานเบื้องต้น รวมทั้งการ ฝึกทักษะรายบุคคล/ราย กลุ่ม	-ประเมินความสามารถ และฟื้นฟูสมรรถภาพการ ดำเนินชีวิตประจำวันใน สังคม และในการทำงาน อย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวแต่ละราย

จากตารางพบว่าแต่ละวิชาชีพส่วนมีความสำคัญในการทำหน้าที่ยังเป็นระบบและเป็นไปตามขั้นตอนตั้งแต่กระบวนการรับเข้าจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยในกระบวนการควบคุมและระยะให้ยาอย่างต่อเนื่องวิชาชีพที่มีบทบาทเด่นคือแพทย์และพยาบาล ส่วนวิชาชีพอื่นเป็นทีมสนับสนุนแต่ในขณะที่ระยะอาการคงที่เป็นช่วงที่ต้องวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตาม วิชาชีพที่มีบทบาทมากในช่วงนี้คือพยาบาลจิตเวชชุมชนและนักสังคมสงเคราะห์ ดังนั้นการกำหนดว่าวิชาชีพใดจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยนั้นจึงขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสนใจของวิชาชีพนั้นที่จะนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาปรับใช้ ซึ่งพบว่าบางโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างพบว่า วิชาชีพพยาบาลและนักจิตวิทยาประกาศตัวว่าเป็นผู้จัดการรายกรณี แต่ในมุมมองของผู้บริหารกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ มองว่านักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการเรื่องการจัดการรายกรณีอยู่ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะประเด็นปัญหาทางสังคมและการทำงานในชุมชนเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพียงแต่ยังไม่มีการประกาศหรือนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาเป็นฐานของการดำเนินการ

เพราะฉะนั้นผู้ทรงคุณวุฒิบางรายจึงเห็นว่าหากพิจารณาในบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์กับการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีนั้น ลำดับแรกคือนโยบายขององค์กรต้องชัดเจนว่าจะให้นักสังคมสงเคราะห์มีการดำเนินการ โดยใช้วิธีการแบบการจัดการรายกรณี รวมทั้งผู้บริหารต้องเข้าใจแนวคิดและภาระงาน ในขณะที่ตัวของนักสังคมสงเคราะห์เองต้องเข้าใจว่าการจัดการรายกรณีคืออะไร ดังนั้นนอกจากผู้บริหารจะต้องสนับสนุนให้มีการดำเนินการแบบการจัดการรายกรณีแล้ว ยังต้องสนับสนุนบุคลากรให้ได้เรียนรู้และเข้าใจงานการจัดการรายกรณีอย่างถ่องแท้อีกด้วย

ขณะที่ผู้บริหารรายหนึ่ง มองถึงองค์กรต้องมีวางระบบ และต้องมีแหล่งทรัพยากรอย่างชัดเจน อีกทั้งกรมสุขภาพจิตต้องเปิด โอกาสและเอื้อที่จะให้นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (Case Manager) ประกอบกับสถานการณ์ในปัจจุบันให้ความสำคัญกับปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ดังนั้นการมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ทำให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นหลักในการทำหน้าที่คณะกรรมการบำบัดรักษา และในขณะเดียวกันหัวหน้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ร่วมเป็นกรรมการอุทธรณ์ของคณะกรรมการระดับใหญ่ จึงทำให้ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลและระดับกรมเริ่มเห็นความสำคัญของการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์มากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้เป็นประเด็นต่อยอดที่จะทำให้ให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถแสดงบทบาทเด่นชัดมากขึ้นในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในองค์กรหรือหน่วยงานจิตเวช ยังไม่มีนโยบายในการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้อย่างชัดเจน และไม่มีกำหนดว่าจะให้วิชาชีพใดทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี แต่ให้การสนับสนุนเนื่องจากการจัดการรายกรณีก็คือระบบการให้บริการแบบหนึ่ง ที่ให้บริการอย่างครบวงจรซึ่งสอดคล้องกับระบบการให้บริการ ณ ปัจจุบันที่มีแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน แต่หากพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายกรณีแล้ว พบว่าผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายมีปัญหาซับซ้อนหลากหลาย ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญและมีความละเอียดอ่อนในการ

บำบัดรักษา เพราะฉะนั้นรูปแบบการจัดการรายกรณีจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในแต่ละปัญหาอย่างครบรอบด้าน เพราะฉะนั้นแต่ละวิชาชีพในทีมจิตเวช ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ล้วนแล้วสามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้ เนื่องจากแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทที่เด่นชัดในแต่ละด้านและแต่ละระยะของแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากสรุปรูปแบบการจัดการรายกรณีแล้วแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การจัดการรายกรณีทางการแพทย์ (Medical Case Management) เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยตามอาการทางจิตเวช ด้วยการบำบัดรักษาด้วยยา การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ การจัดการรายกรณีในรูปแบบนี้มักดำเนินการกับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และทุเลา ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี คือ แพทย์ หรือพยาบาล

2) การจัดการรายกรณีทางสังคม (Social Case Management) เป็นรูปแบบการให้บริการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมซับซ้อน เช่น ญาติและชุมชนไม่ยอมรับ ขาดผู้ดูแล ไม่มีสิทธิบัตรการรักษาพยาบาล ไม่มีอาชีพและรายได้ เป็นต้น ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่บำบัดทางสังคมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การติดตาม ประสานงานกับครอบครัวและชุมชน ดังนั้นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในรูปแบบนี้คือ นักสังคมสงเคราะห์

แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิชาชีพใดจะเป็นผู้ดูแลโดยภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากนโยบายขององค์กรไม่มีระบุไว้อย่างชัดเจนซึ่งอาจจะต้องอยู่บนพื้นฐานข้อตกลงร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

2. คุณสมบัติของผู้จัดการรายกรณี

2.1 วุฒิการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งมีทั้งผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท สามารถทำหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีได้โดยอาศัยประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน แม้จะไม่ได้รับการอบรมการเป็นผู้จัดการรายกรณีมาก่อน แต่เห็นด้วยว่าผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีต้องเป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือมากกว่า และควรได้รับการอบรมการเป็นผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นบริการพิเศษที่มุ่งให้บริการครบวงจรแก่ผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งการกลับสู่ครอบครัวและชุมชนโดยมีแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือและบริการอย่างต่อเนื่อง อันประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน องค์กรท้องถิ่นทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อป้องกัน มิให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาเจ็บป่วยซ้ำและสามารถพัฒนาตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มี การจัดอบรมการจัดการรายกรณีโดยตรงมีเพียงแต่วิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล

จิตเวช เป็นผู้ดำเนินงานในฐานะผู้จัดการรายกรณี และได้มีการจัดประชุม ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า แม้ในปัจจุบันนักสังคมสงเคราะห์ยังไม่มีความสมบัตินของการเป็นผู้จัดการรายกรณีอย่างครบถ้วน แต่ประสบการณ์อันเกิดจากการต่อยอดจากการปฏิบัติงานด้านจิตเวชมีแนวโน้มที่จะทำให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นผู้จัดการรายกรณีได้ เนื่องจากนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการบำบัดทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม รวมถึงการประสานและเป็นผู้เชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร นอกจากนี้ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิมองว่าผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องมีประสบการณ์ด้านต่างๆ ดังนี้

2.1.1 ด้านองค์ความรู้ ผู้จัดการรายกรณีต้องเป็นผู้มีองค์ความรู้ด้านการให้บริการแบบการจัดการรายกรณี จิตวิทยาพัฒนาการ การให้คำปรึกษา แหล่งทรัพยากรทางสังคม การสร้างและการทำงานกับเครือข่าย การทำงานแบบทีมวิชาชีพและความรู้ด้านงานจิตเวช

2.1.2 ด้านทัศนคติ ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความรักในงาน ยอมรับผู้ใช้บริการ มีความสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มีคุณธรรมจริยธรรมและความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพและเพื่อนร่วมวิชาชีพ หากมีการประกาศตัวว่านักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการจัดการรายกรณีต้องไม่ก้าวร้าวกับงานของวิชาชีพอื่นที่ทำอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นหากยังไม่มี ความชัดเจนและไม่เป็นการดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์จริงๆ จะทำให้มีปัญหาเกิดการขัดแย้งกับวิชาชีพอื่นๆ ได้ ตลอดจนมีความขยันอดทนมีความต้องการช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง

2.1.3 ด้านทักษะ การทำหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยทักษะพื้นฐานต่างๆ เพื่อให้การดำเนินการตามวิธีการจัดการรายกรณีประสบผลสำเร็จ ดังนี้คือ

1) ต้องเป็นผู้ประสานงานได้ดี มีความไว้วางใจโดยเฉพาะการทำงานในระดับชุมชน

เนื่องจากมีเครือข่ายหลากหลายและต้องทำให้เครือข่ายยอมรับและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้จัดการรายกรณีซึ่งทำหน้าที่ผู้ประสานงานต้องมีความไว้วางใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และแสดงความจริงใจให้เครือข่ายรับรู้ว่า นักสังคมสงเคราะห์มีเจตนาดีที่จะพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย และชุมชนเองได้รับผลดีจากการช่วยเหลือสังคมเพื่อความสงบสุขของชุมชนและสังคม

2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ศักยภาพผู้ป่วย รวมทั้งแหล่งทรัพยากรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้ ด้วยการสรรหาคนให้ถูกกับงาน เนื่องจากการทำงานในระดับชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีต้องพิจารณาให้เห็นชัดเจนว่า บุคคลในชุมชนมีความสามารถด้านใดอย่างไร เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนั้นให้เกิดประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การทำงานในชุมชนของนักสังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มองเห็นว่าสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลท่านหนึ่งนอกจากมีความสามารถในการเล่นกลองยาวได้ ก็จะมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ด้วยการเป็นผู้สอนการเล่นกลองยาวให้แก่ผู้ป่วยที่พอจะมีทักษะในการฝึกฝนได้ และเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งสามารถเล่นกลองยาวเป็นทีมได้ จึงส่งเสริมสนับสนุนให้

รับเล่นกลองยาวในงานมงคลต่างๆ ผู้ป่วยบางรายขับลมอโรไซด์ได้ ก็จะทำให้ทำหน้าที่ขับรับข้าง หรือผู้ป่วยรายใดมีความสามารถทำอาหารได้ก็จะให้ช่วยกลุ่มแม่บ้านทำอาหารเมื่อมีผู้มาเยี่ยมเยียนในชุมชน ในขณะที่บางคนมีทักษะในการพูดก็จะสนับสนุนให้เป็นผู้นำเสนอผลงานของชุมชนแก่ผู้ศึกษา ความสำเร็จ ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำกิจกรรมเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว ตลอดจนความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง หรือแม้แต่ญาติของผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ก็จะต้องวิเคราะห์ศักยภาพว่าใครพูดเก่ง สามารถโน้มน้าวผู้ป่วยได้ เช่น การกินยาตามแพทย์สั่ง หากพูดว่า “ไปกินยา ๆ” ผู้ป่วยก็จะไม่กิน แต่ญาติของผู้ป่วยบางรายหลอกล่อผู้ป่วยว่า “มากินยาซะ..บำรุงสมอง” “ยาจะช่วยให้สดชื่น” ฯลฯ ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยคล้อยตามและกินยาตามกำหนดได้ ดังนั้นความสามารถในการเจรจาโน้มน้าวของญาติเหล่านี้จะถูกนำมาถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่กลุ่มญาติด้วยกัน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

สรุปแล้วนักสังคมสงเคราะห์ต้องรู้จักการวิเคราะห์จุดเด่นของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเพื่อนำศักยภาพเหล่านั้นมาผลักดันให้เกิดการสร้างพลังกายและใจ สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

3) การเข้าถึง(Approach) ผู้ที่ได้รับการศรัทธาและนับถือจากคนในชุมชน เช่น พระสงฆ์ ปราชญ์ในชุมชน เป็นต้น ซึ่งการเข้าถึงผู้ที่ได้รับศรัทธาและนับถือจากคนในชุมชนต้องอาศัยเทคนิค และทักษะเพื่อให้บุคคลเหล่านี้เห็นความสำคัญของการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายสู่ครอบครัวและชุมชน และถ่ายทอดสู่คนในชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่านักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายแห่งหนึ่งซึ่งทำงานร่วมกับทีมจิตเวชชุมชน นำข้อมูลทางสถิติของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ และพบว่าผู้ป่วยจากตำบลและอำเภอเดียวกันเข้ารับการรักษามากกว่า 100 ราย และในจำนวนนี้มีพระสงฆ์ป่วยด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ นักสังคมสงเคราะห์และทีมจิตเวชชุมชนจึงได้เข้าไปปรึกษากับท่านเจ้าอาวาสวัดแห่งหนึ่งในตำบล พร้อมกับได้เสวนาปรับทุกข์สุข แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจจริงที่ต้องการให้พระสงฆ์เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยจิตเวช กอปรกับ ความเชื่อพื้นฐานของนักสังคมสงเคราะห์เองที่ว่า ความศรัทธาเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวช มีการพัฒนาทางด้านอารมณ์และจิตใจดีขึ้น และในการเข้าถึงผู้นำอย่างไม่เป็นทางการเช่นนี้ต้องอาศัย ความจริงใจที่จะเข้าพบอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากในสิ่งที่ท่านช่วยได้ เช่น การเทศนาในวันพระ หรือวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น จนกระทั่งครอบครัว ชุมชนเริ่มให้ความสำคัญและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น นักสังคมสงเคราะห์จึงได้เขียนโครงการเพื่อนำงบประมาณมาสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน ในฐานะชมรมญาติ และเกิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืนลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการเข้าถึงผู้ที่ได้รับศรัทธาจากคนในชุมชน เช่น พระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ นักสังคมสงเคราะห์ต้องอาศัยทักษะการเข้าถึง เช่น ความศรัทธา ความนอบน้อมขอคำปรึกษา ความตั้งใจและจริงใจ ให้ความเกื้อกูล และให้

การสนับสนุน เป็นต้น เหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของญาติและคนในชุมชน

4) การสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนเข้าใจและเห็นใจ (Empathy) การสื่อสารถือเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญที่นักสังคมสงเคราะห์มักนำมาใช้อยู่เสมอ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการพูดจาไพเราะและชื่นชม จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ยังเน้นทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวซึ่งควรใช้อยู่เสมอ คือ คำว่า “สวัสดิ ขอโทษ ขอขอบคุณ” ทั้งนี้เพราะการสื่อสารที่ดีนอกจากจะเป็นการบำบัดแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคนเข้าใจและเห็นคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งจะพัฒนาศักยภาพของตนเองต่อไปได้

5) ทักษะการตั้งคำถาม การตั้งคำถามกับผู้ป่วยต้องเป็นสุนทรียสนทนา ที่ทำให้เขา รู้สึกอยากเปิดเผย เช่น “คุณลองนึกว่าคุณเคยรู้สึกมีความปิติ หรือว่าดีใจครั้งล่าสุดเมื่อไหร่ ตอนนั้นอารมณ์ความรู้สึกของคุณเป็นอย่างไร ทำไมคุณจึงมีอารมณ์ความรู้สึกเช่นนั้น จริง ๆ แล้วมันเป็นความสำเร็จ หรืออะไรที่ทำให้คุณมีความรู้สึกที่ภูมิใจขณะนั้น” เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่าเหตุการณ์ในอดีตไม่สามารถจัดการได้ แต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตมีผลต่อมาถึงปัจจุบัน ดังนั้นจึงต้องกลับมาจัดการกับความรู้สึกที่เป็นผลกับปัจจุบัน โดยการดึงความรู้สึกที่เคยตกต่ำให้รู้สึกว่ามีอิสระ หลุดจากบ่วงในอดีต และกลับมารู้สึกภูมิใจในตนเอง ดัง กรณีผู้ป่วยเคยทำผิดกับแม่ หรือกับสามี จึงทำให้ผู้ป่วยคิดและกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดีและเหมาะสมหลายอย่าง ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ต้องหาแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับปัญหา และอยู่อย่างสบายใจ ให้อภัยตัวเอง สามารถใช้ความดีอยู่กับชีวิตปัจจุบันได้

6) ทักษะการต่อรอง ทักษะการต่อรองมีความสำคัญมากเนื่องจากปัญหาที่ผู้ป่วยประสบเป็นลำดับแรกๆ คือการขาดการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์ต้องมีทักษะการต่อรอง โดยพยายามทำให้ครอบครัวมองเห็นผลดี ประโยชน์และผลเสียของการยอมรับและไม่ยอมรับผู้ป่วย

7) การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ต้องทำงานกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการใช้ทรัพยากรจากหลายแหล่ง ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่จะพัฒนากิจกรรมหรือ โครงการต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและแหล่งทรัพยากรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

8) การเขียนโครงการ การเขียนโครงการนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการเป็นผู้จัดการรายกรณี เพราะการเขียนโครงการจะได้มาซึ่งงบประมาณในการดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ช่วยชี้ให้เห็นถึงปัญหา การปฏิบัติงานตามแผนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แผนงานมีทรัพยากรใช้อย่างเพียงพอ เหมาะสมกับสภาพปฏิบัติจริง เพราะมีรายละเอียดการใช้ทรัพยากรที่ชัดเจน เสริมสร้างความสามัคคี และความรับผิดชอบร่วมกันตามความรู้ ความสามารถ และศักยภาพของแต่ละบุคคลอย่างเต็มที่

9) ทักษะการจัดเวทีประชาคม เผยแพร่ความรู้ และการสร้างเครือข่าย การปฏิบัติงานของผู้จัดการรายกรณีในระดับชุมชนต้องจัดเวทีประชาคม เพื่อประชุมชี้แจง ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานจิตเวช และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ร่วมกับชุมชนเพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้นผู้จัดการรายกรณีต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในการจัดเวทีประชาคมมาพอสมควร รวมทั้งมีทักษะในการสร้างเครือข่ายซึ่งอาจจะเริ่มจากเครือข่ายกลุ่มเล็ก ๆ และขยายเพิ่มขึ้น คำนึงสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคเหนือที่เริ่มจากการสร้างเครือข่ายชมรมญาติในโรงพยาบาล และขยายต่อไปยังชมรมญาติในพื้นที่ในอำเภอใกล้เคียงโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปจนมีเครือข่ายระดับจังหวัดและทั่วทั้งภาคเหนือ เป็นต้น

10) ทักษะการจดบันทึกและการจัดระบบข้อมูล การจดบันทึกและการจัดระบบข้อมูลมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทักษะอื่นๆ เพราะการบันทึกจะทำให้ผู้จัดการรายกรณีได้ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงาน ในการนำไปปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ และทบทวนนโยบายองค์กรให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินการให้บริการต่อไป

2.2 ตำแหน่งงาน และภาระงาน

ตำแหน่งงานของผู้จัดการรายกรณีในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิมองว่า วิชาชีพใดก็ได้ในทีมสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย ด้วยการดำเนินการตั้งแต่การวินิจฉัยจนกระทั่งการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นวิชาชีพพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือมากกว่า หากเป็นผู้จบสังคมสงเคราะห์ศาสตร์จะต้องได้รับการอบรมด้านงานจิตเวช สำหรับในปัจจุบันภาระงานการบริหารของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่งจะมีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ประมาณ 4-7 คน ขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงาน แบ่งความรับผิดชอบคนละประมาณ 2-3 ศึก โดยการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ใช้มาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช คือ การวินิจฉัยทางสังคม การบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การสังคมสงเคราะห์ชุมชน และการพัฒนาวิชาการสังคมสงเคราะห์การวิจัย ดังนั้นความรับผิดชอบในการเป็นผู้จัดการรายกรณีอาจจะยากลำบาก เนื่องจากจำนวนนักสังคมสงเคราะห์มีน้อยแต่ภาระงานมีมาก หากจะเป็นผู้จัดการรายกรณีควรเป็นผู้จัดการรายกรณีเฉพาะด้านคือด้านสังคมและการทำงานในชุมชนซึ่งได้ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว

2.3 ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร

แหล่งทรัพยากรที่ผู้จัดการรายกรณีนำมาใช้มีทั้งแหล่งทรัพยากรหน่วยงาน องค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้ง คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ ความหลากหลายของแหล่งทรัพยากรนั้น ผู้ทำหน้าที่ในการจัดการรายกรณีต้องมีการเลือกและคัดสรรประเภทของแหล่งทรัพยากรเพื่อตอบสนอง

ต่อความต้องการของผู้ป่วย สามารถที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและครบวงจร แม้ว่าแหล่งทรัพยากรเหล่านั้นจะไม่ได้อยู่ในหน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งก็ตาม โดยเฉพาะแหล่งทรัพยากรทางสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า ปัญหาที่ผู้ป่วยประสบมากที่สุดคือ ไม่มีญาติดูแล ครอบครัวไม่ยอมรับชุมชนปฏิเสธผู้ป่วย ผู้ป่วยขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น สิ่งเหล่านั้นล้วนแต่ต้องอาศัยทรัพยากรทางสังคมเข้ามาช่วยเหลือทั้งสิ้น ดังนั้นการให้บริการผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อน นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้จัดการรายกรณีต้องมีความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรตลอดจนคุณภาพของแหล่งทรัพยากร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ โดยมีการประสานงานหรือดำเนินการในลักษณะของโครงการเพื่อให้มีงบประมาณที่เพียงพอต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยรวมและเกิดประโยชน์สูงสุด เช่น กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง มีความเห็นว่าผู้ป่วยหลายรายมีญาติ แต่ญาติไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอาศัยอยู่ด้วยและมีความพร้อมด้านค่าใช้จ่าย ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้จัดทำโครงการเปิดศูนย์ผู้ป่วยหลังการจำหน่ายขึ้น โดยใช้พื้นที่ภายในบริเวณโรงพยาบาล ซึ่งมีบริเวณกว้างขวางและบรรยากาศที่สดชื่นของต้นไม้ธรรมชาติ ด้วยการจัดบ้านเป็นหลังๆ มีกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างปกติตลอดชีวิต พร้อมกับการเก็บค่าบริการรายละ 100,000 บาท ปัจจุบันมีผู้ป่วยซึ่งใช้บริการกว่า 10 ราย เป็นต้น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ด้านภาษาและวัฒนธรรมต่างชาติ เนื่องจากมีผู้ป่วยต่างชาติและต่างศาสนามากขึ้น อีกทั้งสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์ได้รับการอบรมที่สอดคล้องกับงานต่างๆ เป็นระยะ เช่น การทำงานกับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ประสพภัยพิบัติ นอกจากนี้โรงพยาบาล 3 แห่งจากกลุ่มตัวอย่างได้พยายามพัฒนาโครงการขยายเครือข่ายในชุมชน อันได้แก่ เครือข่ายชมรมญาติ เครือข่ายพระสงฆ์ เครือข่ายองค์กรท้องถิ่น ฯลฯ เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรรองรับผู้ป่วยหลังจำหน่าย เป็นต้น ซึ่งจากตัวอย่างดังกล่าวจะเห็นได้ว่านักสังคมสงเคราะห์ต้องมีความรู้และมีการคิดอย่างสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการและจัดสรรทรัพยากรในการให้บริการและให้ผลย้อนกลับของการดำเนินโครงการ องค์กรให้บริการ และระบบการบริการ

3. ระบบการให้บริการจัดการรายกรณี

จากการศึกษาระบบการให้บริการจัดการรายกรณีจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า การให้บริการมีการจัดระบบการให้บริการจัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีควรจะได้เข้าไปแทรกแซงถึงในระดับระบบการให้บริการและสามารถจัดการกับเงื่อนไขการจัดบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ซึ่งระบบการให้บริการมีดังนี้

3.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

โดยมีเจ้าภาพดูแลและดำเนินอย่างต่อเนื่องครบวงจรตั้งแต่รับเข้ารักษาตัว การประเมิน การวางแผน การดำเนินการช่วยเหลือและประสานแหล่งทรัพยากร การประสานงานกับชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามผู้ป่วย ซึ่งการทำงานอยู่ภายใต้ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฯลฯ นโยบายของโรงพยาบาลได้มอบหมายให้พยาบาลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม และมอบหมายให้แต่ละวิชาชีพรับผิดชอบในด้านที่เกี่ยวข้องโดยผ่านการประชุมรายกรณี (Case conference) ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะรับผิดชอบในส่วนของปัญหาด้านสังคม

“วงกลมสามวงได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาด้านสังคม ทั้งสามส่วนมีส่วนที่ทับซ้อนกัน และมีส่วนที่ไม่ทับซ้อนกัน นั้นแสดงให้เห็นว่าส่วนที่ทับซ้อนกันนั้นต้องมีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม แต่ส่วนที่ไม่ทับซ้อน แสดงว่าแต่ละวิชาชีพก็เป็นผู้จัดการในด้านนั้น ๆ ด้วยเช่นกัน ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ก็ต้องเป็นผู้จัดการทางสังคม”

ผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2 การใช้ทีมสหวิชาชีพ

การจัดการรายกรณีนอกจากมีผู้จัดการเป็นผู้ดูแลหลัก ประการสำคัญการดำเนินงานต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งจะมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยผ่านการประชุมรายกรณี เพื่อให้แต่ละวิชาชีพได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องอาศัยรายละเอียดในการมองสภาพปัญหาอย่างรอบด้านทั้งทางด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย การประเมินศักยภาพ จุดอ่อน จุดแข็งของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ไม่กลับมาพึ่งพิงซ้ำ และทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันทำหน้าที่ติดตามด้วยการเยี่ยมบ้านในฐานะทีมจิตเวชชุมชนอีกด้วย นอกจากการมีทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแล้ว หากผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องทางด้านกฎหมายในฐานะของผู้กระทำหรือผู้ถูกกระทำก็ตาม จะต้องมีวิชาชีพด้านกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเพื่อทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิและร่วมกันเยียวยาบำบัดผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ ในขณะที่เดียวกันการทำงานในระดับชุมชน ผู้จัดการรายกรณียังต้องประสานงานและทำงานร่วมกับพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้ติดตามผู้ป่วยในขณะที่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนให้เป็นไปตามแผนภายใต้การดูแลของเครือข่ายระดับชุมชนอีกระดับหนึ่งและรายงานผลไปยังทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล

3.3 การใช้เครือข่าย และการบำรุงรักษาเครือข่าย

เครือข่ายมีความสำคัญมากทั้งเครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่า การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องการใช้เครือข่ายมากที่สุด เนื่องจากสภาพปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อนของผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรที่มีความหลากหลายและมีได้ใช้เฉพาะเพียงแต่ทรัพยากรภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ทรัพยากรภายนอกซึ่งเป็นเครือข่ายมีความจำเป็นยิ่งอย่างที่จะนำมาช่วยเหลือและเติมเต็มศักยภาพแก่ผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งการใช้เครือข่ายในการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วย การใช้เครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชด้วยตนเอง เช่น กรณีผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชทางภาคใต้ แต่มาเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวชทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักสังคมสงเคราะห์จะประสานกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด เพื่อส่งผู้ป่วยกลับหลังจากมีอาการทุเลาแล้ว แต่ระยะทางจากโรงพยาบาลทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและโรงพยาบาลทางภาคใต้มีระยะทางที่ไกลมาก ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงประสานไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในภาคกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักระหว่างการเดินทางและหลังจากนั้นเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลต้นสังกัดที่จะมารับผู้ป่วยกลับไปดำเนินการต่อ เป็นต้น ซึ่งจากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าแม้จะอยู่ต่างพื้นที่ แต่ด้วยความเป็นองค์กรเครือข่ายร่วมกัน ก็สามารถทำให้การดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์ประสบความสำเร็จได้ นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ได้ขยายเครือข่ายด้วยการเชื่อมประสานเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข พร้อมทั้งทำสัญญาความร่วมมือกับองค์กรภาครัฐ เช่น การทำสัญญาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ทำให้หน่วยงานทั้งสองมีการประชุม การวางแผนงานและมีข้อตกลงร่วมกัน โดยนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบเขียนโครงการ เช่น การเขียนโครงการเพื่อจัดทำ ท.74 ให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีที่อยู่อาศัยและไม่มีญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ทำบัตรสุขภาพและรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชได้ทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขั้นตอนของการดำเนินการนั้นจะต้องมีการฝากชื่อผู้ป่วยไว้สถานสงเคราะห์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีญาติ ซึ่งการดำเนินงานร่วมกันของโรงพยาบาลและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลเหมือนกับบุคคลโดยทั่วไป อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับค่าใช้จ่ายในการส่งตัวกลับภูมิลำเนาอีกด้วย ฯลฯ นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ยังทำงานร่วมกับกระทรวงยุติธรรม เช่น สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนหรือเรือนจำ ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เป็นต้น ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ซึ่งให้การสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชแก่โรงพยาบาลปีละ 6,000 บาท เป็นต้น ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นหน่วยงานระดับชุมชนที่มีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเป็นหน่วยรักษาพยาบาลที่ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน สามารถทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ รวมทั้งเครือข่ายที่มีความสำคัญมากเป็นเนื้อเดียวกับผู้ป่วยและครอบครัวคือ ชมรมญาติ

สำหรับการดำเนินการสร้างและขยายเครือข่าย พบว่า จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือการเริ่มจากการรวมกลุ่มเล็กๆ ของญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาล ขยายวงกว้างเป็นกลุ่มหลาย ๆ กลุ่มและรวมตัวกันเป็นกลุ่มใหญ่มากขึ้น เช่น การสร้างเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือ ซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) เริ่มจากการก่อตั้งชมรมสานสัมพันธ์ในโรงพยาบาล เมื่อปี พ.ศ.2543 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชมรมฯ เป็นศูนย์กลางในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวางแผนและทำกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายเพื่อเผยแพร่กิจกรรมของชมรมและบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดูแลสนับสนุนให้ชมรมดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อให้ญาติ ผู้ป่วย ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ตื่นตัวและเห็นความสำคัญในการก่อตั้งชมรมญาติ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ปัจจุบันมีชมรมญาติเพิ่มขึ้นจาก 1 ชมรม เป็น 10 ชมรม ในภาคเหนือ นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ และยังคงจูงใจให้แกนนำท้องถิ่นเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยการนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ เช่น งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และขอให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บรรจุแผนสุขภาพจิตอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสนับสนุนให้มีการใช้สื่อมนุษย์ เช่น ส่งเสริมให้ญาติและผู้ป่วย ฝึกฝนการเป็นวิทยากร ฝึกฝนการเป็นนักดนตรีสมัครเล่น เป็นต้น ซึ่งชมรมญาติจะเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยเติมต่อการทำงานของหน่วยงานระดับชุมชนและต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลจิตเวชระดับใหญ่เพื่อให้การดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างครบวงจรมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผล

3.4 การระดมการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ความเด่นชัดในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ คือ การทำงานในระดับชุมชนเนื่องจากชุมชนเป็นแหล่งรวมของทรัพยากรทางสังคมที่มีคุณค่าที่สำคัญและจำเป็นที่สุดของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นแหล่งรวมของญาติ เพื่อนบ้าน ทูตทางสังคมต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างยั่งยืนและมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีความรู้และเทคนิควิธีการกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณของผู้มีจิตอาสา ซึ่งในระยะแรกของการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชน เริ่มจากการใช้ระบบ AIC (Appreciation Influence Control) เป็นกระบวนการให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานของความเสมอภาค โดยนำเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนคือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และรับฟังโดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและกำหนดอนาคตร่วมกันถึงทิศทาง การพัฒนาในด้านนี้ต่อไป หลังจากนั้นหาวิธีการในการพัฒนาและช่วยเหลือซึ่งกัน

และกันด้วยการคิดในรูปของกิจกรรมหรือโครงการและดำเนินการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและตกลงในรายละเอียด

ต่อมาได้มาพัฒนามาเป็นการสร้างและขยายเครือข่ายในชุมชน ดำเนินการจัดทำเวทีชาวบ้านหรือเวทีประชาคม ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และสร้างความเข้าใจ ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์จึงกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานจิตเวชระดับชุมชน นับตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้ทำงานด้านสวัสดิการสังคม ด้วยการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับเบี้ยยังชีพ รวมทั้ง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สอ. อสม. และชมรมญาติในพื้นที่ร่วมกันติดตามและดูแลผู้ป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์และทีมวิชาชีพจะให้การอบรมและนิเทศงานเครือข่ายเพื่อให้เครือข่ายมีศักยภาพในการร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.5 การพัฒนาแหล่งทรัพยากร

การพัฒนาแหล่งทรัพยากรในการจัดบริการรายกรณี ผู้ทรงคุณวุฒิมองว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะแหล่งทรัพยากรจะสามารถทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต้องมีการพัฒนาและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ดังเช่น บางหน่วยงานมีการพัฒนางานร่วมกับสถานสงเคราะห์ โดยจัดโครงการแลกเปลี่ยนผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้ให้ผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์มีโอกาสได้เข้ามารับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมในโรงพยาบาล และในขณะที่เดียวกันผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ก็จะได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธีด้วยเช่นกัน และโรงพยาบาลได้พันธมิตรในการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายมากขึ้น ซึ่งกรณีนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสถานสงเคราะห์และโรงพยาบาล ตลอดจนเห็นการไม่ทอดทิ้งกันของเครือข่าย มีการพัฒนาเครือข่ายซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการริเริ่มและปรับปรุงบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การเปิดศูนย์ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายให้ญาติที่ไม่พร้อมจะดูแลแต่มีความพร้อมด้านการเงิน โดยมีค่าใช้จ่าย 100,000 บาทต่อคน นอกจากนี้ในปัจจุบันมีผู้ป่วยต่างชาติน่ามากขึ้น ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ต้องพัฒนาตนเองทั้งด้านภาษา และวัฒนธรรมต่างชาติ มีการสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์ได้รับการอบรมที่สอดคล้องกับงานเป็นระยะ เช่น การทำงานกับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ประสบภัยพิบัติ ในขณะเดียวกันมีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ถอดบทเรียนร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ให้ประสบความสำเร็จมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์ร่วมเป็นกรรมการวิชาชีพอีกด้วย สำหรับแหล่งทรัพยากรคนอื่นๆ ได้แก่ ญาติของผู้ป่วย ได้มีการสนับสนุนให้เป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์ในด้านทักษะการดูแลที่ประสบความสำเร็จให้แก่ญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ อีกด้วย

3.6 การทบทวนและปรับปรุงนโยบายองค์กร

จากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีการทบทวนและปรับปรุงนโยบายด้านการจัดการรายกรณีโดยตรง มีเพียงแต่การทำงานภายใต้ระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งอาจจะมีประเด็นการจัดการรายกรณีเป็นเครื่องมือหนึ่งในการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ และมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยของวิชาชีพพยาบาล มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอต่อผู้บริหารและนำมาปรับปรุงการให้บริการด้านการจัดการรายกรณีขององค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดูแลโดยการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย มีระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีแฟ้มประวัติผู้ป่วยอยู่ที่ฝ่ายทะเบียน มีการดำเนินการกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยแต่ละวิชาชีพจะส่งรายงานการดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วยมายังส่วนกลาง โดยข้อมูลของผู้ป่วยจะเก็บรักษาเป็นความลับ แต่ในส่วนของการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์โดยตรงยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้ระบบนี้ การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยของนักสังคมสงเคราะห์ยังไม่ได้ออกมาเป็นแผนชัดเจนแบบแพทย์ และพยาบาล มีเพียงแต่การทำเป็น การวิจัยการจัดการรายกรณีกับผู้ป่วยโรคจิตเวชเฉพาะด้าน เช่น โรคจิตเภท และนำเสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพต่อการให้บริการต่อไป แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลจิตเวชทางภาคใต้ มีนักสังคมสงเคราะห์บางรายได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ในด้านการติดตามผลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผ่านระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรม Access ทำให้มีการบันทึกได้อย่างสะดวก รวดเร็ว อ่านง่าย สามารถหยิบข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ได้อย่างทันท่วงที แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นการใช้โปรแกรมเบื้องต้นเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ที่สนใจการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์มาเป็นเครื่องมือในการทำงานเพียงบางรายเท่านั้น ยังไม่มีการใช้อย่างแพร่หลาย

3.8 การประกันคุณภาพการให้บริการ

จากการศึกษาการประกันคุณภาพการให้บริการรายกรณีพบว่า ยังไม่มีการประกันคุณภาพด้านการจัดการรายกรณีโดยตรง แต่ผู้ทรงคุณวุฒิให้มุมมองว่าหากระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาลมีการจัดการรายกรณี หรือมีผู้จัดการให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ความเสี่ยงใดๆ จะไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือถ้ามีความเสี่ยงก็จะถูกบริหารความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้ ดังนั้นการจัดการรายกรณีจึงมีความเกี่ยวข้องกับผู้บริหารและต้องเป็นนโยบายของโรงพยาบาลและระดับกรมสุขภาพจิตด้วย เนื่องจากนโยบายระดับกรมกำหนดตัวชี้วัด ไว้ว่าผู้ป่วยต้องไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมองว่าหากมีระบบการประกันคุณภาพการจัดการรายกรณีตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับสู่ชุมชนและมีการดำเนินการจัดการรายกรณีในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ชุมชนได้อย่างยาวนานมากยิ่งขึ้น

3.9 การพัฒนาแหล่งข้อมูล

การพัฒนาแหล่งข้อมูลจะทำให้มีข้อมูลที่ต้องการ แม่นยำ ชัดเจน เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษาพบว่า การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลกลางของหน่วยงาน หากวิชาชีพใดต้องการข้อมูลของผู้ป่วยสามารถขอใช้จากส่วนกลางตามแผนการดูแลผู้ป่วย สำหรับแต่ละวิชาชีพจะมีการบันทึกเป็นของตนเองผ่านการใช้คู่มือปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ แต่ของแต่ละวิชาชีพ แต่ไม่ใช่คู่มือสำหรับการดำเนินการจัดการรายกรณีหรือการเป็นผู้จัดการรายกรณี สำหรับการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์มีคู่มือต่างๆ เช่น คู่มือการวินิจฉัยทางสังคม การบันทึกการเยี่ยมบ้าน คู่มือแหล่งทรัพยากรทางสังคม เป็นต้น

ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกและการเสวนากลุ่มย่อยผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

การสัมภาษณ์เจาะลึกและการเสวนากลุ่มย่อยผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบกระบวนการให้บริการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช และแนวทางการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช ผลปรากฏ ดังนี้

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและเสวนากลุ่มย่อยนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ภาคเหนือ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ภาคใต้ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคกลาง พบว่า กระบวนการให้บริการในงานสังคมสงเคราะห์อิงการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชคือ เริ่มจากการวินิจฉัยทางสังคม งานบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม งานพิทักษ์สิทธิ งานสังคมสงเคราะห์ชุมชน และงานพัฒนาวิชาการสังคมสงเคราะห์จิตเวชและการวิจัย มีการทำงานในลักษณะกรณีศึกษาสมบูรณ์ ตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีกระบวนการติดตามผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนมีการสร้างเครือข่าย เพื่อให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพและมีเป้าหมายโดยกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันว่า ผู้ป่วยจะต้องไม่กลับมาป่วยซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน กระบวนการเหล่านี้ นักสังคมสงเคราะห์เชื่อว่าตนเองได้ใช้วิธีการให้บริการจัดการรายกรณี (Case management) แต่มิได้ประกาศให้รับรู้โดยทั่วไป ประกอบกับ นักสังคมสงเคราะห์บางส่วนยังไม่เข้าใจวิธีการจัดการรายกรณีอย่างชัดเจน หรือนักสังคมสงเคราะห์บางส่วนเข้าใจและคิดว่ายังไม่ครบตามกระบวนการของแนวคิดการจัดการรายกรณี ในขณะที่บางส่วนเข้าใจและคิดว่ายังมีระบบการทำงานโดยใช้วิธีการจัดการรายกรณีอยู่แล้ว โดยส่วนใหญ่มีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (Case manager) ดังนั้นสิ่งที่ควรคำนึง คือ การเคารพและให้เกียรติวิชาชีพอื่นที่เราทำงานร่วมด้วย

“เรายังไม่ชัดเจนกับคำว่า CM และที่สำคัญต้องระวังคือเรื่องวิชาชีพ เพราะวิชาชีพที่เราต้องระวัง นำใจกันมากที่สุดคือพยาบาล เพราะเขาเป็นคนกลุ่มใหญ่ ซึ่งเคยประกาศแล้วว่าใช้ระบบ CM หากเราจะเริ่มทำอาจจะเป็นการเขียนบทความในแบบฉบับทางสังคมซัก 1 กรณี ที่จะร้อยเรียง กระบวนการ CM ในงานสังคมสงเคราะห์”

ผู้ปฏิบัติงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้นนักสังคมสงเคราะห์ควรต้องปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช ดังนี้

1. การวินิจฉัยทางสังคม เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับครอบครัว พัฒนาการแบบแผนการดำรงชีวิต รูปแบบการเผชิญปัญหา แรงจูงใจ ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ เครื่องข่ายทางสังคมและสิ่งแวดล้อม นำมาวิเคราะห์ ประเมินสาเหตุ หรือปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วย รวมถึงผลกระทบ เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคและวางแผนให้การบำบัดช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช

การวินิจฉัยทางสังคมของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาล 3 แห่งจากกลุ่มตัวอย่าง นักสังคมสงเคราะห์ยังคงต้องสัมภาษณ์และวินิจฉัยผู้ป่วยทุกราย เมื่อมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และวินิจฉัยเชิงลึกกับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของปัญหา แต่ในขณะที่นโยบายของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้บริหารมองเห็นว่า นักสังคมสงเคราะห์มีภาระงานมาก จึงมอบหมายให้นักสังคมสงเคราะห์วินิจฉัยทางสังคมเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ไม่มีญาติ ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ครอบครัวไม่ยอมรับ ไม่มีสิทธิบัตรต่างๆ เป็นต้น

และหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) แต่ละตึกจะมีพยาบาลประจำตึกรับผิดชอบผู้ป่วย และมีนักสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละตึกด้วยเช่นกัน เพียงแต่จำนวนนักสังคมสงเคราะห์มีน้อย จึงรับผิดชอบคนละ 1-2 ตึก ดังนั้นหากเป็นผู้ให้บริการซึ่งมีปัญหาซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสังคม แพทย์ พยาบาลจะส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการช่วยเหลือต่อไป โดยที่วิชาชีพจะมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Care plan) ในการให้การบำบัดรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ร่วมกัน

2. การบำบัดทางสังคม เป็นกระบวนการแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาทางสังคมจิตใจของผู้ใช้บริการทั้งรายบุคคล กลุ่มและครอบครัว เพื่อให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา ระหว่างบุคคลและครอบครัว และสาเหตุของปัญหา มีแรงจูงใจในการปรับตัว นำไปสู่การแก้ไขปัญหา สามารถดูแลตนเองและมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น ตลอดจนทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

ในการบำบัดทางสังคม นักสังคมสงเคราะห์ถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน ดังนั้นวิธีการหนึ่งที่น่าไปสู่การบำบัดร่วมกัน คือ การประชุมรายกรณี (Case conference) เพื่อวางแผนการดำเนินให้ความช่วยเหลือตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วยวิชาชีพแพทย์ ทำหน้าที่เป็นประธาน มีพยาบาลเป็นเจ้าของไข้ และมีทีมสหวิชาชีพร่วม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นผู้รับผิดชอบช่วยเหลือตามบทบาท ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ห่มองว่า แต่ละวิชาชีพเมื่อมีความรับผิดชอบในแต่ละด้าน ก็ถือว่าแต่ละวิชาชีพก็ยอมเป็นผู้จัดการผู้ใช้บริการ (Case manager) ในแต่ละด้านด้วยเช่นกัน โดยนักสังคมสงเคราะห์จะรับผิดชอบด้านสังคม การติดตามครอบครัวและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว

“การทำงานกับผู้ใช้บริการ คือ นาย ก.หนึ่งคนมี CM ทุกวิชาชีพอยู่แล้ว และแต่ละวิชาชีพก็จะมีบทบาทในแต่ละด้านซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะมีความเด่นด้านการติดตามครอบครัว”

ผู้ปฏิบัติงาน

การทำหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในการบำบัด ได้แก่ การบำบัดทางสังคม ด้วยการให้คำปรึกษาเฉพาะรายและการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีทักษะทางสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้หลังจากการจำหน่ายสู่ชุมชน รวมถึงการให้คำปรึกษาครอบครัวและการบำบัดครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยอมรับและสามารถปฏิบัติกับผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนมีกำลังใจที่จะช่วยกันดูแลผู้ป่วยและอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เป็นกระบวนการในการพัฒนาสมรรถภาพทางสังคมของผู้ใช้บริการที่มีความเสื่อมหรือความบกพร่องทางสังคม เพื่อการอยู่ร่วมกันและการทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถทำหน้าที่ทางสังคมและใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

นักสังคมสงเคราะห์เริ่มกระบวนการฟื้นฟูด้วยการวิเคราะห์ศักยภาพของผู้ใช้บริการและส่งเสริมตามความสามารถของผู้ใช้บริการ เช่น การให้ผู้ใช้บริการได้ฝึกอาชีพต่าง ๆ จัดโครงการร้านเพื่อน เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีอากรทูลา สามารถฝึกการค้าขาย การติดต่อกับผู้มาใช้บริการ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการขายสินค้าที่มาจากฝีมือของผู้ใช้บริการอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางสังคมในระดับชุมชน เช่น การจัดค่ายครอบครัว โดยชมรมญาติ ซึ่งมีนักสังคมสงเคราะห์สนับสนุนการจัดตั้งชมรม ด้วยการให้ผู้ป่วยได้ไปพักค้างกับชาวบ้านในรูปแบบโฮมสเตย์ แม้ในช่วงแรก ๆ ชาวบ้านจะมีทัศนคติไม่เข้าใจ ก้าว แต่เมื่อทำเสวนากลุ่มร่วมกับชาวบ้าน และชี้แจงให้ทราบว่าผู้ป่วยที่มีอาการดีแล้ว สามารถอยู่ร่วมกับชาวบ้านได้ หลังจากที่ชาวบ้านได้สัมผัสกับผู้ป่วยจริงๆ แล้ว พบว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชาวบ้านได้

“นี่แหละที่พวกเขาเคยประทับใจคิดว่าน่ากลัว น่าหวาดระแวง แต่พอไปอยู่ด้วยแล้วไม่ใช่
ไม่ได้ที่น่ากลัวอย่างที่คิดไว้”

ผู้ปฏิบัติงาน

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและชาวบ้านได้มาเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกทักษะทางสังคม และได้สัมผัสกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ในขณะที่ชาวบ้านเองได้เปิดโลกทัศน์ของตนเองได้เรียนรู้และยอมรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมากขึ้น

4. การสังคมสงเคราะห์จิตเวชชุมชน เป็นการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้และส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้บริการ รวมทั้งส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนด้วย

งานด้านจิตเวชชุมชน เป็นงานที่นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการคู่กับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เป็นงานติดตามผู้ป่วย ครอบครัวร่วมกับทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล ด้วยการส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ใช้บริการ ไปยังแหล่งทรัพยากรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น สถานสงเคราะห์ วัด หรือครอบครัวและชุมชน ตามสภาพความต้องการและความเหมาะสมของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามนักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่ในการสร้างและขยายเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความตระหนักแก่ชุมชนว่า ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ดังตัวอย่าง

โรงพยาบาลจิตเวชทางภาคเหนือ นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการ โครงการขยายเครือข่ายชมรมญาติ จากการเครือข่ายเล็ก ๆ ไประดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ตลอดจนการขยายเครือข่ายชมรมญาติไปยังพื้นที่ในจังหวัดภาคเหนือ จนกระทั่งมีชมรมญาติในภาคเหนือมากกว่า 70 ชมรม โดยมีผู้ปฏิบัติงานระดับชุมชน คือ พยาบาลจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน โดยนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้สร้างและขยายเครือข่าย ตลอดจนเป็นผู้สอนงานพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้ตั้งแต่การสืบค้น ประเมิน วางแผน ส่งต่อและการติดตามเพื่อรายงานผลมายังงานจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลต่อไป

ในขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักสังคมสงเคราะห์ได้สร้างเครือข่ายชมรมญาติในชุมชน ได้แก่ ชุมชนในเขตพื้นที่การดูแลของวัด โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยซึ่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับแกนนำในชุมชน ประกอบด้วย อบต. สอ. สสอ. ผู้ใหญ่บ้าน มีการวางแผนร่วมกันดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การสังเกตอาการ การส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยตามความถนัด เช่น การทอเสื่อ การเล่นกลองยาว การขับรธรับจ้าง การปลูกพืชผักสวนครัว เป็นต้น โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ส่งเสริม พัฒนาและจัดหาทรัพยากรให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาและทำหน้าที่ในการติดตามการทำงานของ

เครือข่าย ปัจจุบันเครือข่ายชมรมแห่งนี้ เป็นแหล่งต้นแบบในการเข้าศึกษาคุณภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายแห่ง แสดงให้เห็นถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาคารทุเลา เพื่อมิให้กลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วัน และสามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นอย่างดี

5. การวิจัยและพัฒนาวิชาการสังคมสงเคราะห์จิตเวช เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดนวัตกรรม เทคโนโลยีด้านสังคมสงเคราะห์จิตเวช รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูล การจัดการความรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชและถ่ายทอดเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

งานวิจัยและพัฒนาวิชาการถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องตระหนักและปฏิบัติ เนื่องจากเป็นภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับผู้ป่วย ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์หลายแห่งมีโอกาสดำเนินการวิจัยจากการดำเนินงาน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างแห่งหนึ่ง มีการทำวิจัยจากการทำค่ายครอบครัว เรื่อง การพัฒนารูปแบบค่ายครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยซึ่งเข้าร่วมค่ายครอบครัวมีการทดลองไปอยู่ในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนของตนเองได้ โดยไม่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเลย จำนวน 2 ราย

ในส่วนของการจัดทำฐานข้อมูล และการจัดการความรู้ยังเป็นข้อจำกัดของนักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากภาระงานมีมาก แต่จำนวนนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานแต่ละแห่งมีเป็นจำนวนน้อย ทำให้การจัดระบบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยยังต้องใช้ฐานข้อมูลร่วมกับฝ่ายเวชระเบียนของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามนักสังคมสงเคราะห์ของหน่วยงานบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลทางพื้นที่ภาคใต้ ได้พยายามใช้ระบบเทคโนโลยีในการจัดเก็บฐานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Access ในการเก็บข้อมูลผลการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ซึ่งนอกจากเป็นประโยชน์และสะดวกรวดเร็วต่อการนำข้อมูลไปศึกษาและพัฒนาการจัดบริการแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการซึ่งจะต้องทำหน้าที่ต่อไปด้วย

ดังนั้นเพื่อเป็นการขยายผลจากมาตรฐานการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาพบว่านักสังคมสงเคราะห์ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 หน่วยงาน มีกระบวนการปฏิบัติงานตามแนวทางการจัดการรายกรณีแตกต่างกันไปดังนี้

1. กระบวนการให้บริการ

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานใน 2 ส่วน คือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คือการทำหน้าที่ในหอผู้ป่วยด้วยการทำหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และ การปฏิบัติงานในชุมชนทำหน้าที่ร่วมกับเครือข่ายชุมชน ซึ่งการดำเนินการได้มีการใช้กระบวนการจัดการรายกรณี ปรากฏตามตารางและการอธิบาย ดังนี้

1.1 โรงพยาบาล ก.
กระบวนการให้บริการในโรงพยาบาล

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>ประกอบด้วย 2 ลักษณะ</p> <p>1) นักสังคมสงเคราะห์พบเอง</p> <p>- ผู้ป่วยทุกรายจะเข้าพบนักสังคมสงเคราะห์ ณ หอผู้ป่วยนอก เพื่อคัดกรอง</p> <p>หากมีปัญหาสังคมซับซ้อน</p> <p>เช่น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน ไม่มีญาติดูแล ไม่กินยาตามแผนการดูแล ไม่มีสิทธิบัตรสุขภาพ จะส่งต่อให้นักสังคมฯประจำตึก</p> <p>2) พยาบาลค้นพบในหอผู้ป่วยและส่งต่อให้นักสังคมสงเคราะห์ เช่น ปัญหาไม่มีสิทธิบัตร ไม่มีญาติมาเยี่ยม เป็นต้น</p>	<p>ประกอบด้วย</p> <p>1) การประเมินสภาพปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วย</p> <p>- ญาติมารับกลับไปอยู่กับแต่ไม่มีคนดูแล</p> <p>- ผู้ป่วยถูกกระทำจากครอบครัว</p> <p>- ไม่มีที่อยู่</p> <p>- ไม่มีทะเบียนบ้าน</p> <p>- ไม่มีสิทธิบัตรในการรักษา</p> <p>- ไม่มีบัตรประชาชน</p> <p>2) การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ตามความถนัด ความสามารถ เพื่อส่งเสริมด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไป</p> <p>3) การประเมินครอบครัวในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว</p> <p>4) การประเมินศักยภาพชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>แบ่งเป็น</p> <p>1) การวางแผนโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>- การประชุมทีมสหวิชาชีพ (case conference) เพื่อแบ่งภาระหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาซับซ้อน</p> <p>นักสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบดูแลสภาพปัญหาด้านสังคม</p> <p>2) การวางแผนโดยนักสังคมสงเคราะห์ เช่น การติดตามญาติ การพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิบัตรคนพิการ</p>	<p>นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ใน 2 ลักษณะ</p> <p>1) การติดต่อประสานงาน</p> <p>- การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับบัตรคนพิการ</p> <p>- การติดต่อญาติ</p> <p>- การประสานเครือข่าย ชุมชน เพื่อจัดหาทรัพยากรมาตอบสนองแก่ผู้ป่วย</p> <p>2) การบำบัดทางสังคม ด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัว บำบัด และการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อการฝึกทักษะทางสังคม</p>	<p>นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการติดตามด้วยวิธีการต่างๆ คือ</p> <p>- การโทรศัพท์ติดตาม</p> <p>- การเยี่ยมบ้าน</p> <p>ร่วมกับฝ่ายจิตเวช ชุมชน ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพหนึ่งในทีม สหวิชาชีพ</p>	<p>นักสังคมสงเคราะห์ใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของฝ่ายจิตเวชตามแผนการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>การพิจารณาจากอาการที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มีความพร้อมที่จะจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้</p>	-

โรงพยาบาล ก.
กระบวนการให้บริการในชุมชน

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>แพทย์ให้การจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสังคม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ญาติไม่เข้าใจ - ชุมชนปฏิเสธ ไม่ยอมรับ 	<p>นักสังคมสงเคราะห์และเครือข่ายจิตเวชชุมชน ร่วมกับชุมชน ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งประเมินแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น ชมรมญาติหน่วยงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ</p>	<p>นักสังคมสงเคราะห์ทำงานร่วมกับชุมชนโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้เวทีประชาคม - การประชุมของชมรมญาติผู้ป่วย - การให้อาสาสมัครแกนนำร่วมกันดูแลผู้ป่วย 	<p>นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การประสานงานกับพยาบาลจิตเวช รพ.เครือข่าย เพื่อประชุมแกนนำ เช่น อสม. อบต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้นเพื่อหารือการทำงานที่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชน 2) การจัดตั้งชมรมญาติตั้งแต่ปี 43 เกิดอาสาสมัคร แกนนำในพื้นที่ เช่น อ.หางดง อ.สันกำแพง อ.แมริม อ.สันทราย ฯลฯ ปัจจุบันมีเครือข่ายมากกว่า 70 แห่ง ทั่วภาคเหนือ 3) การสอนงาน ทีมจิตเวชชุมชนของ รพ.เครือข่าย ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ตั้งแต่การสืบค้น ประเมิน วางแผน การประสานงาน และการติดตาม 	<p>แบ่งออกเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นักสังคมสงเคราะห์ติดตามด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมจิตเวชชุมชน 2) พยาบาลจิตเวช รพ.เครือข่ายเป็นผู้ดำเนินการติดตามและรายงานมายังงานจิตเวชชุมชนของ รพ. 	<p>ใช้แบบบันทึกของทีมงานสังคมสงเคราะห์</p>	<p>มีการประเมินความพึงพอใจโดยทีมจิตเวชชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ</p>	<p style="text-align: center;">-</p>

1) การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย

การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาล ก. มีเกณฑ์ดังนี้

- 1.1) เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยในการมาพบแพทย์ครั้งแรกผู้ป่วยหรือญาติต้องเข้าพบนักสังคมสงเคราะห์ก่อนเพื่อทำการสัมภาษณ์และคัดกรองผู้ป่วย ดังนั้น **หากผู้ป่วยมีปัญหาสังคมจะส่งต่อให้นักสังคมสงเคราะห์ประจำตึกเพื่อดำเนินการช่วยเหลือต่อไป** แต่ถ้าหากมีปัญหาซับซ้อนจะเข้าสู่ทีมสหวิชาชีพ
- 1.2) พยาบาลเป็นผู้ค้นพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางสังคมและส่งต่อให้นักสังคมสงเคราะห์ เช่น ผู้ป่วยไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ฯลฯ
- 1.3) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (readmit) ภายใน 28 วัน เนื่องจาก
 - ขาดผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับญาติและชุมชนได้ รวมถึงญาติและคนในชุมชนไม่ยอมรับ
 - ผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง เพราะเข้าใจว่าตนเองหายป่วยแล้ว ต้องการให้คนอื่นยอมรับ และการกินยาทำให้ตนเองมีอาการข้างเคียง เป็นต้น

2) การประเมิน

การประเมินร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการประเมินสภาพปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยรวมถึงการค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งทรัพยากรที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งในการประเมินมักพบปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย ได้แก่ การไม่มีญาติมารับ ไม่มีคนดูแล ผู้ป่วยบางรายถูกระงับจากครอบครัว ไม่มีที่อยู่ ไม่มีทะเบียนบ้าน ไม่มีสิทธิบัตรในการรักษา ไม่มีบัตรประชาชน เป็นต้น

3) การวางแผน

เป็นการวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ด้วยการประชุมทีมสหวิชาชีพ (Case Conference) เพื่อพิจารณาแบ่งบทบาทภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จะรับผิดชอบในการแก้ไขและช่วยเหลือปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การติดตามญาติ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติมาเยี่ยมหรือไม่มีญาติมารับผู้ป่วยกลับไปดูแลเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีฐานะความเป็นอยู่ยากลำบาก เป็นต้น

4) การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร

การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากรมี 2 ส่วนคือการดำเนินการขณะผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และการดำเนินการเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

การดำเนินการขณะผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดทางสังคม เช่น การให้คำปรึกษาทางสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ การทำกลุ่มบำบัด กลุ่มก่อนจำหน่าย การฟื้นฟู

สมรรถภาพทางสังคม การติดต่อญาติทั้งทางโทรศัพท์ จดหมาย ฯลฯ รวมทั้งประสานเครือข่ายชุมชน และกรณีสุดท้ายคือการประสานไปยังสถานสงเคราะห์กรณีที่มีผู้ป่วยไม่มีญาติและมีความต้องการจำเป็นที่จะต้องได้รับการบริการจากแหล่งนี้

นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิในการดำเนินการจดทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งถือเป็นผู้พิการประเภททางจิตใจหรือพฤติกรรม ให้มีสิทธิเท่าเทียมเหมือนผู้พิการประเภทอื่น กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่บำบัดอยู่ในโรงพยาบาล และไม่สามารถติดต่อญาติได้ ในการจดทะเบียนทำสมุดประจำตัวคนพิการนั้นจะต้องมีเลขประชาชน 13 หลัก ดังนั้น ผู้ป่วยบางรายมีเลข 13 หลักแล้ว แต่ยังไม่เคยทำบัตรประชาชน จำเป็นจะต้องดำเนินการทำบัตรประชาชนให้ เพื่อที่จะนำไปประกอบการทำสมุดประจำตัวคนพิการ หรือผู้ป่วยบางรายจำเป็นจะต้องดำเนินการเพิ่มชื่อบุคคลในทะเบียนบ้านของโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อที่จะนำหลักฐานไปดำเนินการขอใช้สิทธิต่าง ๆ เป็นต้น

5) การปฏิบัติงานระดับชุมชน

การดำเนินการเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากการดำเนินการขณะผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ เพราะการเตรียมความพร้อมด้านสังคมกับครอบครัวเป็นประเด็นแรกที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องตระหนัก ประกอบกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต และของโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และจากการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์พบว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากญาติยังไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ดังนั้นจากประเด็นนี้จึงเป็นจุดเชื่อมต่อที่ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้คิดหาแนวทางการสร้างเครือข่ายกับชุมชน เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างปกติและยั่งยืน

การสร้างเครือข่ายในชุมชนของนักสังคมสงเคราะห์ เริ่มจากการสร้างเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) ซึ่งเริ่มจากการก่อตั้งชมรมสามัคคีในโรงพยาบาล ก. เมื่อปี พ.ศ.2543 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชมรมฯ เป็นศูนย์กลางในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวางแผนและทำกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายเพื่อเผยแพร่กิจกรรมของชมรมและบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดูแลสนับสนุนให้ชมรมดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และจัดกิจกรรมเพื่อให้ญาติ ผู้ป่วย ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องตื่นตัวและเห็นความสำคัญในการก่อตั้งชมรมญาติ ทำให้ปัจจุบันมีชมรมญาติเพิ่มขึ้นจาก 1 ชมรม เป็น 10 ชมรมและปัจจุบันมีชมรมมากกว่า 70 ชมรมในภาคเหนือ นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ โดยประสานแกนนำท้องถิ่น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ และยังคงประยุกต์ให้แกนนำท้องถิ่นเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยการนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ (เช่น งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น) ให้เห็นถึง

ความสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และให้ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บรรจุนโยบายสุขภาพจิตอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุนให้ใช้สื่อมวลชน เช่น วิทยุและผู้ป่วย ฝึกการเป็นวิทยากร ฝึกการฟื้นฟู โดยใช้วงดนตรีเป็นสื่อกิจกรรมเดินการกุศล เป็นต้น เพื่อสร้างความเข้าใจและลดตราบาปให้กับผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งเป็นปากเป็นเสียงแทนและพิทักษ์สิทธิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงสวัสดิการทางสังคมมากขึ้น

นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่ในการสอนงานเรื่องการสืบค้น การประเมิน การวางแผน และการจัดการประสานงานในผู้ป่วยที่มีปัญหาความซับซ้อน แก่ผู้ปฏิบัติงานจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้ทำหน้าที่ในการดูแล ติดตามผู้ป่วยระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องและรายงานผลมายังจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล ก. อีกด้วย

6) การติดตาม

นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การโทรศัพท์ จดหมาย และวิธีการที่สำคัญคือ การเยี่ยมบ้านซึ่งดำเนินการโดยฝ่ายจิตเวชชุมชน ของโรงพยาบาล ก. ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ

7) การบันทึก

การบันทึกของนักสังคมสงเคราะห์ใช้แบบบันทึกของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ และใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

จากกรณีของหน่วยงานกลุ่มตัวอย่างข้างต้น จะพบว่าการดำเนินการของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาล ก. เป็นไปตามกระบวนการให้บริการแบบการจัดการรายกรณีคือ มีการค้นหาคัดกรอง การประเมินปัญหาทางสังคม การวางแผน การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร การปฏิบัติงานในระดับชุมชน ตลอดจนมีการติดตาม และการบันทึก โดยการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแลปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย แต่เมื่อพิจารณาการทำงานในพื้นที่ระดับชุมชนพบว่า นักสังคมสงเคราะห์เป็นแกนหลักในการติดต่อประสานงานกับเครือข่าย และขยายเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แต่อย่างไรก็ตามข้ออ่อนค้อยของการปฏิบัติงานคือ การขาดการบันทึกโดยใช้เครื่องมือของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์เอง ทำให้ไม่เห็นภาพกระบวนการจัดการรายกรณีโดยนักสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในชุมชนทำงานในลักษณะ “เน้นการขยายเครือข่ายเพื่อส่วนรวมมากกว่าการเน้นการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล” ทั้งยังส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์จึงยังไม่เห็นภาพอย่างชัดเจนมากนัก

2.1 โรงพยาบาล ข.

กระบวนการให้บริการในโรงพยาบาล

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้คัดกรองเองในหอผู้ป่วย - พยาบาลแจ้งมาภายใน 72 ชม. <p>มีเกณฑ์ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เข้ารับการรักษาภายใน 28 วันหลังการจำหน่าย 2) วิเคราะห์พบว่า มี 2 ปัญหาขึ้นไป 2) นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้กำหนดเอง คือ มีปัญหาญาติทอดทิ้ง ไม่มีญาติ มีปัญหาครอบครัว ที่ตั้งเกณฑ์ <p>เพราะจะแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา ยุ่งยาก ซับซ้อน ให้นักสังคมสงเคราะห์ดูแลอย่างใกล้ชิด</p>	<p>ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - สาเหตุของปัญหาเกิดจากอะไร เช่น ญาติไม่รับ - พฤติกรรมก้าวร้าว อันตรายรุนแรง - สภาพครอบครัว - การควบคุมการกินยา <p>พยายามเน้นที่ญาติ เพราะผู้ป่วยอยู่ได้เพราะการกินยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินศักยภาพผู้ป่วยว่าจะต้องกลับไปบ้าน - ประเมินศักยภาพผู้ป่วยสมควรได้รับการฟื้นฟูด้านใด และเตรียมครอบครัวให้ร่วมกันฟื้นฟูด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำงานร่วมกับทีมวิชาชีพ - พยาบาลทำหน้าที่ เป็นหัวหน้า โดยแบ่งจำนวนผู้ป่วย 3-5 รายในแต่ละตึกเพื่อให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือและดำเนินการช่วยเหลือเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน - การประชุม Case conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน - หัวหน้าทีมคือ แพทย์ผู้รายงานคือ พยาบาล และทุกวิชาชีพช่วยกันเสนอการให้ความช่วยเหลือ - และมีการบันทึกรายงานว่าใครทำอะไรบ้าง - แต่ปัญหาที่ไม่จบ ณ ตรงนั้น คือ การทำหน้าที่ของ นักสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดต่อญาติให้มาร่วมเข้ากลุ่ม หรือ พูดคุยกันทุกสัปดาห์ - การพิทักษ์สิทธิ ด้วยการขอใบรับรองความพิการแก่ผู้ป่วยที่ยากจน รวมถึงการขอรถ รพ. ไปส่งผู้ป่วยที่บ้าน - ประสานงานกับหน่วยงานภาคเอกชน ด้วยการได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิปอเต็กตึ๊งปีละ 6,000 บาท - ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ คือ พมจ. ด้วยการมอบเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับภูมิลำเนา - ประสานกับเครือข่ายห้างร้านต่าง เพื่อการบริจาค ด้วยการ ตั้งกล่องตั้งตู้/รับบริจาค - ประสานงานกับเครือข่ายใกล้เคียง เช่นสถานสงเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามโดยการ ใช้การโทรศัพท์ - มีโปรแกรมการติดตามโดยเฉพาะ โดยใช้โปรแกรม Access 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแบบฟอร์มการบันทึกของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ 	-	-

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
		<p><u>สงเคราะห์ต่อเนื่องไปยังระดับชุมชน</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดศูนย์ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายให้ญาติ ที่ไม่พร้อม - นักสังคมสงเคราะห์เป็นตัวกลางจะประสานไปยัง สอ., อบต. ทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้รู้ความเคลื่อนไหวของ case 				



โรงพยาบาล ข.
กระบวนการให้บริการในชุมชน

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>มีเกณฑ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีปัญหาครอบครัว - พยายามมิให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ - ปัญหาการปรับตัวกับครอบครัว - ปัญหาการป่วยซ้ำ <p>จากกลุ่มผู้ติดตามเสพติด</p>	<p>- เน้นการประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน</p>	<p>- มีการปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพแพทย์มักจะมอบหมายให้นักสังคมสงเคราะห์หน้าตึก ญาติ ครอบครัว อบต. ฯลฯ มาประชุมพูดคุยกัน ทุกสัปดาห์ ว่าเมื่อกลับไปใครจะรับผิดชอบและจำทำอย่างไรให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่เจ็บป่วยซ้ำภายใน 28 วัน เรียกว่า “การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย” เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในระดับชุมชน</p> <p>- นักสังคมสงเคราะห์ประชุมร่วมกับชุมชน โดยใช้ชมรมญาตินำร่อง วางแผนจัดโครงการที่นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของชุมชน</p>	<p>- การประสานงานกับชมรมญาติ- กระตุ้นชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อบต. สอ. กำนัน และผู้เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ</p> <p>- การพิทักษ์สิทธิ เมื่อผู้ป่วยอายุครบ 60 ปี ได้ประสานงานกับอบต.ให้ช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ</p> <p>- ขยายเครือข่าย มีการเชื่อมกับ พม. และ อบต. อสม. NGO ชมรมญาติในแต่ละพื้นที่ รพ.ชุมชน</p> <p>- อบรมเครือข่าย/ นิเทศเครือข่าย</p> <p>- ให้ญาติคนไข้เป็นวิทยากร เป็นต้น</p>	<p>- ติดตามการทํากิจกรรมของผู้ป่วยร่วมกับชุมชน</p> <p>- การนัดผู้ป่วยและตัวแทนของชุมชนมาเพื่อรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วยการการเห็นคุณค่าในตัวเอง ประกอบอาชีพช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ประกอบอาชีพเก็บผัก ขาย ทำอาชีพเสริมกับกลุ่มแม่บ้านในชุมชน ทำให้มีรายได้ เป็นต้น</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>



1) การค้นหา / คัดกรองผู้ป่วย

การค้นหา คัดกรองผู้ป่วยได้จากการที่นักสังคมสงเคราะห์มีการคัดกรองเองในหอผู้ป่วย และพยาบาลเป็นผู้แจ้งให้ทราบภายใน 72 ชั่วโมง สำหรับเกณฑ์ในการคัดกรองมีดังนี้

- 1.1) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาภายใน 28 วันหลังการจำหน่าย และจากการวินิจฉัยของทีมสหวิชาชีพ พบว่ามี 2 ปัญหาขึ้นไป เช่น การกินยาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาครอบครัว ปัญหาไม่มีญาติดูแล เป็นต้น
- 1.2) นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ตั้งเกณฑ์ขึ้นเอง คือ มีปัญหาญาติทอดทิ้ง ไม่มีญาติ มีปัญหาครอบครัว การตั้งเกณฑ์ของนักสังคมสงเคราะห์นั้นเพื่อจะแยกประเภท Case ยุ่งยากให้นักสังคมสงเคราะห์เองได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยใช้หลักการจัดการรายกรณี (Case Management)

2) การประเมิน

การประเมินสาเหตุและสภาพของปัญหา เช่น ญาติไม่ยอมรับ สภาพครอบครัวมีปัญหา ขาดการควบคุมการกินยา ซึ่งในการประเมินนั้นจะเน้นเรื่องญาติเป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจะอยู่ได้อย่างปกติเพราะการกินยาเป็นลำดับแรก นอกจากนี้ต้องประเมินศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูด้านใด และเพื่อเตรียมความพร้อมครอบครัวให้ร่วมกันฟื้นฟูผู้ป่วยด้วย

3) การวางแผน

นักสังคมสงเคราะห์ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในภาพรวม ซึ่งจะแบ่งความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแต่ละตึกคนละ 3 - 5 ราย แต่สำหรับนักสังคมสงเคราะห์มีคนเดียวในแต่ละตึก จึงรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเท่านั้น และในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะมีการประชุมวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม พยาบาลเป็นผู้รายงานหรือเป็นผู้จัดการดูแล และทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบพร้อมกับการบันทึกรายงานถึงการทำหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการวางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย โดยมีการเชิญญาติ ครอบครัว องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ฯลฯ มาร่วมปรึกษาถึงความรับผิดชอบเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนเพื่อหาแนวทางและวิธีการให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ไม่กลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วัน

4) การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร

การปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพมักจะจบอยู่ในโรงพยาบาล แต่การทำหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์นอกจากการบำบัดทางสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยได้รับการจดทะเบียนผู้พิการเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการให้ผู้ป่วยมีบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว ยังมีทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานไปยัง สอ. อบต. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลติดตาม ทำให้ทีมสหวิชาชีพรู้ความ

เคลื่อนไหวของผู้ป่วย ขณะอยู่กับครอบครัวและชุมชน เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการป้องกันและช่วยเหลือได้ทันสถานการณ์หากมีปัญหาเกิดขึ้น

5) การปฏิบัติงานในชุมชน

การปฏิบัติงานในชุมชน เป็นการปฏิบัติงานต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ด้วยการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยนักสังคมสงเคราะห์ดูแลปัญหาทางสังคม เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการปรับตัวกับครอบครัว การพยายามป้องกันมิให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ ฯลฯ โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการประสานกับชุมชน และกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมเริ่มจากการสนับสนุนให้เกิดชมรมญาติมิตรสัมพันธ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันของญาติผู้ป่วยจิตเวช เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลทางสังคมจิตใจซึ่งกันและกันในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน อบอุนใจ ได้รับความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจจากเพื่อนสมาชิก ส่งผลให้สมาชิกชมรมฯเกิดแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ และยังได้ขยายผลความเข้าใจไปสู่เครือข่ายชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต และจิตเวช และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของตน ครอบครัวและชุมชนต่อไป

นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ยังผลักดันให้เกิดโครงการค่ายครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนขึ้น 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 กิจกรรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก เมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยมีครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเวชทำกิจกรรมร่วมกัน ใช้รูปแบบการพักอาศัยแบบ Home Stay จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเวช ตลอดถึงชุมชน มีมิติของการเปลี่ยนแปลง คือ ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกับบุคคล สถานที่ที่ไม่คุ้นเคยได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลความเอาใจใส่อย่างอบอุ่น มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้านเสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองมากขึ้น ดังนั้นเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาคใต้ ประกอบด้วย ชมรมญาติสัมพันธ์ ชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ และชมรมรุ่งอรุณสัมพันธ์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นฐานแห่งความมั่นคงให้กับผู้ป่วยจิตเวช และตระหนักถึงศักยภาพของชุมชนที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ จึงร่วมกันจัดค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก เป็นครั้งที่ 2 ในปี 2549 และได้นำเสนอในรูปแบบของวิจัย ซึ่งพบว่า จากการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายครอบครัว ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง ทั้งผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม ในด้านการพัฒนาทักษะทางสังคม การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเอง ตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติไปในทางที่ดีขึ้น

6) การติดตาม

เมื่อผู้ป่วยได้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะถูกส่งกลับครอบครัว แต่หากผู้ป่วยไม่มีญาติ จะถูกส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์หากเป็นความต้องการของผู้ป่วย สำหรับการติดตามผลนั้นนักสังคมสงเคราะห์ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ เช่น โทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้งใน 3 สัปดาห์ การเขียนจดหมาย รวมถึงการใช้ระบบเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการติดตาม ด้วยการใช้โปรแกรม Access ในการติดตาม ซึ่งทำให้สะดวกต่อบันทึกและประมวลผลข้อมูลรวมถึงรายละเอียดที่เป็นเชิงคุณภาพอีกด้วย

7) การบันทึก

การบันทึกของนักสังคมสงเคราะห์ใช้แบบฟอร์มการบันทึกของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์และใช้ร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ข.เป็นไปตามแนวคิดการจัดการรายกรณี เนื่องจากมีผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล คือพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย และส่งต่อให้วิชาชีพต่าง ๆ ทำหน้าที่ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบปัญหาด้านสังคม แต่เมื่อพิจารณาการทำงานระดับชุมชนพบว่า นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ทำหน้าที่ประสานเครือข่าย จัดโครงการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย แต่ยังคงขาดการบันทึกและการทำงานกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้ไม่เห็นภาพการทำงานที่ผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายบุคคล

1.3 โรงพยาบาล ค.

กระบวนการให้บริการในโรงพยาบาล

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>มีเกณฑ์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีสภาพปัญหายุ่งยากซับซ้อน - เข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admit) - ชุมชนปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วย - ผู้ป่วยมีสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนไม่ดี 	<p>การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยประเมินสภาพปัญหาทางสังคมทางสังคม และศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การบำบัดทางสังคม และการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว รวมทั้งประเมินแหล่งทรัพยากรที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หากผู้ป่วย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายพ่อแม่หรือทำลายข้าวของ อีกทั้งคนในชุมชนปฏิเสธ ก็จะเป็น ยังไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว และชุมชนได้</p>	<p>การวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมศาสตร์ โดยการประชุม Case conference มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินการด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัว และการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า การที่ญาติไม่มารับและชุมชนปฏิเสธ เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยยอมรับได้ ก็จะไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน - การพิทักษ์สิทธิ์ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล - การประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อเตรียมครอบครัวและชุมชน โดยการประสานกับ สถานีอนามัย (สอ.) 	<p>การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน พร้อมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ สสอ. สอ. อบต. และหาก พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวต้องประสานงานกับตำรวจด้วย</p>	<p>การบันทึกใช้แบบการบันทึกร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ โดยนักสังคมสงเคราะห์จะบันทึกการช่วยเหลือและพัฒนารองของผู้ป่วยด้านสังคม</p>	<p>แบบประเมินผลลัพธ์ ด้วยการให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้กรอก แต่พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งมีการประเมินความพึงพอใจการให้บริการ</p>	<p>การยุติเมื่อผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ตามเกณฑ์คือมากกว่า 28 วัน</p>

โรงพยาบาล ค.
กระบวนการให้บริการในชุมชน

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>มีเกณฑ์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจาก รพ.เข้าสู่ชุมชน - มีสภาพปัญหาชุมชนปฏิเสธ - ครอบครัวมีทัศนคติไม่ดี - ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย 	<p>แบ่งออกเป็น การประเมินศักยภาพผู้ป่วย</p> <p>ครอบครัว และชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วย เช่น ไม่ไปรับยาตามกำหนด ไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมถึงการประเมินศักยภาพผู้ป่วย เช่น ความถนัดความสามารถในการประกอบอาชีพ - การประเมินครอบครัว เช่น ความกังวล ความกลัวไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ชุมชน เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแก้ผ้า หรือทำร้ายพ่อแม่มาก่อน - การประเมินศักยภาพชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชน แหล่งทรัพยากรในชุมชน - หากผู้ป่วยมีอาการต้องกลับมารักษาใน รพ. ทางชุมชนจะแจ้งมาที่ รพ. และส่งตัวผู้ป่วยมาให้ พร้อมกับประเมินว่า "รายนี้ไม่สมควรอยู่ในชุมชน หรือรายนี้อยู่ในชุมชนได้" 	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนร่วมกับชุมชน ตั้งแต่ระดับ สสอ. สอ. อบต. โดยมีการทำประชาคมร่วมกัน - มีคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้นำศาสนา คือ พระ และแกนนำผู้ใหญ่บ้าน อบต. สอ. และ อสม. มาร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยว่าผู้ป่วยคนใดที่สมควรได้รับการฟื้นฟูหรือช่วยเหลือในด้านใดบ้าง (อยู่ในรูปแบบตามธรรมชาติ) - การวางแผนของชมรมญาติ เช่น เดือน มี.ค. มีกิจกรรมธรรมะสัญจร เดือน เม.ย. รดน้ำดำหัว เดือน ส.ค. เยี่ยมบ้าน (จะดำเนินการปีละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเดือน ส.ค. และช่วงธรรมะสัญจร) เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำประชาคมหมู่บ้าน โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เปิดประชุม แบ่งบทบาทหน้าที่ร่วมกัน โดยจะให้ชุมชนระบายนวความรู้สึกต่อผู้ป่วยก่อน และให้ผู้ป่วยนั่งฟังด้วย - ให้ญาติแสดงความรู้สึกต่อผู้ป่วย - มีการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ป่วยในชุมชน เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยที่เดินตัวแข็ง ไม่ยิ้ม ไม่หัวเราะ เช่น กิจกรรมกลองยาว หรือผู้ป่วยที่ดิ้นแต่ไม่มีอาชีพ ก็จะใช้อาชีพที่เป็นภูมิปัญญา มาให้ผู้ป่วยได้ฝึกและทำอาชีพ เช่น การทอเสื่อ จักรสาน ดอกไม้จันทร์ - บางชุมชนมีการจัดระบบสวัสดิการ โดยให้สมาชิกในชุมชน ออมวันละบาท ถ้านอน รพ. 2 คืนได้ 500 หรือเวลาตายก็จะให้ค่าทำศพ 1,500 ให้พวงหรีด และสวดให้โดยไม่คิดค่าบริการ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - นักสังคมเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงาน และจัดหาทรัพยากร โดยให้แกนนำในชุมชน เป็นผู้ดำเนินการ ติดตาม หาก ผู้ป่วย รายใดมีอาการ ให้ติดต่อมายัง รพ. หรือนำส่ง รพ. หากผู้ป่วย รายใดมีอาการดีขึ้น และพอที่จะประกอบอาชีพได้ ก็จะส่งเสริมเรื่องการมีอาชีพต่อไป - จัดให้มีการติดตาม ด้วยการเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง คือช่วงที่จัดธรรมะสัญจร และเดือนสิงหาคม 	<p>ยังไม่มีการบันทึก</p> <p>อย่างเป็นทางการ</p>	<p>ชุมชนมีการประชุมร่วมกัน เป็นระยะถึงผล การให้ช่วยเหลือ และใช้การสังเกต จากการเข้ามามีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยในกิจกรรม ของชุมชน</p>	<p>ชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่มี การยุติ</p>

1) การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย

การค้นหา/คัดกรองเพื่อเข้าสู่การช่วยเหลือของนักสังคมสงเคราะห์ คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เข้ารับการรักษาล่า ชุมชนปฏิเสธไม่ยอมรับและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวชุมชนไม่ดี

2) การประเมิน

เป็นหัวใจสำคัญของการนำไปสู่การช่วยเหลือบำบัด ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน นอกจากนักสังคมสงเคราะห์ประเมินสถานะปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วย ยังรวมถึงการค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย และแหล่งทรัพยากรที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยด้วย เช่น หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายพ่อแม่ หรือทำลายข้าวของ คนในชุมชนปฏิเสธ ก็อาจยังจำหน่ายไม่ได้

3) การวางแผน

เป็นการทำงานร่วมกันของทีมวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เพื่อพิจารณาร่วมกันว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้

4) การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร

การดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล แบ่งออกได้เป็น

- แพทย์เป็นผู้ส่งมาให้บำบัด เพราะผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องครอบครัว การสมรส หรือปัญหาเศรษฐกิจโดยให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและกลุ่ม หากผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนด้านจิตใจมากจะใช้วิธีการการบำบัดแบบซาเลียร์ หรือครอบครัวบำบัด
- ผู้ป่วยมาพบนักสังคมสงเคราะห์ด้วยตนเอง โดยแจ้งประชาสัมพันธ์ว่าจะขอพบนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา

นอกจากนี้ยังมีการประชุมรายกรณี (Case Conference) โดยนักสังคมสงเคราะห์ต้องมีส่วนร่วมในการประชุมด้วยการเป็นผู้ให้ประวัติ และให้ข้อคิดเห็นรวมทั้งรับผิดชอบช่วยเหลือปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วย พร้อมกันนี้จะมีการประชุมทีมวิชาชีพ (Grand round) ประจำตึก หากพบผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมก็จะส่งให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการต่อไป

สำหรับการบำบัดในหอผู้ป่วยนักสังคมสงเคราะห์ต้องให้ผู้ป่วยตระหนักว่า การที่ญาติไม่มารับและชุมชนปฏิเสธนั้น เนื่องมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยยอมรับและปรับพฤติกรรมเหล่านั้นได้ ก็จะให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน

5) การปฏิบัติงานในชุมชน

การดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชนนั้นเริ่มจากการที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายเข้าสู่ชุมชน แต่พบว่ามีความต้องการถูกปฏิเสธจากชุมชน อีกทั้งครอบครัวมีทัศนคติไม่ดีกับผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์จึงต้องทำหน้าที่ในการเตรียมครอบครัวและชุมชน โดยการประสานงานกับหน่วยบริการทางการแพทย์พื้นฐานระดับชุมชน เช่น สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ให้เป็นหน่วยประเมินครอบครัว ด้วยการทำประชาคม

ร่วมกัน เพื่อประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งอาจจะพบว่าครอบครัวมีความกังวล ชาวบ้านกลัว เนื่องจากพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วยเป็นเรื่องผิดปกติ เช่น ชอบเปลื้องผ้า ทำร้ายร่างกายพ่อแม่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังประเมินตามสภาพที่พบ เช่น ไม่มีผู้ไปรับยาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ฯลฯ

หากผู้ป่วยมีอาการต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชนจะแจ้งมาที่โรงพยาบาล และนำผู้ป่วยมาให้พร้อมกับประเมินว่า “ผู้ป่วยรายนี้ไม่สมควรอยู่ในชุมชน หรือรายนี้สมควรให้กลับชุมชน”

จุดเด่นสำคัญของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในชุมชนของโรงพยาบาล ค. คือการทำงานเชิงลึกร่วมกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งเป็นชุมชนต้นแบบสำหรับการศึกษาดูงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการทำงานชุมชนของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาล ค. มีดังนี้

ก) การศึกษาชุมชนว่ามีชุมชนใดสนใจงานสุขภาพจิต และเชิญบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ โดยเริ่มจากเมื่อ ปี 2543 กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์มีนโยบายหาวัดนำร่องในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเจ้าอาวาสวัด ได้ให้การสนับสนุนเป็นวัดนำร่อง เนื่องจากท่านเห็นว่าการช่วยเหลือสังคมคือหน้าที่ของสงฆ์อย่างหนึ่ง และท่านเล็งเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ประกอบกับพระครูมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช คือ ท่านมีเพื่อนสนิทมีอาการป่วยทางจิตเรื้อรัง รวมถึงได้พบเห็นผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น กลับมาอยู่กับครอบครัวแต่คนในชุมชนไม่ยอมรับ รังเกียจตีตราว่าเป็นคนบ้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความน้อยใจและฆ่าตัวตายไปในที่สุด ซึ่งในตำบลอุทุมพรพิสัยมีผู้ป่วยจิตเวชหลายราย ท่านจึงเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญและเป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องร่วมมือกันแก้ไข ดังนั้นจึงขานรับโครงการดังกล่าวมาดำเนินงาน ซึ่งท่านมีแนวคิดที่ผู้ป่วยควรอยู่กับครอบครัว

ข) การวิเคราะห์ชุมชน โดยใช้วัดเป็นศูนย์กลาง ด้วยการนำวิธีการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ชุมชน โดยประเด็นในการพูดคุยกันเริ่มจากการถามประเด็นปัญหาโดยทั่วไป เช่น “ขณะนี้ชุมชนของท่านมีปัญหาเรื่องอะไรบ้าง” หลังจากนั้นจึงค่อยเลียบเคียงถามเรื่องความเจ็บป่วยด้านจิตเวชของคนในชุมชน และให้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงปัญหาของคนกลุ่มเหล่านี้กับการอยู่ร่วมกับคนในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักและร่วมมือกันช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ซึ่งสรุปเกณฑ์การทำงานกับผู้ป่วยในชุมชน คือ

- ชุมชนหรือพื้นที่ที่มีจิตอาสาที่จะทำงานด้านสุขภาพจิต มีความพร้อม มีแนวคิดในการพัฒนา
- มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ บ่อยๆ

- ภูมิประเทศ มีความลำบากในการเดินทางเข้ามารับการรักษา ผู้ป่วยจึงถูกทอดทิ้งเมื่อมี อาการกำเริบ ไม่มีญาติคอยดูแล

ค) มีการประชุมวางแผนร่วมกันว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร มีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการ โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำให้กับแกนนำชาวบ้าน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน สอ. อสม. ชมรมญาติ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ประสานงาน และจัดหาทรัพยากร

ง) มีการลงมือปฏิบัติ และเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร การลงมือปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่ง ทรัพยากรเริ่มจากการการที่คณะกรรมการร่วมกัน ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และประสาน ทรัพยากรในชุมชน เช่น กรณีผู้ป่วยที่เดินตัวแข็ง ไม่ยิ้ม ไม่หัวเราะ แต่สามารถทำกิจกรรมได้ จึงส่งเสริม ให้เล่นกลองยาว ซึ่งปรากฏว่าเสียงดนตรีและลีลาการเล่นดนตรีทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สนุก ยิ้ม หัวเราะ ได้ จนกระทั่งตั้งเป็นทีมกลองยาวสามารถหารายได้จากการรับจ้างเล่นในงานมงคลต่าง ๆ หรือกรณี ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ไม่มีอาชีพ ก็จะให้อาชีพซึ่งเป็นภูมิปัญญามาให้ผู้ป่วยได้ฝึกและทำอาชีพ เช่น การ ทอเสื่อ จักรสาน ทำดอกไม้จันทน์ เป็นต้น บางคนมีความสามารถในการขับจี๋จรรย์ยานยนต์ จึง สนับสนุนให้ขับมอเตอร์ไซค์รับจ้างในชุมชน บางคนปลูกผัก ฯลฯ พร้อมกันนั้นยังได้จัดหารถรับส่ง ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อไปรับยาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดระบบสวัสดิการ โดยให้สมาชิก ในชุมชนออมวันละบาท หากผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 2 คืนจะได้รับเงิน 500 หรือหากเสียชีวิตจะได้รับ ค่าทำศพ 1,500 พร้อมพวงหรีด และสวดศพให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมธรรมะสัญจร และหากมีกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันสงกรานต์ ปีใหม่ ก็จะให้ผู้ป่วยมาร่วมนั่งสมาธิ ทำบุญ สะเดาะเคราะห์ และหลังจากเสร็จพิธี พระครูจะเทศน์และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช เพื่อให้ชุมชนได้ เข้าใจและร่วมมือกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

จ) มีการติดตามผู้ป่วยร่วมกันของชุมชน ด้วยการเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง โดยจะดำเนินการเยี่ยมบ้านในช่วงเดือนธรรมะสัญจร เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ

6) การติดตาม

การติดตามของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลมักจะใช้การโทรศัพท์ แต่การดำเนินการใน ชุมชนจะมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงาน โดยอาศัยแกนนำในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ติดตาม หากผู้ป่วยรายใดมีอาการ ให้ติดต่อมายังโรงพยาบาลหรือนำส่งโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยราย ใดมีอาการดีขึ้นและพอที่จะประกอบอาชีพได้ ให้ดำเนินการส่งเสริมเรื่องการมีอาชีพต่อไป

นอกจากนี้การติดตามของนักสังคมสงเคราะห์เมื่อเข้าสู่ชุมชน หากพบผู้ป่วยมีพฤติกรรม ก้าวร้าว ต้องดำเนินการประสานงานกับตำรวจ องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สถานีอนามัย (สอ.) ดังนั้นทีมในชุมชนจึงประกอบด้วย ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล

7) การบันทึก

การบันทึกใช้แบบฟอร์มการบันทึกของโรงพยาบาลทั้งการบันทึกในการวินิจฉัย และการติดตามผล แต่ยังไม่มียแบบบันทึกการติดตามผลสำหรับการจัดการรายกรณีโดยเฉพาะ

8) การประเมินผลลัพธ์

มีแบบประเมินความพึงพอใจการทำงานในชุมชน โดยให้ญาติเป็นผู้กรอก แต่ในการประเมินผลลัพธ์จะดำเนินการโดยพยาบาล ผลของการประเมินญาติมักจะให้คะแนน 80-90 % ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนมีความพึงพอใจมาก แต่เมื่อเทียบกับความพึงพอใจการทำงานในโรงพยาบาลไม่ผ่าน เนื่องจากแต่ละฝ่ายมีภาระงานมาก

จากกรณีตัวอย่าง โรงพยาบาล ค. พบว่านักสังคมสงเคราะห์มีการปฏิบัติงานในลักษณะการจัดการรายกรณี ถึงแม้ในโรงพยาบาลจะมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นเจ้าของผู้ป่วย แต่การดูแลด้านสังคม นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเฉพาะความเด่นชัดอยู่ในพื้นที่การทำงานระดับชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ปลุกความรัก ความศรัทธา กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาล ค. มีข้ออ่อนเป็นจุดร่วมเดียวกันของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือ ยังขาดการบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน เพื่อเป็นตัวอย่างให้เห็นภาพของนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะของผู้จัดการรายกรณี ซึ่งทำหน้าที่ในฐานะผู้จัดการรายกรณีในระดับการจัดการ และผู้จัดการรายกรณีในระดับปฏิบัติในชุมชนคือ พระสงฆ์และแกนนำ

โรงพยาบาล ง.
กระบวนการให้บริการ ในโรงพยาบาล

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย มีการมองทั้งระบบของ รพ. เป็น cm เพราะมี Care map คือเส้นทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ใน สัปดาห์แรกที่ admit</p> <p>การคัดกรองของนักสังคม มี 2 แบบ</p> <p>1)แบบคนไข้ปกติ</p> <p>2) แบบคนไข้ที่มีความรุนแรง</p> <p>สัปดาห์แรกอยู่หอผู้ป่วยเร่งรัด ประมาณ 2-3 วัน อาการสงบ จะส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย sub acute และนักสังคมจะเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง</p> <p>- ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน</p>	<p>การประเมิน แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวินิจฉัยเป็นไปตามเกณฑ์ปัญหาทางสังคม เช่น - การไม่มีญาติ ญาติไม่มารับ อาการในประวัติเดิม สัมพันธภาพภายในครอบครัว ทะเลาะกับคนในครอบครัว คนที่บ้านล้อเลียน ถูกละเมิดจากคนในครอบครัว ชุมชน สังคม (ประเมินการอยู่ร่วมกับคนอื่น) - ครอบครัวมีปัญหา - การไม่กินยาตามกำหนด - การขาดแคลนทรัพยากร - คนไข้มีแนวโน้มกลับไปประกอบอาชีพได้หรือไม่ (การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย) - เมื่อกลับไปอยู่ในสังคมแล้วจะเผชิญกับปัญหาอะไรบ้าง 	<p>ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประชุม case conference ของทีมสหวิชาชีพ กรณีผู้ป่วยยังมีอาการอยู่ ยังหาข้อสรุปไม่ได้ - การประชุม grand round ของทีมสหวิชาชีพในรายที่มีปัญหาหนัก มาก ๆ คนไข้จำหน่ายไม่ได้ - การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยการจัดทำครอบครัวบำบัด - การเยี่ยมบ้านและเยี่ยมชุมชน - การเตรียมครอบครัว เตรียมชุมชน เพื่อให้ชุมชนยอมรับผู้ป่วย - กรณีไม่มีญาติ พักพิทักษ์ด้วยการหาบ้านให้ เช่น โครงการบ้านอุปถัมภ์ หากอุปถัมภ์จำเป็นให้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การพิทักษ์สิทธิ์ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล - การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว (Family counseling) - การประสานงานกับพยาบาลชุมชน รพ.จิตเวชชุมชน - การประสานงานระหว่าง รพ.จิตเวชกับ รพ.จิตเวช กรณีเป็นคนไข้ที่มาจาก รพ.จิตเวชเดิมหรือคนไข้ที่อยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ เช่น กรณีผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่ของ รพ. ซึ่งอยู่ในจังหวัดทางภาคใต้ แต่มาเข้ารับการรักษา ที่ รพ. ง. ซึ่งอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นเมื่อต้องส่งผู้ป่วยกลับ นักสังคมจะประสานงานกับ รพ. ที่อยู่ในพื้นที่ภาคกลาง เพื่อให้คนไข้ได้พักก่อนเนื่องจากระยะทางไกลมาก และให้เจ้าหน้าที่ รพ. ข.มารับกลับไปอีกครั้ง เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเยี่ยมบ้าน โดยทีมจิตเวชชุมชนของ รพ. โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ร่วมเป็นทีม - มีระบบการส่งต่อ ไปยัง รพ. เครือข่าย - การใช้ โทรศัพท์ติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแบบการเยี่ยมบ้าน โดยทีมจิตเวชชุมชนของ รพ. มอบหมายให้ รพ. เครือข่ายในชุมชนเป็นผู้กรอกแบบฟอร์มและส่งกลับ 	<p>ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ โดยมีแบบประเมินทักษะทางสังคม</p>	<p>การยุติเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่บ้านได้อย่างปกติ สุข แต่ในความ เป็นจริง กำหนดเป็นระยะเวลา ไม่ได้ เนื่องจากแต่ละโรคมีความหลากหลาย</p>

โรงพยาบาล ๑.
กระบวนการให้บริการ ในชุมชน

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>ดำเนินการโดยฝ่ายจิตเวชชุมชน มีพยาบาลเป็นแกนหลัก นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ทำงานกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ครอบครัวไม่ยอมรับ ชุมชนไม่ยอมรับ เป็นต้น</p>	<p>การประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>มีการประชุมร่วมกันของทีมจิตเวชชุมชนและชุมชน ในการติดตามผู้ป่วยในชุมชน</p>	<p>- ในอดีตนักสังคมฯ มีความเด่นในเรื่องของชุมชนและนับเป็นต้นแบบของการทำงานในชุมชนให้กับนักสังคมสงเคราะห์ รพ.อื่น โดยดำเนินการในรูปแบบสร้างการมีส่วนร่วม (AIC) กับชุมชนมาก่อน วิชาชีพอื่น</p> <p>- ปัจจุบันมีการประสานระบบเครือข่ายเรียกว่า PCU รพ.ชุมชนซึ่งจะมีพยาบาลจิตเวช รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ</p>	<p>มีการติดตาม เพราะมีระบบส่งต่อ ส่งข้อมูลต่อกัน โดยใช้โทรศัพท์ หรือ ขอความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชน ตอนแบบการเยี่ยมผู้ป่วยมา ดังนั้นจึง มีระบบการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครือข่าย แต่ถ้าหากมีปัญหาอื่นด้านสังคม เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย มีศักยภาพดูแลผู้ป่วยได้เพียงเท่านี้ เนื่องจากไม่ไหว หากต้องการให้ทีมลงไปช่วย จิตเวชชุมชนก็จะรวบรวมทีมสหวิชาชีพ ลงไปช่วยในชุมชนได้อย่างทันที</p>	<p>ใช้แบบการบันทึก การการเยี่ยมบ้าน</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>

1) การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย

การค้นหา คัดกรองของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาล จ. มี 2 แบบ คือ

1.1) ผู้ป่วยปกติ

1.2) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรง

- ผู้ป่วยที่มีความรุนแรง สัปดาห์แรก ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยเร่งรัด ประมาณ 2-3 วัน หากอาการสงบจะส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย Sub Acute ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดอีกครั้ง
- ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน

2) การประเมิน

การประเมินสภาพปัญหาเป็นไปตามเกณฑ์ปัญหาทางสังคม เช่น การไม่มีญาติ หรือญาติไม่มารับ อาการในประวัติเดิม ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพไม่ดีกับสมาชิกภายในครอบครัว เช่นทะเลาะเบาะแว้งกับสมาชิกในครอบครัว คนในครอบครัวล้อเลียน ถูกละเมิดจากคนในครอบครัว ชุมชน สังคม ดังนั้นจึงต้องประเมินการอยู่ร่วมกับคนอื่นด้วย นอกจากนี้ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องการศึกษา รวมถึงเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรด้วย ในขณะที่เดียวกันต้องประเมินศักยภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับไปประกอบอาชีพได้หรือไม่และเมื่อกลับสู่สังคมผู้ป่วยต้องเผชิญกับอะไรและอย่างไร

3) การวางแผน

การวางแผนเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมวิชาชีพ ด้วยการประชุมรายกรณี (Case Conference) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ยังหาข้อสรุปไม่ได้จึงต้องได้รับการพิจารณาและแสดงความคิดเห็นจากสหวิชาชีพและแบ่งบทบาทภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ มี Care Map คือเส้นทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ใน สัปดาห์แรกที่เข้ารับการรักษา ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จะรับผิดชอบในการแก้ไขและช่วยเหลือปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการประชุมทีมสหวิชาชีพ (Grand Round) ในผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนและหนักมาก ๆ ยังไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้

4) การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร

การดำเนินการของนักสังคมสงเคราะห์ทำงานใน 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือการให้บริการในโรงพยาบาลด้วยการทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาไม่มีญาติ ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล และหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหากับเรื่องครอบครัว ผู้อำนวยการจะให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงทำหน้าที่ในการติดตามญาติ จัดกลุ่มบำบัดผู้ป่วย จัดกลุ่มครอบครัวบำบัด (Family Counseling) ด้วยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่ในการการเยี่ยมบ้านและเยี่ยมชุมชน กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการพิทักษ์สิทธิด้วยการหาบ้านให้ เช่น การ

จัดทำโครงการบ้านอุปถัมภ์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีบ้าน ไม่มีชุมชนรองรับ ได้มีที่พักและใช้ชีวิตอย่างปกติ ในสังคมรวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ซึ่งโครงการนี้ได้รับการขานรับจากผู้อำนวยการ โดยให้แพทย์ พยาบาล เข้ามามีส่วนร่วมด้วย และมอบหมายให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นประธาน แพทย์เป็นรองประธาน ในการจัดหาบ้านอุปถัมภ์ นั้นนักสังคมสงเคราะห์ประสานงานไปยังบุคคลที่มีบ้าน แต่ไม่มีคนพักอาศัย และพร้อมจะเสียสละให้ผู้ป่วยได้อาศัยอยู่ และเมื่อผู้ป่วยจะเข้าอยู่ นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่ประสานกับแกนนำ เพื่อเตรียมความพร้อมชุมชนให้รับรู้ถึงสมาชิกใหม่ที่จะเข้ามาอาศัยอยู่ด้วย โดยทดลองให้ผู้ป่วยอยู่หากเกิน 1 สัปดาห์แสดงว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ได้ แต่หากมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีอาการให้เพื่อนบ้าน แข็งมายังผู้ใหญ่บ้าน PCU เพื่อส่งต่อมายังโรงพยาบาลต่อไป เป็นต้น ดังนั้น กระบวนการประสานงาน จึงเป็นหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด โดยเฉพาะการทำงานสังคมสงเคราะห์ชุมชน ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

5) การปฏิบัติงานในชุมชน

การทำงานระดับชุมชนของโรงพยาบาล ง. อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของฝ่ายจิตเวชชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นแกนหลัก ส่วนนักสังคมสงเคราะห์และวิชาชีพอื่นเป็นหนึ่งในทีม แต่อดีตที่ผ่านมา นักสังคมสงเคราะห์มีความเด่นชัดในการทำงานกับชุมชนมาก เนื่องจากนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ริเริ่มสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยใช้ระบบ AIC ทำให้การทำงานกับชุมชนเป็นที่ยอมรับและขยายวงกว้างมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานในปัจจุบันแม้ว่านักสังคมสงเคราะห์จะเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ แต่หน้าที่การประสานงานหลักยังคงเป็นบทบาทสำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ในการประสานงานกับเครือข่ายชุมชน เช่น PCU โรงพยาบาลจิตเวชชุมชน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อในระดับชุมชน

6) การติดตาม

การติดตามผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ใช้ระบบการติดตามทางโทรศัพท์ และใช้ระบบเครือข่ายในชุมชนเยี่ยมบ้านและตอบแบบการเยี่ยมผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล ดังนั้นการติดตามจึงมีระบบการส่งข้อมูลถึงกันระหว่างทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลกับ PCU แต่หากมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ทีมจิตเวชชุมชนจะทำหน้าที่ลงพื้นที่ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะเข้าไปอยู่ในทีมและมีการติดตามในชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

7) การบันทึก

การบันทึก ใช้แบบการบันทึกของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์และใช้แบบการเยี่ยมบ้าน โดยให้โรงพยาบาลเครือข่ายเป็นผู้กรอกแบบฟอร์มและส่งกลับมาฝ่ายจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล และหากพบว่ามีปัญหาทางสังคม เช่น ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ดำเนินการต่อไป

สรุปแล้ว การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ง. มีการดำเนินการตามกระบวนการจัดการรายกรณี หากเน้นการให้บริการด้านสังคม โดยเฉพาะการทำงานในชุมชนด้วยการ

จัดหาบ้านอุปถัมภ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน ฝึกการใช้ทักษะทางสังคมได้อย่างเต็มที่ ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลับมารายงานตัวเป็นระยะตามที่กำหนด แต่อย่างไรก็ตามโครงการนี้เป็นเพียงจุดเริ่มการดำเนินการ ยังไม่เห็นพัฒนาการของผู้ป่วย ดังนั้นการจะประกาศตนเองอย่างชัดเจนว่าได้ดำเนินการตามแนวคิดการจัดการรายกรณีจึงยังไม่เกิดขึ้น



โรงพยาบาล จ.

กระบวนการให้บริการ ในโรงพยาบาล

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>มีเกณฑ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีคดี นักสังคมสงเคราะห์ต้องเป็นผู้ Manage case ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัว - ผู้ป่วยนิติจิตเวช ถือเป็น case ยุ่งยากซับซ้อนหมด - มีสภาพปัญหาซับซ้อน เช่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสิทธิบัตรการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า - ติดต่อญาติเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือติดต่อญาติไม่ได้ต้องหาทรัพยากรในชุมชน เช่น สอ. ให้ตามญาติให้ โดยต้องมีการ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับญาติ ณ ขณะนั้น และมีการทำหนังสือตาม พร้อมทั้งแนบ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินเบื้องต้น คือการ สัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยทางสังคมในเบื้องต้น และการประเมินเชิงลึก พัฒนาการ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของแม่ จนถึงวันที่ผู้ป่วยก่อคดีฆ่าคนตาย รวมถึงการทำงานกับครอบครัวด้วย - ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวก่อน Discharge (มีญาติหรือไม่ ไม่มีภูมิลำเนา ฯลฯ) - ร้อยละ 80 ต้องได้รับการประชุม วินิจฉัยโรค และรายงานตามมาตรฐาน ที่ตั้งไว้คือ 35 วัน ดังนั้นสำหรับนักสังคมแต่ละคน ต้องดำเนินการประเมินทางสังคมภายใน 10 วัน เพื่อเสนอให้ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิด้านการรักษาพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุม Case conference นักสังคม ต้องเป็นผู้เสนอรายละเอียดของข้อมูลอย่างชัดเจนแก่ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ทราบว่าจะทำอะไรทำผิดไม่รู้ รับผิดชอบ ซึ่งนักสังคมเป็นหนึ่งในกรณีผลักดันให้เกิดการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพิจารณาของศาลว่าผู้ป่วยจะได้รับการพิพากษาโทษหรือไม่ หากเป็นโรคจิต ศาลไม่สั่งฟ้อง หลังจากนั้นนักสังคมสงเคราะห์ต้องประสานงานกับตำรวจ เพื่อนำมาสู่การวางแผนการบำบัดต่อไป - การวางแผน Case conference ร่วมกับทีมวิชาชีพอีกครั้งในการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นัก 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับแหล่งทรัพยากรภายนอกหน่วยงาน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ได้แก่ สถานสงเคราะห์ หรือกระทรวงวัฒนธรรม ได้แก่ วัด ตลอดจนองค์กรภาคเอกชน และชุมชน เป็นต้น เพื่อให้รองรับผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย - การบำบัดในหอผู้ป่วย เช่น Psycho support เพื่อดึงศักยภาพของผู้ป่วยออกมา Counseling Group support เป็นการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น อาการหุนเห่วหาย อาการหลงผิดดีขึ้น ซึมเศร้าลดลง - การฟื้นฟู มีทั้งการฟื้นฟูรายบุคคล และการฟื้นฟูแบบกลุ่ม การฟื้นฟูรายบุคคล เป็นเรื่องการฟื้นฟูชีวิตประจำวัน อาชีพ เช่น ทำอย่างไรให้คนใช้เรือวิ่งสามารถ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามทุก 3 เดือน โดยจะติดตามไปยังสถานสงเคราะห์ หรือวัด - มีทีมติดตาม โดยมีแพทย์ พยาบาลชุมชน ประเมินเรื่อง - อาการ - การกินยา (ต่อเนื่อง) - การเสริมพลังและเพิ่มทักษะแก่ผู้ดูแล เช่น นักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ - นักสังคมสงเคราะห์จะคุยเรื่องสภาพของปัญหาครอบครัว ที่มีการสื่อสาร - ความเข้าใจของญาติที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้แฟ้มประวัติ ผู้ป่วยของ รพ. ซึ่งจะมีการบันทึก ร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น หากมีการเข้ามา รักษาซ้ำจะทราบทันทีว่านักสังคม ซึ่งดูแลครั้งก่อน เป็นใคร 	<ul style="list-style-type: none"> การประเมิน อาการและการมีทักษะทางสังคม มีความพร้อมที่จะจำหน่ายสู่ครอบครัวและหน่วยงานอื่น ๆ 	-

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
แบบสอบถามแนบไปด้วย เช่น สอบถามประวัติการรักษา เคยรับการรักษาที่ไหน มาบ้าง		สังคมฯ โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย	ปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยให้พบทวน เช่น การแบ่งพื้นที่ การขึ้นรถเมล์ การใส่เสื้อ การขับรถ การไปงานศพ การไปจ่ายตลาด) (การฟื้นฟูกลุ่ม คือการนำคนไข้มาเข้ากลุ่ม พูดเรื่องอาชีพ โดยนักสังคม (ผู้นำกลุ่ม) จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการที่ตนได้ทำอาชีพใดอาชีพหนึ่งมาก่อน - การพิทักษ์สิทธิเพื่อให้ได้สิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล (บัตรคนพิการ)	มีต่อคนไข้ เจตคติและเสนอญาติว่าคนไข้มีศักยภาพทำอะไรได้บ้างขณะอยู่ที่รพ. และแนะนำสถานที่ให้ญาติทำงานให้ผู้ป่วยได้			

โรงพยาบาล จ.
กระบวนการให้บริการ ในชุมชน

การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย	การประเมินสภาพปัญหา	การวางแผน	การปฏิบัติเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร	การติดตาม	การบันทึก	การประเมินผลลัพธ์	การยุติ
<p>หลังการจำหน่ายออกจาก รพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีคดี ต้องส่งไปเรือนจำ - หากกลับบ้านมีทั้งอยู่ในชุมชน กทม. และต่างจังหวัด - ไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน 	<p>- การประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประเมินแหล่งทรัพยากรที่จะรับผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน รวมถึงเรือนจำ ในการที่จะจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ไปอยู่ในสังคมได้ - การวางแผนกับครอบครัว และชุมชน เช่น การเตรียมครอบครัว สามารถรับยาได้จากที่ไหน เช่น สอ. อสม. หรือ รพ.จิตเวชในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับเรือนจำ ในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมจิตเวชของ รพ. จะมีการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยเป็นระยะ - ประสานงานกับ กทม. โดยเฉพาะในส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุข - ในต่างจังหวัดประสานงานกับ รพ. ชุมชน และ รพ.ชุมชนจะดำเนินการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน เช่น สอ. อสม. เป็นต้น 	<p>มีระบบการติดตาม โดยทีมนิติจิตเวชของ รพ. ด้วยการลงไปตรวจร่วมกับชุมชน</p>	<p>ใช้แบบการบันทึกการเยี่ยมบ้าน</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>

1) การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วย

โรงพยาบาล จ. เป็นโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีคดี และผู้ป่วยจิตเวชมีคดีถือเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากทั้งหมด เพราะนอกจากเป็นผู้ป่วยที่มีคดีแล้ว ยังมีปัญหาอื่นอีกเช่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสิทธิบัตรการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีญาติ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ต้องทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (Case Manager) ทางด้านสังคม ตั้งแต่การเริ่มรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

2) การประเมิน

การประเมินผู้ป่วยในเบื้องต้น ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยทางสังคม และการประเมินเชิงลึก ในด้านพัฒนาการ ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในครรภ์ของมารดา จนถึงวันที่ผู้ป่วยก่อคดีฆ่าคนตาย และรวมถึงการประเมินศักยภาพของครอบครัว เพื่อการทำงานกับครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) กับผู้ครอบครัวด้วย นอกจากนี้ร้อยละ 80 ต้องได้รับการประชุมวินิจัยโรค และรายงานตามมาตรฐาน ดังนั้นหากตั้งเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้ 35 วัน ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์แต่ละคน ต้องประเมินทางสังคม ภายใน 10 วัน ถ้านานเรียกว่าไม่ได้รับการพิทักษ์สิทธิ

3) การวางแผน

การวางแผนดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องผ่านการประชุมรายกรณี (Case Conference) ของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยนักสังคมสงเคราะห์ต้องเป็นผู้เสนอรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจนแก่ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ทราบว่าขณะผู้ป่วยกระทำผิดไม่รู้รับผิดชอบ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงเป็นผู้หนึ่งในการผลักดันให้เกิดการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพิจารณาของศาลว่าผู้ป่วยจะได้รับการพิพากษาโทษหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิต ศาลไม่สั่งฟ้อง

หลังจากนั้นเป็นวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการบำบัดผู้ป่วย และการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย

4) การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร

นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีบัตรคนพิการ รวมทั้งการบำบัดทางสังคมในหอผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนด้านจิตใจ (Psycho support) เพื่อดึงศักยภาพของผู้ป่วยออกมา รวมทั้งการบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Counseling Group support) เป็นการทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หายจากอาการหูแว่ว อาการหลงผิดดีขึ้น และการซึมเศร้าลดลง

นอกจากนี้ยังมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการฟื้นฟูรายบุคคล และการฟื้นฟูแบบกลุ่ม การฟื้นฟูรายบุคคล เป็นเรื่องการฟื้นฟูชีวิตประจำวัน เช่น การทำอะไรให้ผู้ป่วยเรื่องจริงสามารถปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยให้มีการทบทวนในสิ่งที่เคยปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การแปร่งฟัน การขึ้นรถเมล์ การใส่เสื้อ การขับรถ การไปงานศพ การไปจ่ายตลาด เป็นต้น ส่วนการฟื้นฟูแบบกลุ่ม คือการนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนในเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น เรื่องอาชีพ โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ผู้นำ

กลุ่ม ทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการที่ตนได้ทำอาชีพใดอาชีพหนึ่งมาก่อน

ในขณะเดียวกันนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการประสานงานกับแหล่งทรัพยากรภายนอกหน่วยงาน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในส่วนของสถานสงเคราะห์หรือกระทรวงวัฒนธรรม ได้แก่ วัด โดยวัดที่นักสังคมสงเคราะห์เคยประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยไปพักและทำงานด้วย คือวัดสวนแก้ว จังหวัดนนทบุรี ตลอดจนองค์กรภาคเอกชน และชุมชน เพื่อให้รองรับผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย

5) การปฏิบัติงานในชุมชน

หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากเป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดสินว่ามีคดี ต้องส่งไปเรือนจำ แต่หากเป็นผู้ป่วยที่ต้องกลับบ้านซึ่งมีทั้งอยู่ในชุมชน กรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ต้องระวางมิให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (Readmit) ภายใน 90 วัน ดังนั้นการทำงานกับผู้ป่วยในชุมชนนั้นนักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร ดังนี้

- การประเมินตัวผู้ป่วย โดยพิจารณาศักยภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งทำงานร่วมกับครอบครัว และชุมชน รวมถึงเรือนจำ ในการที่จะจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าอยู่ในสังคมได้
- การวางแผนกับครอบครัว และชุมชน เช่น การเตรียมครอบครัว สามารถรับยาได้จากที่ไหน เช่น รับยาที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่
- การประสานงานกับเรือนจำ ในการร่วมดูแลผู้ป่วย โดยทีมจิตเวชของโรงพยาบาลจะมีการเยี่ยมชมผู้ป่วยเป็นระยะ
- การประสานงานกับกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะในส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลภายในเขตกรุงเทพมหานคร
- ในต่างจังหวัดนักสังคมสงเคราะห์ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนจะดำเนินการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน เช่น สถานีอนามัย (สอ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

6) การติดตาม

การติดตามโดยทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลด้วยการติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน เช่น การติดตามไปยังสถานสงเคราะห์ หรือวัดที่ส่งต่อผู้ป่วยไปอาศัยอยู่ด้วย โดยพยาบาลชุมชน ประเมินด้านอาการ ความต่อเนื่องในการกินยา ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ให้การเสริมพลังและเพิ่มทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น นักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์

นอกจากนี้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ทำความเข้าใจเรื่องสภาพปัญหาของครอบครัวที่มีต่อการสื่อสาร ความเข้าใจของญาติที่มีต่อผู้ป่วย เจตคติ และให้ข้อเสนอแนะต่อญาติว่าผู้ป่วยมีศักยภาพทำอะไรได้บ้างขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พร้อมกับแนะนำแหล่งงานแก่ญาติ เพื่อให้ญาติสามารถหางานให้แก่ผู้ป่วยต่อไปได้

7) การบันทึก

การบันทึกใช้การบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการบันทึกตั้งแต่แรกเข้าจนกระทั่งกลับสู่ชุมชน วิชาชีพใดมีบทบาทหน้าที่อย่างไรต่อผู้ป่วย ดังนั้นหากมีการกลับมารักษาซ้ำ (Readmit) จะทำให้ทราบทันทีว่านักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเคยดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นใคร และสามารถดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไปได้

การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาล จ.มุงเน้นการจัดการรายกรณีมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีคดี และพบปัญหาด้านสังคมเป็นส่วนใหญ่ เช่น การใช้สารเสพติด บิดามารดาหย่าร้าง ครอบครัวขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ฯลฯ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นความบีบคั้นที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยก่ออาชญากรรมได้ เพราะฉะนั้นเมื่อปัญหาเน้นหนักมาในเชิงของสังคม นักสังคมสงเคราะห์จึงมองว่าตนเองทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี แต่อย่างไรก็ตามยังขาดประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้มองไม่เห็นภาพการดำเนินการในรูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างชัดเจน

กล่าวโดยสรุปแล้วการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 5 แห่งมีการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช และมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในการแก้ไขปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ด้วยการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การสังคมสงเคราะห์ชุมชน และการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วย โดยมีกระบวนการในการปฏิบัติงานคือ

1) การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่นักสังคมสงเคราะห์ในฐานะของผู้จัดการรายกรณีต้องคัดกรองให้ได้ว่าใครเป็นผู้สมควรได้รับการช่วยเหลือ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยทุกรายอาจไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีทางสังคมสงเคราะห์

2) การประเมินสภาพปัญหาที่แท้จริง เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญหลังจากพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับการช่วยเหลือในวิธีการแบบการจัดการรายกรณี โดยผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จะต้องทำการประเมินสภาวะทางกาย จิต และสังคมของผู้ป่วยเพื่อค้นหาจุดแข็งและจุดอ่อนของผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่เขาเผชิญอยู่และการทำหน้าที่ทางสังคมของเขา เพื่อที่จะเข้าใจสภาพองค์รวมของปัญหา ความต้องการจำเป็น และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือผู้ใช้บริการทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนๆ การเป็นสมาชิกในองค์กรต่างๆ สถานะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงสภาพการทำงานและความเชื่อพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและศาสนา เป็นต้น

3) การวางแผนจัดชุดบริการ ผู้จัดการรายกรณีร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวทำการเลือกและความสำคัญบริการและวางแผนการให้บริการทางสังคมแต่ละรายอย่างเหมาะสม ผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบเรื่องการประชุมงานและจัดทำเอกสารบันทึกพัฒนาการของแผนการให้บริการร่วมกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญแต่ละวิชาชีพมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการประเมินปัญหาและพัฒนาแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาวอย่างชัดเจน โดยการผ่านการประชุมการจัดการรายกรณี (Case Conference) หลักสำคัญของการวางแผนการให้บริการคือ ความเป็นส่วนตัวและศักยภาพการกำหนดเป้าหมายของผู้ใช้บริการ แผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวจะมีประสิทธิภาพสูงสุด หากได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติในการกำหนดแผนการดูแล เพราะญาติสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม แหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่อยู่นอกระบบได้

4) การปฏิบัติงานตามแผน ประสานงาน และเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร การปฏิบัติงานตามแผนเป็นการให้บริการบำบัดผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ การทำกลุ่มบำบัด โดยนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งอาจจะเป็นผู้จัดการผู้ป่วยเอง หรือนักสังคมสงเคราะห์อื่นทำหน้าที่ดำเนินการบำบัดทางสังคม ด้วยการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรในการรักษาพยาบาล การติดตามญาติ การจัดกลุ่มทักษะทางสังคม และกลุ่มก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นต้น และการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนั้นการให้บริการจึงต่อเนื่องด้วยการประสานงานและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากรโดยผ่านระบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบริการเหล่านั้นเหมาะสมกับความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพคุ้มค่ารวมทั้งการประสาน การสร้างระบบเครือข่ายทางสังคม และชุมชนด้วย

ในขั้นตอนนี้ เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล ซึ่งมีนักสังคมสงเคราะห์ร่วมทีมด้วยดำเนินการติดตามทำงานกับครอบครัวและชุมชนด้วย แต่การจะทำให้ชุมชนยอมรับและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้นต้องอาศัยผู้ทำงานเชิงลึกและใช้ระยะเวลา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีความเด่นชัดในการทำหน้าที่ประสาน และเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้ดี จนกระทั่งสามารถจัดตั้งชมรมญาติในชุมชนเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างยาวนานมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นข้อค้นพบที่เพิ่มขึ้นอีกประเด็นหนึ่ง คือ การทำหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะของผู้จัดการรายกรณีระดับชุมชน

5) การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ระดับชุมชน

เป็นการทำงานกับชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาทางสังคมที่ได้มีการตั้งเกณฑ์ไว้ เพราะฉะนั้นในฐานะผู้จัดการรายกรณีทางสังคมสงเคราะห์ควรเลือกแหล่งทรัพยากรที่ให้บริการมีมาตรฐานและคาดหวังว่าจะได้รับการบริการตรงตามที่เสนอไว้ ผู้จัดการรายกรณีต้องสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของตนในการจัดบริการ ซึ่งมีกระบวนการทำงานกับชุมชน ดังนี้

- การศึกษาชุมชน โดยเริ่มจากการศึกษาชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชและมีแนวโน้มที่มีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ มีผู้นำเข้มแข็งทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และชาวชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

- การวิเคราะห์และประเมินศักยภาพชุมชน พิจารณาจุดอ่อนจุดแข็งร่วมกับแกนนำ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรในชุมชนทั้งที่เป็นทางการ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ฯลฯ และแหล่งทรัพยากรที่ไม่เป็นทางการ เช่น ผู้นำศาสนา เป็นต้น

- การประชุมเวทีประชาคมร่วมกับชุมชน ให้ความรู้ความเข้าใจและสร้างความตระหนักเรื่องสุขภาพจิตแก่ชาวชุมชน และจัดตั้งคณะกรรมการ ทีมปฏิบัติงาน หรือชมรมญาติเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน

- การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน มีการจัดชุดบริการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปกติ เช่น การจัดโครงการค่ายๆ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล่นดนตรี ฟีลอาชีพ การสอนธรรมะ การจัดรถเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาตามกำหนด เป็นต้น

- การปฏิบัติและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร โดยนักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับชาวชุมชนในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนการสร้างและขยายเครือข่ายในชุมชน ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการประสานและส่งเสริมให้เกิดเครือข่าย แต่การดำเนินการเป็นหลักคือแกนนำและคนในชุมชน

- การติดตามระดับชุมชน เป็นการทำหน้าที่ของแกนนำและคนในชุมชน ซึ่งอาศัยหลักธรรมชาติตามวัฒนธรรมของชุมชน เช่น การเยี่ยมเยียนกัน การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย เป็นต้น โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นเสมือนพี่เลี้ยงส่งเสริม สนับสนุน ทำงานเคียงคู่กับชุมชน

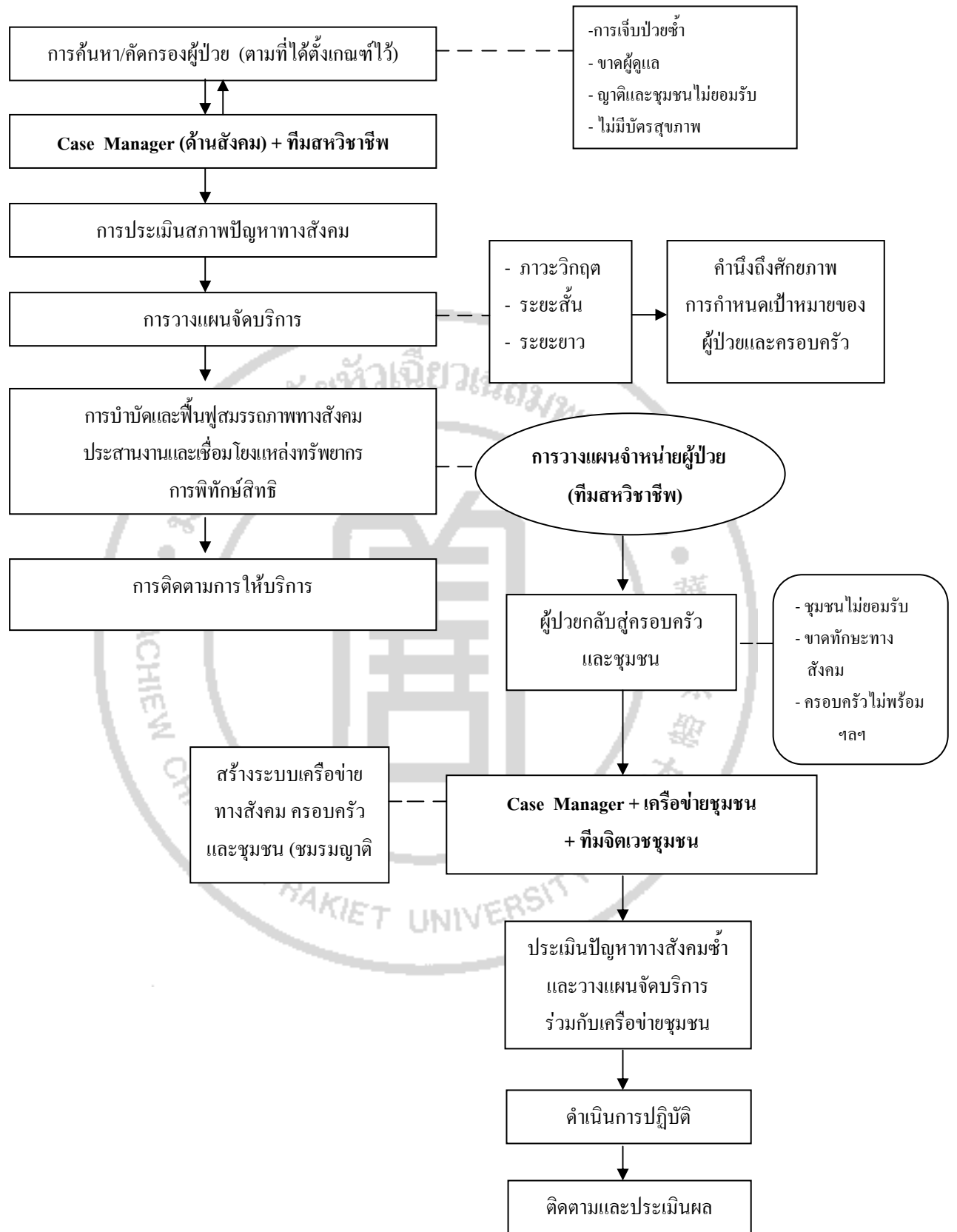
6) การติดตามผลงานให้บริการ ผู้จัดการรายกรณีมีติดตามด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล หรือมีการติดตามทางโทรศัพท์กับแกนนำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนที่ขอความร่วมมือ

7) การบันทึก ผู้จัดการรายกรณีใช้แบบฟอร์มของการบันทึกเยี่ยมบ้าน และมีความพยายามที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลให้เห็นเป็นระบบชัดเจนด้วยการใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อเป็นฐานข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย

8) การประเมินผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่การปรับแผน มีการประเมินผลการทำงานร่วมกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และทีมในชุมชน ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย รวมทั้งมีการรายงานผลไปยังทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก เพื่อนำไปปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป และหากผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน อาจจะมีการดูแลที่มีระยะห่างออกไป จนกระทั่งยุติการให้บริการได้

จากข้อสรุปปรากฏผลดังแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิกระบวนการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช



แนวทางการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

จากการรวบรวมประเด็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และเสวนากลุ่มย่อยกับผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช มีข้อเสนอต่อแนวทางการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช ดังนี้

1. นโยบายและโครงสร้างขององค์กรต้องเอื้อต่อการสนับสนุนให้มีการจัดการรายกรณี

ปัจจุบันมีดำเนินการโดยใช้วิธีการจัดการรายกรณีแต่ไม่มีการระบุเป็นนโยบายอย่างชัดเจน มีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สำหรับการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์มีการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะการให้บริการทางสังคมรายกรณี ตั้งแต่การทำงานกับผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการเข้ารับการรักษา การบำบัดทางสังคมในหอผู้ป่วยได้แก่ การทำกลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่าย กลุ่มสังสรรค์สัมพันธ์ ฯลฯ การประสานและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากร เช่น การติดตามญาติ การพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล ฯลฯ จนกระทั่งการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งการทำงานในระดับชุมชนนักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการสร้างและขยายเครือข่ายเพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นการลดการป่วยซ้ำและสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างยาวนานที่สุด แต่การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ยังไม่มีมีการประกาศตัวอย่างชัดเจนว่าได้มีการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ เนื่องจากให้เกียรติวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดำเนินการและประกาศตัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสนับสนุนให้มีการจัดการรายกรณีนั้นจึงขึ้นอยู่กับผู้บริหารที่จะมีการให้นโยบายอย่างชัดเจนว่าจะให้วิชาชีพใดเป็นผู้จัดการในระดับใด โดยอาจจะให้วิชาชีพพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีในระดับการทำงานในโรงพยาบาลและจัดทีมในการเยี่ยมบ้าน แต่สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ควรให้เป็นผู้จัดการในระดับชุมชน ทำหน้าที่ในการเชื่อมประสาน ขยายเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง ขยายผลศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ แต่อย่างไรก็ตามนโยบายระดับหน่วยงานอาจจะไม่เพียงพอจะต้องเริ่มจากนโยบายระดับกรม และนำเข้าสู่นโยบายระดับโรงพยาบาลตามลำดับ แต่ประการสำคัญผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบการควบคุมปริมาณงานและจำนวนผู้ใช้บริการที่เหมาะสมสำหรับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติการ เพราะจำนวนผู้ใช้บริการมีผลกระทบต่อปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณเวลาที่ผู้จัดการรายกรณีต้องใช้เมื่อให้บริการ ความสามารถที่จะจัดการความยุ่งยากในปัญหาของผู้ใช้บริการ หรือการให้บริการ ช่วงเวลา และระยะเวลาของการทำงานร่วมกันระหว่างผู้จัดการรายกรณีและผู้ให้บริการต้องมีความเหมาะสม โดยพิจารณาจากความรุนแรง ความเสี่ยง ความต้องการที่หลากหลายและความหลากหลายของเชื้อชาติที่ผู้จัดการรายกรณีต้องรับผิดชอบ

2. คุณสมบัติผู้จัดการรายกรณี

ผู้จัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์ ควรมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการจัดการรายกรณีอย่างชัดเจน นอกจากผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีควรจบหลักสูตรระดับปริญญาตรีหรือมากกว่า ในหลักสูตรสังคมสงเคราะห์และได้รับการอบรมการเป็นผู้จัดการรายกรณีด้วย เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นบริการพิเศษที่ต้องแยกออกมาจากงานประจำ มีผู้รับผิดชอบเฉพาะ รวมถึงต้องมีการกำหนดภาระงานให้ชัดเจนเนื่องจากจำนวนนักสังคมสงเคราะห์มีจำนวนน้อย เพื่อให้ผู้จัดการรายกรณีสามารถทำหน้าที่ได้อย่างบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้จัดการรายกรณีต้องมีประสบการณ์การทำงาน และมีองค์ความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะในการปฏิบัติงานเพื่อให้การดำเนินการจัดการรายกรณีมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานอย่างแท้จริง

3. ระบบการให้บริการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

การจัดการรายกรณีเป็นการให้บริการอย่างครบวงจร ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรอบด้าน มีการประเมินปัญหาแบบองค์รวม ทั้งด้านการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ความพร้อมของครอบครัวและชุมชน การประสานเครือข่าย และปัญหาทางสังคม เป็นต้น ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจึงต้องดำเนินงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพียงแต่แต่ละวิชาชีพจะมีความเด่นชัดในการให้บริการแต่ละระยะที่แตกต่างกัน โดยนักสังคมสงเคราะห์จะมีบทบาทที่เด่นชัดในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านปัญหาทางสังคม

ในขณะเดียวกันการจัดการรายกรณีก็ได้กระทำเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ในระดับชุมชนเป็นงานอีกด้านหนึ่งที่นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการประสานเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ต้องรู้จักการใช้เครือข่าย ด้วยการดึงศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมามีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและชุมชนให้มีการพัฒนามากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ยังเป็นข้ออ่อนของระบบการให้บริการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช คือการจัดระบบข้อมูลที่ยังไม่มีความชัดเจนมากนัก อาจเนื่องมาจากนักสังคมสงเคราะห์มักมองตนเองว่าเป็นวิชาชีพหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ เพราะฉะนั้นการจัดระบบข้อมูลทั้งหลายมักอิงร่วมกับส่วนกลาง ซึ่งอาจจะทำให้วิชาชีพสังคมสงเคราะห์มีจุดอ่อนพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีการพัฒนาในเรื่องการจัดระบบข้อมูลให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การประกันคุณภาพซึ่งยังไม่มีการนำวิธีการจัดการรายกรณีมาเป็นตัวชี้วัด ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ต้องมีการปฏิบัติงานโดยการนำวิธีการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้มากขึ้นและนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อให้เกิดการทบทวนและปรับปรุงนโยบายต่อการสนับสนุนการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์

3.1 การบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะของผู้จัดการรายกรณียังขาดการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ควรพัฒนาทักษะการบันทึก มีการจัดทำฐานข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เช่นประวัติ และข้อมูลประชากรของผู้ใช้บริการ สมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้อง รวมทั้งประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ แผนการช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์ และเป้าหมายเฉพาะ วัตถุประสงค์ระยะกลาง กรอบเวลาดำเนินการและกระบวนการ ติดตามความก้าวหน้า การบรรลุผลตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ของผู้ใช้บริการ การส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ การติดตามผล ข้อมูลย้อนกลับ หรือข้อเสนอแนะจากบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก หรืออาจจะมีเรื่องอัตราค่าใช้จ่ายตามแผนด้วย หากสามารถกระทำได้ แต่ในระยะแรกเรื่องอัตราค่าบริการอาจจะมีการคำนวณยากลำบาก เพราะการทำงานด้านสังคมเป็นการทำงานด้วยจิตอาสา โดยเฉพาะการทำงานระดับชุมชน แต่หากเริ่มมีการคิดอัตราค่าใช้จ่ายต่อคนได้ก็จะทำให้เห็นการประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้น

3.2 การจัดทำคู่มือแหล่งทรัพยากรทางสังคม แหล่งทรัพยากรเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญสำหรับการจัดการรายกรณีอย่างยิ่ง เพราะแหล่งทรัพยากรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการล้วนแล้วแต่เป็นเครือข่ายที่จะทำให้การดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยครบวงจร ได้รับบริการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ต้องมีการจัดทำคู่มือแหล่งทรัพยากรทางสังคม ที่มีรายละเอียดแหล่งทรัพยากรเหล่านั้นอย่างชัดเจน โดยระบุถึงชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล ผู้ที่สามารถติดต่อได้ และการให้บริการ เป็นต้น

4. กระบวนการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

การปฏิบัติการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช สามารถปฏิบัติได้ใน 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับการทำงานในโรงพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ในระดับนี้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ เช่น แพทย์หรือพยาบาล โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้านสังคม และ
- 2) การทำงานในระดับชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยหลังจากการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีต้องเชื่อมประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และแหล่งทรัพยากรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งการสร้างและขยายเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายและแหล่งทรัพยากรเหล่านั้นให้มีศักยภาพที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่เหล่านี้อย่างต่อเนื่องคือนักสังคมสงเคราะห์ ดังนั้นหากนักสังคมสงเคราะห์จะดำเนินการด้านนี้อย่างจริงจัง มีการดำเนินการทำวิจัย และ

ดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างต่อเนื่องในชุมชนอย่างครบวงจรและรายงานให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม ก็จะ
เป็นผลงานที่ทำให้เห็นว่านักสังคมสงเคราะห์มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในระดับ
ชุมชนได้อย่างแท้จริง และผู้ปฏิบัติงานคือนักสังคมสงเคราะห์เองต้องมีความพร้อมที่จะดำเนินการให้
เห็นความสำเร็จและความเด่นชัดในงานของตนเองเพื่อทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยและตอบ
วัตถุประสงค์ขององค์กรได้คือผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

4.1 การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชในระดับชุมชน นักสังคมสงเคราะห์มีความเด่นชัด
ในการประสานงานกับชุมชน รวมถึงการสร้าง และพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็งโดยการ
ทำงานผ่านการบริหารโครงการเป็นส่วนใหญ่ แต่สิ่งที่ควรที่จะพัฒนาต่อยอด คือ การศึกษา
วิธีการทำงานการจัดการรายกรณีกับผู้ป่วยรายบุคคลในระดับชุมชน เพื่อศึกษาพัฒนาการ
ของผู้ป่วยจากกระบวนการให้บริการทางสังคมของชุมชน โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้
กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทำงานอย่างมีคุณภาพ

4.2 นักสังคมสงเคราะห์ควรมีการวางแผนจัดชุดบริการที่ชัดเจน ปัจจุบันนักสังคมสงเคราะห์
เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีแผนการดูแลผู้ป่วย (Care plan) แต่แผนการทำงานด้าน
สังคมของนักสังคมสงเคราะห์โดยเฉพาะยังไม่ปรากฏแผนการทำงานที่ชัดเจนเหมือน
แพทย์และพยาบาล ดังนั้นหากนักสังคมสงเคราะห์ทำงานในฐานะผู้จัดการรายกรณีควรมี
แผนการดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะมีการจัดทำแผนสัญญากับผู้ป่วยและครอบครัว (Contract
Plan) หรือแผนการทำงานระหว่างชุมชนกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีแนวทางการ
ทำงานที่เป็นระบบ รวมถึงมีการติดตามผลที่ชัดเจนทำให้การให้บริการมีประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการทำกรวิจัยและถอดบทเรียน

เนื่องจากการทำวิจัยจะทำให้ให้นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้มีการ
พัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งยังทำให้ นักสังคมสงเคราะห์สามารถประกาศตัวว่าได้
ดำเนินการจัดการรายกรณีซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับการปฏิบัติงานในวิชาชีพอื่น ตลอดจนสามารถนำข้อมูล
เสนอต่อผู้บริหารเพื่อนำไปทบทวนการปรับปรุงนโยบายของหน่วยงานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

จากข้อเสนอแนวทางการจัดการรายกรณีสังคมสงเคราะห์จิตเวชดังกล่าว สามารถนำเสนอเป็น
แผนภูมิได้ดังนี้

แผนภาพที่ 3 แนวทางการจัดการรายกรณีในงานสังคมสงเคราะห์จังหวัดเว

