



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

ร่วมสร้างพลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน
Better Mental Healthcare for All



เอกสารรวบรวมผลงานของพื้นที่
ที่เข้าร่วมโครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การดำเนินงานสุขภาพจิตสู่ความเป็นเลิศ
ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิต
ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2567



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

ร่วมสร้างพลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน Better Mental Healthcare for All



DHS GRAND
EVENT 2024

เอกสารรวบรวมผลงานของพื้นที่ที่เข้าร่วม
โครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
สุขภาพจิตสู่ความเป็นเลิศด้านการดำเนินงาน
สุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2567

ชื่อหนังสือ : เอกสารรวบรวมผลงานของพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การดำเนินงานสุขภาพจิตสู่ความเป็นเลิศด้านการดำเนินงานสุขภาพจิต
ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2567

บรรณาธิการ :

จัดพิมพ์โดย : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2567 จำนวน เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

คำนำ

ด้วยแนวโน้มและวิถีของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน ทำให้ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายในหลายด้าน อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ด้านโครงสร้างประชากร รวมไปถึงวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสถานการณ์ทางด้านสุขภาพจิต จากผลการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตเชิงรุกผ่านโปรแกรม Mental Health Check In ของ กรมสุขภาพจิตในตั้งแต่ปี 2563 ถึง ปัจจุบันพบว่าความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางทางสังคม กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งประชาชนเหล่านี้มีจำนวนมากและกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

ดังนั้นด้วยการดำเนินงานที่ผ่านมามกรมสุขภาพจิต ได้มอบหมายให้กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกให้กับประชาชนในชุมชน รวมถึงกลุ่มเปราะบางทางสังคม โดยมียุทธศาสตร์สำคัญที่มุ่งสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนร่วมเพื่อดูแลสุขภาพจิตให้กับประชาชน การสัมมนาที่จัดขึ้นในครั้งนี้ เป็นหนึ่งในกิจกรรมสำคัญ ที่ต่อเนื่องมาจากการทำงานร่วมกับเครือข่ายหลายภาคส่วน เป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ได้เข้าร่วมนำเสนอผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพจิต พร้อมทั้งสามารถนำไปต่อยอด ขยายผลให้ครอบคลุมการดูแลประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เครือข่ายทุกภาคส่วน อาทิเช่น นายอำเภอ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาจารย์จากมหาวิทยาลัย ผู้บริหารและบุคลากรจากองค์กร สถานประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำภาคประชาชนรวมถึง เครือข่ายจากหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ตลอดจนบุคลากรจากกรมสุขภาพจิต

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับผู้ที่สนใจในอนาคตต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สิงหาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	1
สารบัญ	2
ส่วนที่ 1 กำหนดการประชุม	4
ส่วนที่ 2 นิทรรศน์นำเสนอผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Poster Presentation)	5
ส่วนที่ 3 การนำเสนอผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Oral Presentation)	57



ส่วนที่ 1

กำหนดการประชุม



รายละเอียดกำหนดการ

โครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพจิต
สู่ความเป็นเลิศด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ระหว่างวันที่ 19-20 สิงหาคม 2567 ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ มหานาค กรุงเทพมหานคร

วันจันทร์ที่ 19 สิงหาคม 2567 ณ ห้องประชุม RACHA BALLROOM อาคาร 2 ชั้น 11

เวลา 08.30-09. 15 น.

ลงทะเบียน

เวลา 09.15-10. 00 น.

บรรยาย “ความท้าทาย และโอกาสในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ”
โดย นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

เวลา 10.00-11. 00 น.

อภิปราย “การบูรณาการแนวทางการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตสำหรับเครือข่ายพลเมือง”
โดย นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ผู้บริหารจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
รองศาสตราจารย์ทวิดา กมลเวชช รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชต ชมภูนิช ประธานคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพนิสิตนักศึกษา
ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย
รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิตและพัฒนาอย่างยั่งยืน

เวลา 11.00-11. 30 น.

จัดเตรียมความพร้อม สำหรับพิธีเปิดและชี้แจงกำหนดการสำหรับการนำเสนอในห้องย่อย

เวลา 11.30-12. 00 น.

พิธีเปิด โดย นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต
กล่าวรายงานโดย นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

เวลา 12.00-13. 00 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00-16. 30 น. นำเสนอผลการดำเนินงาน (ORAL PRESENTATION)

ห้องย่อยที่ 1 พชอ./พชช. กำนานสุขภาพจิต จำนวน 7 พื้นที่
ห้องประชุม ราชฯ 1 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องย่อยที่ 2 ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 7 พื้นที่
ห้องประชุม ราชา 2 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 3 สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน จำนวน 7 พื้นที่
ห้องประชุม พัชรวดี 1 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 4 มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา จำนวน 7 พื้นที่
ห้องประชุม พัชรวดี 2 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 5 PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน จำนวน 6 พื้นที่
ห้องประชุม พัชรวดี 3 อาคาร 2 ชั้น 11
โดย ทีมวิทยากร

เวลา 13.00–16. 30 น. นำเสนอผลการดำเนินงานของพื้นที่ ณ บูธนิทรรศการ (POSTER PRESENTATION)

นำเสนอผลการดำเนินงานของพื้นที่ ณ บูธนิทรรศการ (POSTER PRESENTATION)
โดย ทีมวิทยากรให้ข้อเสนอแนะ

วันจันทร์ที่ 20 สิงหาคม 2567 ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 11

เวลา 09.00–11. 45 น. นำเสนอผลการดำเนินงาน (ORAL PRESENTATION)

ห้องย่อยที่ 1 พชอ./พช. กับการสุขภาพจิต จำนวน 6 พื้นที่
ห้องประชุม ราชา 1 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 2 ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 6 พื้นที่
ห้องประชุม ราชา 2 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 3 สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน จำนวน 6 พื้นที่
ห้องประชุม พัชรวดี 1 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 4 มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา จำนวน 6 พื้นที่
ห้องประชุม พัชรวดี 2 อาคาร 2 ชั้น 11
ห้องย่อยที่ 5 จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต จำนวน 6 พื้นที่
ห้องประชุม พัชรวดี 3 อาคาร 2 ชั้น 11
โดย ทีมวิทยากร

เวลา 11.45–12. 45 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

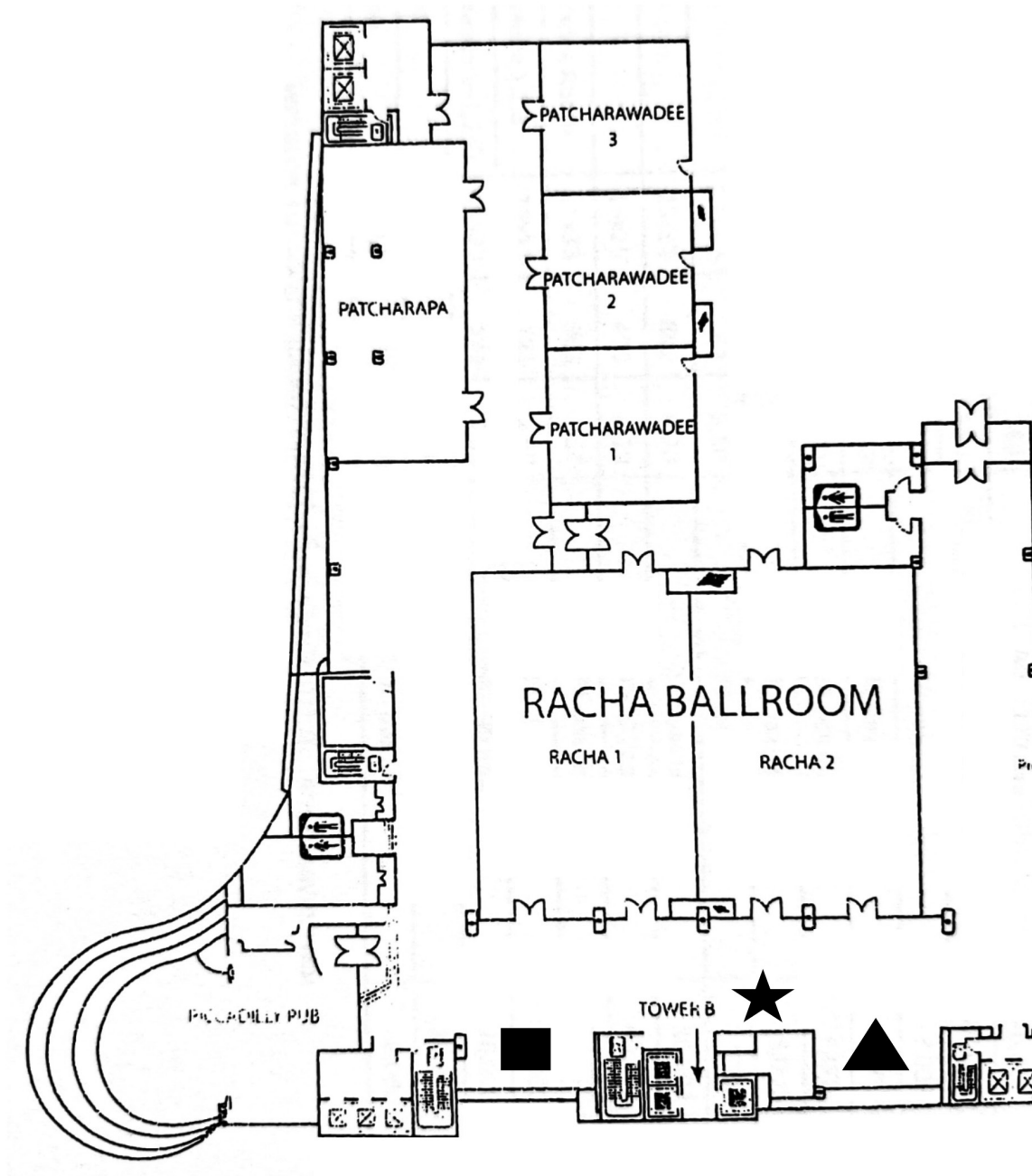
เวลา 12.45–13. 15 น.

ซ้อมรับพิธีมอบโล่

เวลา 13.15–15.00 น.

พิธีปิดการสัมมนาและมอบโล่เชิดชูเกียรติให้แก่เครือข่ายการดำเนินงาน

- ๑ เยี่ยมชมบูธนิทรรศการนวัตกรรมในชุมชน
 - ๑ พิธีมอบโล่เชิดชูเกียรติให้แก่พื้นที่ที่เข้าร่วมนำเสนอผลงานการดำเนินงานสุขภาพจิต
 - ๑ ให้สัมภาษณ์ผู้สื่อข่าว เรื่อง การสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในการดูแลจิตใจประชาชนในชุมชน
- โดย นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต



ผังห้องประชุม



นิทรรศการผลงานสุขภาพจิตดีเด่น (Poster presentation)



Backdrop



นิทรรศการนวัตกรรมสุขภาพจิตในชุมชน (Community innovations)

RACHA BALLROOM พิธีเปิด/พิธีปิด

RACHA 1 Oral Presentation พหุ. กับงานสุขภาพจิต

RACHA 2 Oral Presentation ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

PATCHARAWADEE 1 Oral Presentation สถานประกอบการกับการดูแลในพนักงาน

PATCHARAWADEE 2 Oral Presentation มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

PATCHARAWADEE 3 Oral Presentation PCU และ จังหวัด



ส่วนที่ 2

นิทรรศน์นำเสนอผลการดำเนินงาน
ของเครือข่ายผลเมืองสุขภาพจิตดี
(Poster Presentation)



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากปัญหาเศรษฐกิจและสาเหตุอื่น ๆ
(กฎเพียงโมเดล 2)

โรงพยาบาลภูเพียงและเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

ผู้เขียนผลงาน นางวนาลักษณ์ รอดิลา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลภูเพียง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน



ที่มาและความสำคัญ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็น 16.5, 14 และ 25.05 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย 5 ปีย้อนหลัง พบว่า ร้อยละ 80 มีโรคทางกายเรื้อรังและโรคทางจิตเวช และมีปัญหาความสัมพันธ์ เป็นปัจจัยกระตุ้น แต่ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 55.5 ไม่มีโรคประจำตัวแต่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ และหนี้สินมากถึงร้อยละ 33.33 และ 22.22 ตามลำดับ นอกจากนี้ จากการประชุมร่วมกับแกนนำชุมชนและการให้คำปรึกษาแก่ญาติของผู้ ที่พยายามฆ่าตัวตายทำให้ทราบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจและละเลย สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย จากผลการศึกษาของโครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่า การฆ่าตัวตายของบุคคลในแต่ละครั้งจะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง 2) มีปัจจัยกระตุ้น 3) ด้านกั้นล้มเหลว 4) การเฝ้าระวังป้องกันล้มเหลว 5) บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565) (ธรรณิทร์ กองสุข, 2567) ดังนั้น จึงมีการพัฒนารูปแบบ การป้องกันการฆ่าตัวตายที่มุ่งเน้นการบูรณาการร่วมกับ พชอ. และภาคีเครือข่าย โดยนำปัจจัยเสี่ยง ปัจจัย กระตุ้น ด้านกั้น โอกาสที่จะลงมือทำและปัจจัยปกป้อง มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือและจัดการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



กระบวนการทำงาน

1. จัดประชุมภาคีเครือข่ายและเชิญคณะกรรมการ พชอ./ประธานและเลขา พชต. ทุกตำบล เข้าร่วมประชุม โดยนำปัญหาการฆ่าตัวตายและจิตเวชฉุกเฉินเข้าเป็นประเด็น พชอ.
2. จัดอบรมทีมดังกล่าวกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย/ก่อความรุนแรงในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย : อสม. หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 61 หมู่บ้าน/กำนันและผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่นาร่อง 2 ตำบล/นวก.สธ. ที่สังกัด อบต. หรือ อบจ. แห่งละ 1 คน

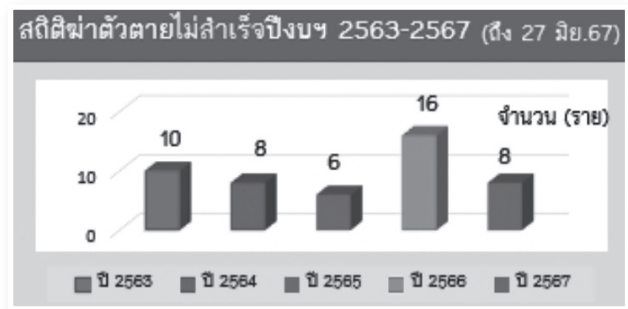
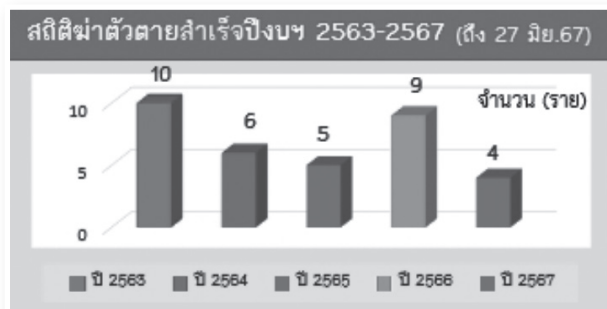
3. ชี้แจงและดำเนินงานตามแนวทาง 5 แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายผู้อื่นที่บูรณาการผ่านกลไก พชอ. และภาคีเครือข่าย จำนวน 5 แนวทาง ดังนี้

- แนวทางการจัดการกรณีได้รับการแจ้งเหตุพยายามฆ่าตัวตาย (กฎแฟ้มโมเดล 1)
- แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากปัญหาเศรษฐกิจและสาเหตุอื่น ๆ (กฎแฟ้มโมเดล 2)
- แนวทางการจัดการกรณีจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
- แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยทีมดักจับในชุมชน
- แนวทางการแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยแกนนำชุมชน/รพ.สต.



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ในปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย อำเภอภูเพียง มีแนวโน้มลดลง ดังแสดงในแผนภาพ



- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต ประจำปี 2566 เป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย (รายใหม่) 5 ราย ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี พบว่า ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย/ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงฯ
- ผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับสูง 6 ราย ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี โดยพยาบาลจิตเวชไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย/ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับต่ำและปานกลาง จำนวน 25 ราย ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 8-12 เดือน โดย อสม./รพ.สต. ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย/ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงฯ
- หลังจากโทรศัพท์ติดตามหรือประสาน รพ.สต./อสม. ช่วยติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดนัดพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัด ร้อยละ 90
- ในปีงบประมาณ 2566 ไม่มีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อเหตุรุนแรงในชุมชน/ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยมีอาวุธในมือ จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการจัดการตามแนวทางฯ อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ไม่ก่อความรุนแรงขึ้นในชุมชน



ปัจจัยความสำเร็จ



- มีกลไกบริหารจัดการผ่าน พชอ. และภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ทุกหน่วยงานรับบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น
- การให้ความช่วยเหลือจากสาเหตุ สร้างทีมดักจับฯ ในชุมชน ตลอดจนการแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำชุมชน/รพ.สต. ช่วยให้อาสาสมัครดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์

ผู้เขียนผลงาน นางสาวประณิดา เลี้ยวสุวรรณสืบ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอเมืองอุดรดิตถ์มีปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ คือ ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงในชุมชน จากข้อมูลจังหวัดอุดรดิตถ์ ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669 ในกลุ่มอาการที่มีปัญหาทางจิตประสาทหรืออารมณ์ที่มีอันตรายคุกคามตนเองและผู้อื่นใน ปี 2563-2566 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จำนวน 299, 364, 344, 302 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับพื้นที่อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 149, 182, 170, 147 คน เฉลี่ยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในจังหวัดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัญหา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่มีการประสานงานที่เชื่อมโยงจากชุมชนสู่ระบบบริการสาธารณสุขของบุคคลที่เกี่ยวข้องทุก ๆ ภาคส่วน และยังไม่มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างจริงจัง รวมถึงการขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งเครือข่ายครอบครัว และชุมชน ไม่มีระบบในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อความรุนแรงจากกลุ่มผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยครอบครัว ชุมชนลดความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการเกิดความรุนแรง นำมาซึ่งความสงบ ปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน



กระบวนการทำงาน

1. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยกิจกรรม จัดทำประชาคมหมู่บ้านร่วมกับแกนนำชุมชน เครือข่ายครอบครัว ประชาชน ในพื้นที่ 17 ตำบล 158 หมู่บ้าน ประชุมวางแผนทีมภาครัฐ เครือข่ายแกนนำในชุมชน จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ใช้สารเสพติดและก่อความรุนแรงในครอบครัว ชุมชน ที่ได้จากการประชาคมรายหมู่บ้าน และรายชื่อผู้ป่วย SMI-V จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้จากฐานข้อมูลผู้ป่วย รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มาจำแนกกลุ่ม เชื้อชาติ เหลือง ส้ม แดง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2.1 การดูแลผู้ป่วย SMI-V

- กลุ่มสี่สั้ม แดง ใช้ผู้ดูแลจำนวน 6 คน ต่อการดูแลผู้ป่วย 1 คน (6 กัลยาณมิตร) ได้แก่ 1) กำนันผู้ใหญ่บ้าน ฝ่ายปกครอง 2) ญาติผู้ดูแลใกล้ชิด 3) อสม./จนท.สาธารณสุข 4) ตำรวจ 6) คนที่ผู้ป่วยไว้ใจ จัดทำคำสั่ง 6 กัลยาณมิตร ประชุม 6 กัลยาณมิตร ติดตามประเมินผล ในรอบ 3 เดือน ยังไม่พบผู้ป่วย เฝ้าระวัง จำนวน 66 คน ก่อความรุนแรงซ้ำ

- กลุ่มสี่เขียว เหลือง ที่เกิดจากปัญหายาเสพติด (ร้อยละ 90 ของผู้ป่วย SMI-V) นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดยาเสพติดเมทริกโปรแกรมและ CBTX

2.2 การนำมาตรการ 4 สร้าง 2 ใช้ ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ต้องอาศัยพลังความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้เกิดประสิทธิภาพภายใต้ความรู้ ทักษะและศักยภาพของแต่ละเครือข่ายรวมถึงทรัพยากรในชุมชน

2.3 มีการพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรมการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลความปลอดภัยครอบครัว



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ผู้ป่วย SMI-V ไม่ก่อเหตุรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี คิดเป็น ร้อยละ 91
- ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา มีอาการทุเลา ร้อยละ 97
- ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดด้วยจิตสังคมบำบัด ร้อยละ 100
- ผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา จำนวน 74 ราย
- ผลการคัดกรอง MHCI ของประชาชนอำเภอเมือง จำนวน 2,284 คน ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงใน MHCI จำนวน 30 คน



ปัจจัยความสำเร็จ

- การกำหนดเป็นนโยบายของอำเภอในการดำเนินงานโดยผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองอุดรดิตถ์
- มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานป้องกันปัญหาและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย SMI -V
- ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการและกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานสุขภาพจิต





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

ป่วยใจไร้คนดูแล ให้เขาพระงามเทคนักร์ เข้มแข็งไปด้วยกัน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี

ผู้เขียนผลงาน นางสาวสุไลลา ดะแซสาเมาะ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี



ที่มาและความสำคัญ

ตำบลเขาพระงามประสบปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของยาเสพติด ส่งผลให้พบผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติดจำนวนมาก จนกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หรือเรียกว่าผู้ป่วย SMI-V จะเห็นได้จากข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการรักษาสะสมในระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึง ปี พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วย จำนวน 13 ราย 19 ราย และ 26 ราย ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 26 รายนั้น เกิดจากการใช้สารเสพติดสูงถึง 21 ราย (ร้อยละ 80.77) และเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากอุบัติเหตุทางสมอง 1 ราย จากปัญหากระทบทางจิตใจ 4 ราย ซึ่งในการดำเนินงานเฝ้าติดตาม สอบถาม คำร้องเรียนจากชุมชนในกลุ่มเหล่านี้ ปรากฏว่า มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด สร้างความหวาดระแวงในครอบครัวและชุมชน และทำลายทรัพย์สินจนเกิดความเสียหาย 12 ราย ทำให้ภาคีเครือข่ายทุกองค์กรตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงหารือร่วมกันเพื่อทบทวนระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน

ดังนั้น ตำบลเขาพระงาม จึงมีการดำเนินการศึกษาและพัฒนาระบบสัญญาณเตือน “ป่วยจิตต้องเข้าใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเขาพระงาม อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี” เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อ ดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการกำเริบ หรือกลับมารักษาซ้ำ ตลอดจนเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ โดยขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป



กระบวนการทำงาน

1. คืบข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติคลุ้มคลั่ง SMI-V ผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนดูแลกลุ่มเหล่านี้ไม่ให้ก่อความรุนแรง โดยนำโมเดล SMI-V Care มาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของชุมชนที่มีผู้ป่วย
2. สื่อสารสถานการณ์ปัญหาและผลของการนำโมเดล SMI-V Care มาใช้ในชุมชนที่พบผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติคลุ้มคลั่ง SMI-V ในเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเขาพระงามและเลือกมาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในปีนี้ รวมทั้งจัดตั้งคณะทำงานจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

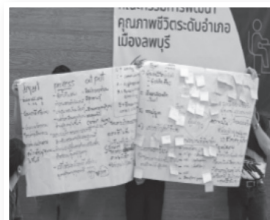
3. ทบทวนแนวทางการค้นหา คัดกรอง นำเข้าสู่การรักษา นำผู้ป่วยจิตเวช SMI-V เข้าสู่ระบบการเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง และร่วมกันพัฒนา “สัญญาณเตือน เขาพระงาม ปลอดภัย ร่วมใส่ใจดูแล ป่วยจิต ต้องเข้าใจ” ในผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติคลุ้มคลั่ง SMI-V แบ่งประเภทผู้ป่วย 3 ระดับ ได้แก่ เขียว เหลือง แดง เพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยร่วมกันในครอบครัวและในชุมชน พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว เพื่อลดอาการกำเริบหรือลดการเสพยาเสพติดซ้ำ รายละเอียดตามภาพ

4. สร้างทัศนคติเชิงบวกให้แก่ประชาชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และสื่อสารแนวทางการสังเกตสัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สำหรับญาติและผู้ใกล้ชิดให้แก่ครอบครัว คนในชุมชน ตำบลเขาพระงามทราบ พร้อมทั้งจัดทำสื่อแผ่นพับสัญญาณเตือนเผยแพร่ให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง

5. คณะกรรมการ พชต.เขาพระงาม ประชุมติดตามผลการใช้ระบบ SMI-V Care ทุกเดือน พร้อมทั้งผลักดันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม เข้าสู่วาระการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองลพบุรี

6. สรุปผลการดำเนินงานให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในทุกระดับ ผ่านเวที พชต.เขาพระงาม พชอ.เมืองลพบุรี พชจ.ลพบุรี และรายงานต่อผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรี

ผลลัพธ์ถึงประชาชน



- ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ซึ่งอยู่ในระบบการรักษา 26 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมล้อมรักษ์ และทีมระบบฉุกเฉินตำบลเขาพระงาม ส่งต่อกลุ่มสีแดงจากชุมชน 2 ราย เข้าสู่ระบบการดูแลทันที ทำให้ไม่เกิดความเสี่ยงต่อคนและทรัพย์สินในตำบลเขาพระงาม

- ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ CBTx ในการนำเข้าสู่ระบบการดูแล 75 ราย มีระบบการประเมินสัญญาณเตือนในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ เพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 100 และพบผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ SMI-V 5 ราย นำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100

- กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีอาการคงระดับปกติและได้รับการส่งเสริมให้มีอาชีพ รายได้ 11 ราย โดยได้รับการสนับสนุนทุนประกอบอาชีพจากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตำบลเขาพระงามและกองทุนแม่ของแผ่นดิน

- ลดปัญหาข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยจิตเวช SMI-V จากเดิมเดือนละ 9 ครั้ง เหลือเพียง เดือนละ 2 ครั้ง จากผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการวางแผนที่ชัดเจน ปรับปรุง พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
- ภาครัฐเครือข่ายมีความมุ่งมั่น ท่วมเทในการดูแลประชาชน สามารถสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ให้แก่คนในชุมชน



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

หนองเรือร่วมใจ ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต พัฒนาคุณภาพชีวิต แบบครบวงจร

โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ผู้เขียนผลงาน นางพรทิพย์ วงษ์หนองหอย

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่เสี่ยงสูงก่อความรุนแรงปี 2564-2566 จำนวน 28, 40 และ 90 ราย เข้าถึงบริการจำนวน 24, 38 และ 89 ราย จำนวนคิดเป็นร้อยละ 85, 95 และ 98 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงไม่ก่อความรุนแรงซ้ำในปี 2564-2566 คิดเป็น ร้อยละ 80, 80 และ 85 มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเหตุการณ์มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ ความเจ็บป่วยของตนเอง ทานยาไม่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยรายเก่ามีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงซ้ำ ส่งผลให้ เกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมที่รุนแรง ทำร้ายตนเองหรือบุคคลในครอบครัว และชุมชน และทำร้ายได้ เจ้าหน้าที่ตำรวจเสียชีวิต ก่อให้เกิดความหวาดกลัว ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว สร้างความไม่มั่นคงในด้านต่าง ๆ กับ ครอบครัว ประชาชน ชุมชน และประเทศชาติ เมื่อมีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงในชุมชนขึ้น และไม่มีการคัดกรอง จัดการและส่งต่อที่เป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความซุลมุน วุ่นวายในชุมชน เป็นปัญหาซับซ้อนมากขึ้นในหลายมิติ โรงพยาบาลหนองเรือ และเครือข่ายในทุกภาคส่วน ได้ตระหนักถึงปัญหาและความ จำเป็นอย่างเร่งด่วนในการ แก้ไข ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบระบบ เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่เสี่ยงสูง ก่อความรุนแรง และลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวช จากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงซ้ำ



กระบวนการทำงาน

➤ ระยะเตรียมการ

- รวบรวมข้อมูลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย ผู้ป่วยสุขภาพจิตเวช (SMIV) แต่ละพื้นที่ และให้ข้อมูล กับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
- ประชุมทีมสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่โดยตรง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา ข้อเท็จจริง เพื่อวางแผนในการดูแลรายกรณี
- คำนึงข้อมูลสะท้อนปัญหาในการประชุม พชอ. และคณะกรรมการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตและ การป้องกันและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด นำโดย นายอำเภอหนองเรือ ตำรวจ ครู สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและร่วมขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ

➢ ระยะดำเนินการ

- การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มมากขึ้น ทั้งภาวะเครียดจากการเรียน ซึมเศร้า รวมทั้งมีสิ่งกระตุ้นบุหรี่ยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน จึงได้บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา

➢ ระยะประเมินผล

- ประชุมภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปผลการเฝ้าระวังร่วมกัน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อการพัฒนาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

- คืบข้อมูลผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทีมผู้เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย เพื่อขยายผลการพัฒนา และให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อื่น ๆ

➢ ระยะพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืน

- ประเมินปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ
- จัดทีมเผชิญเหตุฉุกเฉินในทุกตำบลโดยการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีระบบการให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเกิดความยั่งยืนในชุมชน



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ชุมชน : การดูแลประชาชนในพื้นที่ให้รู้สึกปลอดภัย เข้าถึง เชื่อมั่น เชื่อใจ ทั้งกลุ่มปกติ ลดความเครียดหวาดกลัว ลดการตีตรา มีระบบดูแลในชุมชน

กลุ่มเสี่ยงและญาติกลุ่มเสี่ยง : ผู้ที่มีอาการทางจิตกลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองติดตามดูแล และกลุ่มป่วย ให้เข้าถึงบริการอย่างมีมาตรฐาน เกิดผลการดำเนินงานในช่วง ดังนี้ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2567 (นับถึง 30 มิถุนายน 2567) 7.85 ต่อแสนประชากร การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ปี 2567 ร้อยละ 85 ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่เสี่ยงสูงก่อความรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ปี 2567 ร้อยละ 95 การเข้าถึงบริการโปรแกรม Mental Health Check In ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจ ร้อยละ 100

สหวิชาชีพและเครือข่าย : มีการประสานงานภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพร่วมมือกันในการทำงานอย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ จากการทำงานร่วมสหวิชาชีพนี้ทำให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจมากขึ้น ลดความหวาดกลัวในการทำงาน มั่นใจที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมากขึ้น



ปัจจัยความสำเร็จ





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ผู้เขียนผลงาน นิยมพร ถาน้อย และคณะโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอจตุรัส มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น จากปี 2564-2567 จำนวน 16, 43, 58 และ 120 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดนี้เมื่อเสพยาบ้าจะส่งผลให้เกิดอาการ หูแว่ว ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ญาติ ครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย ดังนั้นเพื่อเป็นการดำเนินงานพัฒนางานที่รักษาพยาบาลในชุมชน จึงจัดโครงการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอจตุรัส เพื่อสร้างความปลอดภัย และลดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินในชุมชนอำเภอจตุรัส ซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขได้ หากมีระบบการดูแลที่ดี ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเมื่ออยู่ในสภาวะปกติ บุคคลเหล่านี้คือส่วนหนึ่งของชุมชนที่สามารถร่วมกิจกรรม มีส่วนผลักดันให้ชุมชนเกิดการพัฒนา และดำเนินชีวิตได้ ตามปกติ แต่เมื่อมีสิ่งกระตุ้นมากกระทบ อาจทำให้ผู้ป่วย มี พฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเฉียบพลัน ทำให้แสดงอาการ ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง อาละวาด โวยวาย รวมไปถึงการทำร้าย ร่างกายตนเอง คนรอบข้าง และวัตถุสิ่งของ จึงมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยญาติหรือคนใกล้ชิด อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ทีมแกนนำ ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และตำรวจ เข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวัง และเข้าให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ซึ่งการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ญาติ แกนนำชุมชน หรือตำรวจ จะใช้บริการผ่าน 1669 ถึงร้อยละ 80.44 จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เกิดอาการจนนำส่งสถานพยาบาลอย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย และผู้นำส่ง อีกทั้งการเข้ารับเหตุอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ชุมชนปลอดภัย



กระบวนการทำงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อการแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ระดับอำเภอจตุรัส ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ผ่านกลไก พชอ.อำเภอจตุรัส
2. คณะกรรมการค้นหา คัดกรอง โดยสังเกตพฤติกรรม จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เพี้ยวหวาดระแวง และข้อมูลจากระบบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจตุรัส รวมถึงข้อมูลจากการแจ้งเหตุผ่าน 191
3. จัดทำ SPOT MAP ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอจตุรัส และ SPOT MAP ระดับตำบล แบ่งระดับความรุนแรง สีแดง และสีเหลือง

4. ประชุมคณะกรรมการทุกวันพุธ เพื่อทบทวนภาคีเครือข่าย นำผู้ป่วยกลุ่มสีแดง ที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และส่งต่อแบบปลอดภัย
5. ทีมร่วมวางแผนและออกปฏิบัติงาน โดยแบ่งออกเป็น 5 ทีม
6. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยการประชุมเตรียมความพร้อมที่ห้องประชุม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
7. สรุปละและประเมินผลกลุ่มเสี่ยง แบ่งระดับสีตามความรุนแรง โดยภาคีเครือข่ายทุกสัปดาห์
8. ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสีแดง สีเหลือง โดยภาคีเครือข่าย ทุก 7 วัน 15 วัน และทุก 1 เดือน จนครบ 1 ปี
9. ประสานบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขที่เป็นเหตุปัจจัยไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน ตกงาน การพนัน สุรา ยาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ยากไร้ กลุ่มเปราะบาง ผู้ประสบปัญหาในชีวิตด้านต่าง ๆ ผ่านกลไกศูนย์ดำรงธรรม
10. ประสานสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบรรจุแผนงานโครงการเรื่องการสร้างครอบครัวครอบครัวอบอุ่น/ส่งเสริมภูมิคุ้มกันให้กับเด็ก ตลอดจนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย
11. ประสานจัดทีมบูรณาการในการป้องกันและพร้อมให้การช่วยเหลือกรณีจิตเวชฉุกเฉินหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น (SMI-V) โดยตำรวจ/ปกครอง/อปท./ชุมชน นำส่งทุกรายเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาล (ตาม พรบ.สุขภาพจิต 2551)
12. สรุปผลการดำเนินงานในพื้นที่ให้กับนายอำเภอจตุรัส และผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ ผ่านการประชุม ติดตามความก้าวหน้าโครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีอาการทางจิตจากยาเสพติดตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (Quick win) เพื่อรับทราบความก้าวหน้า



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

เชิงปริมาณ จากการค้นหา คัดกรอง ผู้มีอาการทางจิตและผู้เสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชนพบว่า มีผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังแบ่งความรุนแรงตามสี สีเขียวอาการสงบ สีเหลืองใช้สุรยาเสพติดร่วม สีแดงอาการกำเริบไม่ยอมรับการรักษา เสพยาเสพติด ก่อความรุนแรงในชุมชน มีทีม Quick win จิตเวชจตุรัส เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เยี่ยมทุก 7 วัน



ปัจจัยความสำเร็จ

ผู้บริหารให้ความสำคัญกับปัญหาจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง อำเภอจตุรัส นำโดยนายอำเภอจตุรัส ผู้กำกับการตำรวจภูธรอำเภอจตุรัส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรัส นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม.อาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย มีส่วนที่ช่วยกันขับเคลื่อน รวมทั้งการมีสัมพันธภาพอันดีกับทุกหน่วยงาน ทำให้ประสานงานกันได้อย่างรวดเร็ว โดยมีช่องทางสื่อสารผ่านทางไลน์ และเบอร์โทรส่วนตัวของผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลจตุรัส





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตยาเสพติด ด้วยกลไก UCCARE
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เมืองยโสธร
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

ผู้เขียนผลงาน นางพรพิไล วรรณล้มผัส

สาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอเมืองยโสธร มีประชากร 130,000 คน การปกครองแบ่งเป็น 18 ตำบล (นอกเขตเทศบาลเมือง 17 ตำบล) 190 หมู่บ้าน ปี พ.ศ. 2566 อำเภอเมืองยโสธรมีผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติด เข้าสู่อำนาจบำบัด จำนวน 140 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด SMI-V (Severe Mental Illness with high risk of violence) จำนวน 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.14 อีกทั้งพบข้อมูลการร้องเรียนจากครอบครัว สังคมที่ได้รับผลกระทบจากผู้ป่วย ผ่านศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดยโสธรและศูนย์ดำรงธรรมอำเภอเมืองยโสธร จำนวน 19 ครั้ง ที่ไม่มีระบบการจัดการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชนและความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา ด้วยความตระหนักถึงความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เมืองยโสธร จึงได้กำหนดให้ประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นวาระสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาผู้ป่วยสุขภาพจิตจากยาเสพติดในอำเภอเมืองยโสธร ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการป้องกัน การฟื้นฟู และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิด UCCARE เป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตยาเสพติดอย่างเป็นระบบและยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

มีกระบวนการทำงานขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตยาเสพติด ด้วยกลไก UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เมืองยโสธร ดำเนินการดังนี้

➢ Unity District Health Team (การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) มีการจัดตั้งทีมงานแบบ “One Team One Data” ประกอบด้วย หน่วยงานระดับอำเภอ และสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ หน่วยงานระดับตำบล จัดตั้งทีมแกนนำตำบลและหมู่บ้าน (Community Manager) พื้นที่เข้มข้น ตำบลละ จำนวน 50 คน พื้นที่ทั่วไป ตำบลละ 10 คน จัดตั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) ในระดับหมู่บ้าน ละแวกคุ้ม ๆ ละ 5 คน เพื่อให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีการทำ MOU ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

➤ **Customer Focus (การทำงานที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)** แบ่งพื้นที่การทำงานเป็น 2 ระดับ คือ พื้นที่เข้มข้น (มีความรุนแรงของปัญหามาก) จำนวน 5 ตำบล และ พื้นที่ทั่วไป 12 ตำบล ใช้แนวคิด Case Management ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุม 5 มิติ (สุขภาพ ความเป็นอยู่ การศึกษา รายได้ การเข้าถึงบริการรัฐ) กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง Patient Journey จังหวัดยโสธร

➤ **Community Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)** สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ใช้กลไก พชอ. ผสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ ได้แก่ ปกครองอำเภอ สนับสนุนชุมชน นโยบายชุมชนเข้มแข็ง จัดทำฐานข้อมูลอำเภอ ติดตามประเมินผล ดำรง นำผู้ป่วย SMI-V เข้ารักษา ดูแลความปลอดภัย ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลยโสธร รพ.สต.) จัดกิจกรรมบำบัดในชุมชน สนับสนุนวิชาการ ติดตามเยี่ยมบ้าน เทศบาลตำบลองค์การบริหารส่วนตำบล จัดให้มีระบบและบริการรับส่งผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพทีม 1669 ที่มีศักยภาพตอบโต้สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) รวมถึงสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือสวัสดิการนำส่งผู้ป่วย

➤ **Appreciation (การชื่นชมและให้คุณค่า)** จัดเวทีชื่นชม สื่อสาร และเยี่ยมเสริมพลังให้กับทีมงานและชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในการทำงาน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเวทีชื่นชมเพื่อสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของชุมชน

➤ **Resource Sharing and Human Development (การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร)** บูรณาการด้านงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ งบประมาณจากจังหวัดยโสธร เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร (CUP) สถานีตำรวจ เทศบาล/อบต. และกองทุนแม่ของแผ่นดิน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร แกนนำชุมชน (Community Manager) และผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) และ อบรมเชิงปฏิบัติการ ทีมตอบโต้ SMI-V และมีการซ้อมแผนเพื่อพัฒนาทักษะการทำงาน ระบบข้อมูล ทักษะการดูแลรักษา การให้คำปรึกษา

➤ **Essential Care (การจัดระบบดูแลรักษาผู้ป่วย)** จัดระบบการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน มีกิจกรรมบำบัดในชุมชน การส่งต่อเพื่อการรักษา การกำกับการกินยา โดย CG การติดตามเยี่ยมระหว่างและหลังการบำบัดรักษา โดยทีมชุมชน ทีมอำเภอพัฒนาศูนย์ฟื้นฟูทางสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

มีผู้ป่วย CBTx ทั้งหมด 126 คน โดยรักษาครบแล้ว 64 ราย และกำลังรักษา 62 ราย Outcome: ลดจำนวนผู้ป่วย SMI-V ทั้งหมด จำนวน 115 คน ได้รับการรักษาทุกราย และเหลือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 31 ราย (สีแดง 21 ราย สีส้ม 10 ราย) Impact: มีระบบการจัดการ และระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และพบว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วย SMI-V ลดลง โดยมีเพียง 4 รายในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2566 ถึงปัจจุบัน (ปี 2566 มีเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 19 ราย)



ปัจจัยความสำเร็จ

การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Unity Team) การใช้ข้อมูลร่วมกัน (One Data) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการแบ่งปันทรัพยากร การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุม 5 มิติ (สุขภาพ ความเป็นอยู่ การศึกษา รายได้ การเข้าถึงบริการรัฐ)



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสนางนครนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ
 โรงพยาบาลเสนางนครนิคมและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเสนางนครนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ
 ผู้เขียนผลงาน นางกิริณา กัลยบุตร
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเสนางนครนิคม อำเภอเสนางนครนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอเสนางนครนิคม เป็นพื้นที่สีแดงเรื่องยาเสพติด ทำให้จำนวนผู้เสพเพิ่มขึ้น และจากผู้เสภก็กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีอาการทางจิตประสาทสร้างความหวาดกลัวในชุมชน ซึ่งทางพื้นที่ยังไม่มีจัดการที่เป็นระบบ ทั้งในชุมชนและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เมื่อชุมชนพบผู้ป่วยจิตเวชจะต้องแจ้งใคร ส่งต่อใคร และหากโรงพยาบาลส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชกลับมาชุมชนจะช่วยกันดูแลไม่ให้เขาขาดยาอย่างไร หรือการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง ทำให้ปัญหายังอยู่ในวังวนเดิม ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสาเหตุส่วนมากคือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ในอำเภอเสนางนครนิคม ปี 2563-2567 เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนางนครนิคมเพิ่มขึ้น จำนวน 6, 15, 48, 70 และ 75 คน ส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 40, 28, 41, 36 และ 22 คน คนไข้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเสนางนครนิคมเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ปี 2563-2567 จำนวน 6, 15, 44, 49, 68 คน ปี 2567 พบกลุ่มสีแดงจำนวน 75 คน สีส้ม จำนวน 6 คน สีเหลืองจำนวน 9 คน สีเขียวจำนวน 57 คน เป็นผู้ป่วย SMIV จำนวน 68 คน แบ่งเป็น SMIV-1 ทำร้ายตัวเองหวังให้ตนเองเสียชีวิตจำนวน 7 ครั้ง SMIV-2 ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อความรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 64 ครั้ง คน SMIV-3 มีความหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต จำนวน 17 ครั้ง รวม 88 ครั้ง



กระบวนการทำงาน

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี 2567 ซึ่งประเด็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดได้มีในแผนปฏิบัติการการดำเนินงาน จึงได้นำเสนอในที่ประชุมในการปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนด

1.2 จัดทำโครงการและเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณสนับสนุน

1.3 ประชาสัมพันธ์และประสานกลุ่มเป้าหมาย

2. ขั้นตอนการ

2.1 ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง แนวทางการดำเนินงานและการประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อำนวยการขับเคลื่อนงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระดับอำเภอโดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ 5 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ (1) นายอำเภอเสนางคณคม (2) ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเสนางคณคม/หัวหน้าสถานีตำรวจภูธรโพหนอง (3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนางคณคม (4) ฝ่ายความมั่นคง ทหาร และ กอ.รมน. (5) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งนี้บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับอำเภอ

2.2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาล

2.3 พัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายในอำเภอ โดยการคัดกรองผู้เสพ ผู้ใช้ ผู้ติดตามแบบคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษา กระทั่งสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 และแบ่งระดับความรุนแรงตามอาการโดยใช้แบบประเมินการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ สีแดง สีส้ม สีเหลือง และสีเขียว สามารถดำเนินการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2.4 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกระดับอำเภอ โดยร่วมบูรณาการการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนโดยมีนายอำเภอ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรอำเภอและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment and rehabilitation, CBTx) บูรณาการการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมี นายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ

2.5 พัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแล/ญาติ อสม. และบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุน ประสาน กำกับ ติดตามและให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตฉุกเฉินโดยการบำบัด รักษา ฟื้นฟูและรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ในชุมชน ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตาม “พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562”

3. ขึ้นประเมินและรายงานผล 3.1 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และ 3.2 สรุป รายงานผลการดำเนินงานโครงการตามกระบวนการ



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ปี 2563-2567 ทีมภาคีเครือข่ายนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น การนำส่งผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตด้วยระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ลดลง ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเมื่อถึงห้องฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายถูกผู้ป่วยทำร้ายลดลงโรงพยาบาลเสนางคณคมสามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสีแดง ในระยะถอนพิษยา DETOX ได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMIV ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 60



ปัจจัยความสำเร็จ

ศักยภาพและภาวะผู้นำของนายอำเภอ และคณะกรรมการของการขับเคลื่อนนโยบาย พชอ. ในการทำงานเป็นทีม การสร้างมีส่วนร่วม การมีโครงสร้างการทำงานเชื่อมระหว่างอำเภอและตำบลที่ชัดเจน การสนับสนุนจากภาคส่วนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความเข้มแข็งและการบูรณางานร่วมกัน



พชอ. กับงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาเครื่องมือและระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอतालसुम คปสอ.तालसुम จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้เขียนผลงาน นางสาวภัทรจิตร คำน้อย, นางอรอุมา ประสมพันธ์ และนางสาววรารักษ์ ปัจฉาภรณ์

กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอतालसुम คปสอ.तालसुम

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอतालसुม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำโรง และโรงพยาบาลतालसुม



ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ การค้าขายอุตสาหกรรมประสบปัญหาปิดกิจการ การเลิกจ้างแรงงาน มีการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรกลับจากแหล่งเศรษฐกิจสู่ถิ่นกำเนิด เกิดปัญหาคนว่างงานมากขึ้น รวมทั้งปัญหาครอบครัว สังคม ชุมชน สภาพแวดล้อม ทำให้เกิดอาการตึงเครียด ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งปัจจุบันสามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายจึงหันไปใช้สารเสพติด จนเกิดอาการเตือนทางจิต ทำให้ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติดและโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องจากการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่อำเภอतालसुม จากข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอतालसुม มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จำนวน 248 ราย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 31 ราย และจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลतालसुมส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ปี 2566-2567 จำนวน 23 ราย สำหรับตำบลลำโรง มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 31 ราย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 3 ราย บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงได้จัดทำ DOT By Hearts ขึ้น



กระบวนการทำงาน

1. คืบข้อมูลในเวทีประชุม พชอ. ตั้งเป็นประเด็นปัญหาร่วมในแผนและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นหนึ่งในประเด็นหลักของ พชอ.
2. ขี้แจงการใช้งานแบบคัดกรองสุขภาพประชาชน 15 ปีขึ้นไป แก่ รพ.สต. เพื่อให้ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. คัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี โดย อสม.การสังเกตประชากรในหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบรวมทั้งส่ง QR code กลุ่ม อสม.สื่อสาร ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งให้คำแนะนำ ความรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหา ด้านสุขภาพจิตโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และได้นำ 5 สัญญาณเตือนทางจิต (SMI-V) เรียก “แบบคัดกรองสุขภาพประชาชน 15 ปีขึ้นไป Ver.03 โดยขับเคลื่อนผ่านเวที พชต. และคัดกรอง Mental Health Check-in
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอतालसुม ประสานข้อมูลผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเตือนอย่างน้อย 1 อาการ ตามแบบคัดกรองสุขภาพประชาชน 15 ปีขึ้นไป Ver.03 กับ โรงพยาบาลतालसुม เพื่อตรวจสอบประวัติจิตเวชและสารเสพติด กรณีที่พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จะส่งข้อมูลกับ รพ.สต. เพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เข้ารับการรักษา ต่อไป

4. โรงพยาบาลतालุมจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคลให้ รพ.สต. เพื่อใช้ในการติดตามเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ประสาน รพ.สต. และ อสม.ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

5. รพ.สต.ติดตามการกินยาต่อเนื่องโดย DOT By Hearts

6. ในกรณีที่ผู้ดูแล ญาติ ผู้เห็นเหตุการณ์ พบผู้ป่วย SMI-V มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (คลุ้มคลั่ง อาละวาด) ให้แจ้งกำนันผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ สภ.तालุม ปกครองतालุม นำส่ง โรงพยาบาลतालุม หากอาการไม่รุนแรง/เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นในระดับเล็กน้อย แพทย์จะพิจารณา Admit มีพยาบาลจิตเวชให้คำปรึกษา ส่งข้อมูลให้ รพ.สต.เพื่อติดตามเยี่ยมในชุมชน

หากมีอาการรุนแรง/เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นในระดับสูง โรงพยาบาลतालุมประเมินอาการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนส่งต่อ โรงพยาบาลพระศรี (แพทย์โทรประสาน case ก่อนการส่งต่อ) ส่งข้อมูลให้พยาบาลจิตเวชเพื่อแจ้งเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน ได้รับการสนับสนุนอัตราค่าส่งจากฝ่ายปกครอง อส.อำเภอतालุม



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

อำเภอतालุม มีประชากรทั้งหมด 29,951 คน มีการตรวจคัดกรองจำนวน 409 คน คิดเป็นร้อยละ 1.36 พบผิดปกติ 18 ราย ไม่มีประวัติการรักษา 9 ราย รับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลतालุม 9 ราย พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 31 ราย มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง/เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นในระดับสูง ส่งต่อ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 11 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษให้ทานยาต่อเนื่องตามหลัก 7R ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้รับการดูแลช่วยเหลือติดตามอาการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ มีการเตรียมชุมชนและครอบครัว เพื่อสร้างความตระหนักรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ไม่เกิดอาการก้าวร้าว ไม่มีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ในชุมชนอย่างมีความสุข และชุมชนให้การยอมรับในตัวผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยได้รับการติดตามต่อเนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อีกทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง รวดเร็ว



ปัจจัยความสำเร็จ

- คณะผู้บริหารระดับอำเภอ นำโดย นายสุรจ สามีรถ นายอำเภอतालุม ให้ความสำคัญและสนับสนุนอัตราค่าส่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง อส. จักกม นำส่งผู้ป่วยส่งต่อ โรงพยาบาลतालุม และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอतालุม และภาคีเครือข่ายผู้นำชุมชน ประชาชน ให้ความสำคัญในช่วยสื่อสาร ประชาสัมพันธ์
- การทำงานร่วมกันเป็นหนึ่งเดียวกันของ 3 หมอ ทำงานต่อเนื่องเชื่อมโยงไร้รอยต่อ ติดตามประเมินผล มีแนวทางการดูแล รักษา ส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

พชอ.หนองจิก : ขับเคลื่อนใจ จากอดีตสู่ปัจจุบัน เชื่อมต่อหนึ่งเดียว

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

ผู้เขียนผลงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี



ที่มาและความสำคัญ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2562 พบอัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ตั้งแต่ปี 2562-ปัจจุบัน ยังคงพบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่และโรคที่รุนแรงขึ้น 5 เท่า ปี 2563 พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีผู้สัมผัสเสี่ยง 76 คน ทำให้การระบาดของโรคอุบัติใหม่เพิ่มอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (อัตรา 5,079.38 ต่อแสนประชากร อัตรา 5,290.09 ต่อแสนประชากร) มีผู้เสียชีวิต 23 คน และ 15 คน ปี 2566-2567 พบผู้ป่วยโรคโอดกรน เป็นโรคอุบัติซ้ำ จากการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 49 คน พบป่วยยืนยัน 19 คน (0.93 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 1 คน (ร้อยละ 0.49 ต่อประชากรแสนคน) และไม่สามารถสรุปผล 6 คน ร้อยละ 12.24 (ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด) ดังนั้นการพัฒนาและบูรณาการความร่วมมือ เฝ้าระวังโรคระบาดจากทุกภาคส่วน เชื่อมต่อหนึ่งเดียวจากอดีตสู่ปัจจุบัน ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรม พื้นที่เสี่ยงภัยและโรคระบาดชายแดนใต้



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรม “NONGJIK PACKAGE ขับเคลื่อนงาน ขับเคลื่อนใจ เชื่อมต่อหนึ่งเดียว” ขับเคลื่อนโดย 5 SMART NONGJIK NETWORK ดังนี้

1. Smart hearts ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยสื่อเน็ตไอตอลสาธารณสุขชายแดนใต้ และรายการ “เพาะกิตติ บอมอจิ๋ว (หมอดูแลใจ)” ใช้หลัก 3ส2ข ประกอบด้วย ส1: สอดส่องมองหาเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่ ส2: ใส่ใจรับฟังตามหลักการ EASE ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการเข้าถึงจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบ (Engagement) การประเมินผู้ได้รับผลกระทบ (Assessment) การเรียกขวัญ คืนสติ เสริมสร้างทักษะ (Skills) และการให้สุขภาพจิตศึกษาและข้อมูลที่จำเป็น (Education) ส3: ส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ข1: (ให้) ข้อมูล ศักยภาพสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ พัฒนาระบบบริการ ออกแบบสร้างเสริมความรอบรู้สื่อสารภาษามลายูถิ่น เช่น สื่อสุขภาพศึกษา (คุตบะฮ์) ฉบับ 3 ภาษา (ภาษาไทย ภาษามลายูและ ภาษารูมี) ข2: (ช่วยให้) เข้าถึงบริการ ให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลตามหลักการ CARE-D+ พัฒนานวัตกรรมเฝ้าระวัง (Red flags) online เพิ่มการเข้าถึง เป็นต้น

2. Smart mopping ดำเนินงานด้านชั้นสูตร จากบริบทพื้นที่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เกิดโรคอุบัติใหม่ อับัติซ้ำแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ราคาสูง เจ้าหน้าที่เกิดความเครียดกังวลใจ ระดับสูง สู่ความเหนื่อยล้า จึงนำข้อมูลสู่การพูดคุยแก้ไขปัญหา เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการดัดแปลง ประดิษฐ์รถ swab เคลื่อนที่ “NONGJIK HERO CAR” (อยู่ระหว่างการจดสิทธิบัตรจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา) สามารถควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า คุ่มทุน คุ่มเวลา สามารถทำงานเชิงรุกควบคุมโรคได้ทันทั่วทั้งที่ เฝ้าระวัง เชิงรุก ครอบคลุมถึงระดับการแพร่กระจายเชื้อโรคทางอากาศ (Airborne transmission) เพิ่มชั่วโมงการทำงานได้นานมากขึ้น เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการใช้อุปกรณ์การตรวจ (swab) ลดการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในการทำงาน ภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น



3. Smart 2I (IPC&IT) ดังนี้ 1) ดำเนินงานเฝ้าระวังระบบการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ (Infection Prevention and Control program: IPC) เชื่อมประสานระบบงานครอบคลุมทุกพื้นที่ ปรับปรุงกระบวนการ เตรียมความพร้อมอยู่เสมอ ด้วย “กล่องนี้มีครบ จบทุกขั้นตอน” นำความรู้ทางวิชาการมาปรับใช้ตามสถานการณ์ระบาดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และ 2) ดำเนินงานด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (IT) จัดระบบบริการรับแจ้งบริการ (Service Desk) กำหนด Service Level Agreement (SLA) ปัญหาที่สำคัญเร่งด่วน วิเคราะห์ SLA อุบัติการณ์และกิจกรรมการใช้ NJ-Cloud (ระบบ Data center) เพิ่มความสะดวก ปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง สื่อสาร เฝ้าระวังที่ถูกต้อง

4. Smart primary care โดยภาคีเครือข่ายจิตอาสา 5 ด้านในชุมชน (ด้านศาสนา ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและ ด้านสิ่งแวดล้อม) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมประสานการทำงาน เช่น สื่อเน็ตไอดอล ผู้นำศาสนาจังหวัดชายแดนใต้ สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ประชาชนสามารถประยุกต์ใช้และเฝ้าระวังโรคระบาด (3ส2ข)

5. สู่ Smart Nongjik Hospital ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับคณะทำงาน พรบ.สุขภาพจิต สู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศ (Excellence) รับรางวัลคณะกรรมการระดับอำเภอดีเด่นระดับประเทศ เกิดนวัตกรรม “NONGJIK PACKAGE ขับเคลื่อนงาน ขับเคลื่อนใจ เชื่อมต่อหนึ่งเดียว” บูรณาการจากอดีตสู่ปัจจุบัน เชื่อมต่อหนึ่งเดียว รับรางวัลเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น ด้านการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชน นำเสนอผลการดำเนินงานประเภทโปสเตอร์ ในเวทีประชุมวิชาการ ณ เมืองไทเป ได้หวั่นและนำเสนอผลงานด้วยวาจา เวทีการประชุมแห่งชาติ ครั้งที่ 17 และรับรางวัลการให้บริการประชาชนด้านสาธารณสุขดีเด่นของจังหวัดปัตตานี เป็นต้น



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัวของผู้รับบริการ ระยะแรก-ระยะก่อนจำหน่าย-ระยะติดตามผลหลังจำหน่าย โดยรวมและรายด้าน

องค์ประกอบการปรับตัว	ระยะแรกเก็บ		ระยะก่อนจำหน่าย		ระยะติดตามหลังจำหน่าย		ระดับการปรับตัว		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปรับตัว	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปรับตัว			
ด้านสระ	1.26	0.70	ปานกลาง	1.69	0.77	ปานกลาง	2.78	0.40	มาก
ด้านอัตโนทัศน์	1.45	0.44	ปานกลาง	1.8	0.84	ปานกลาง	2.26	0.78	มาก
ด้านบทบาทหน้าที่	1.83	1.09	ปานกลาง	2.04	0.76	มาก	2.57	0.67	มาก
ด้านการพึ่งพาผู้อื่น	1.39	1.03	ปานกลาง	1.57	0.92	ปานกลาง	2.4	0.71	มาก
โดยรวม	1.48	0.82	ปานกลาง	1.77	0.82	ปานกลาง	2.5	0.64	มาก

ระดับการปรับตัวของผู้รับบริการต่อสถานการณ์ของโรคระบาดเพิ่มขึ้น

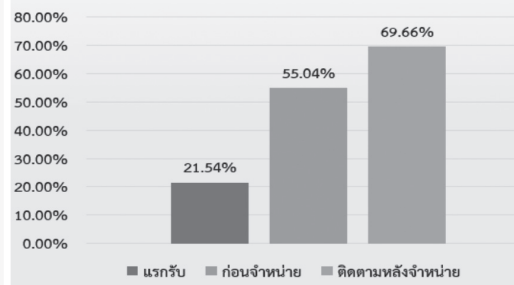
เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำแนกตามกลุ่มวัย

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับคุณภาพชีวิต	ข	S.D.	D	SD	Df	t*	p-value
ปฐมวัย	ระยะแรก	48.08	14.343	19.990	0.836	565	56.095	0.000
	ระยะติดตาม	95.00	11.902					
วัยเรียนและวัยรุ่น	ระยะแรก	59.20	7.491	7.63	0.763	99	15.125	0.000
	ระยะติดตาม	70.74	3.106					0.000
วัยทำงาน	ระยะแรก	42.36	11.86	15.076	0.198	5808	174.514	0.000
	ระยะติดตาม	76.88	9.175					
วัยสูงอายุ	ระยะแรก	51.19	12.183	20.295	0.733	767	58.108	0.000
	ระยะติดตาม	93.78	13.78					

*p=0.05

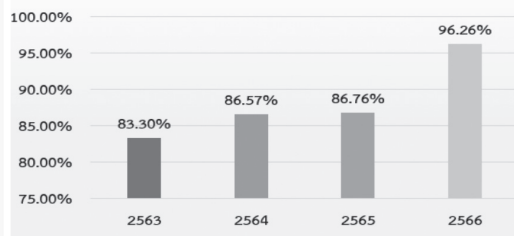
ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (จำแนกตามกลุ่มวัย)

ความสามารถในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน



การดูแลภาวะสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น

อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ



อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้น



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

3 หมอบูรณาการผลงานชุมชน ป้องกันคนอาจสามารถฆ่าตัวตาย

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้เขียนผลงาน นางนิตยา สิ้นธุ์ภูมิ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด



ที่มาและความสำคัญ

อำเภออาจสามารถในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มปัญหาการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2565 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 32 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย คิดเป็น 6.79 ต่อแสนประชากร และในปี 2566 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 23 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 9 ราย คิดเป็น 12.23 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีวัยรุ่นอายุ 15-25 ปี พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จโดยกินยาพาราเกินขนาด จำนวน 17 ราย คิดเป็น 53.13% ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการค้นหาคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายเชิงรุกในประชาชน 3 กลุ่มต่อไป และยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท และซึมเศร้าจำนวน 619 ราย โดยแยก สีเขียว 518 คน สีเหลือง 82 คนและสีแดง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 83.68, 13.25 และ 3.07 ตามลำดับ อำเภออาจสามารถจึงกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “คนไทยมีหมอประจำตัวหรือ 3 หมอ” ที่ผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด



กระบวนการทำงาน

- มีการใช้โปรแกรมวัดดัชนีในชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออาจสามารถ และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ
- นำหลักการทีม 3 หมอมาใช้ดังนี้ อสม. หมอประจำบ้าน จะเป็นด่านหน้าที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชน กลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ต้องสามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ได้ รพ.สต. หมอสาธารณสุข จะเป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสม. ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนประสานความช่วยเหลือทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือการคัดกรอง/ค้นหา ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย Assist หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุราเข้ารับการรักษา

รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพติด เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ด้วย 8Q ทุกหนึ่งเดือน เพิ่มการคัดกรอง 2Q plus NCD คลินิก และฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยง ให้เฝ้าระวังสัญญาณเตือน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมอครอบครัว จะเป็นผู้นิยามให้การดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย ที่ครอบคลุมไม่เฉพาะปัญหาทางจิตเวช แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยทางครอบครัว สังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับแพทย์เฉพาะทางได้

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และยาเสพติดในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ
- ติดตามและเฝ้าระวังครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างต่อเนื่องในชุมชน ครบ 100% ไม่มีการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชนเกิดตัวชี้สนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือบูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ
- ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยทีม 3 หมอ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

โรงพยาบาลขุนหาญ ตำบลลิ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้เขียนผลงาน นางชนิตา พานจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวรุ่งนภา สีหบุตร นักจิตวิทยาคลินิก
ปฏิบัติการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขุนหาญ ตำบลลิ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ



ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2561-2567 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.8, 5.6, 4.05, 8.08, 7.2, 7.4 และ 3.31 ต่อประชากรแสนคน อำเภอขุนหาญ ปี 2561-2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 11.6, 5.7, 5.7, 4.6, 10.2 และ 8.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาบริบทของพื้นที่เน้นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของคนในชุมชน ดำเนินกิจกรรมโดยภาคีเครือข่าย เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่



กระบวนการทำงาน

1. นำเข้าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อแจ้งสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต โดยชี้ให้เห็นถึงการสูญเสีย และผลกระทบที่เกิดขึ้น ในภาพรวมของชุมชนอำเภอขุนหาญ และทบทวนบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง โดยปี 2567 อำเภอขุนหาญได้เข้าร่วม Healthy City MODELS (ชุมชนแห่งสุขภาพ ที่มีระบบการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ ให้มีสุขภาพดี)
2. สร้างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิต ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ
3. จัดทำโครงการเชิงนโยบาย และโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย เพื่อทราบบทบาทและแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งอำเภอ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแล ส่งต่อ พันฟู รวมถึงมีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล
4. นำวัคซีนใจมาใช้ในชุมชน เพื่อสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง สุข สงบปลอดภัย ช่วยดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ป้องกันการฆ่าตัวตาย ลดการตีตราในผู้ป่วยจิตเวช
5. จัดช่องทางการให้บริการโดยสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย ด้วยระบบดิจิทัลเทคโนโลยี เช่น ช่องทางการเข้ารับบริการ การนัดหมาย การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิต ช่องทางบริการจิตเวชฉุกเฉิน
6. นำมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Mental Health Service in Primary Care Unit) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ โดยจัดบริการฉุกเฉิน คลินิกโรคทางกาย คลินิกสุขภาพจิตและการบริการในชุมชน

7. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ทีม 3 หมอ เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้ เครื่องมือ แบบประเมิน 2Q Plus, ST5, Mental Health Check In, แบบคัดกรองโรคจิต แบบการเยี่ยมบ้าน 10 ด้าน แบบประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น

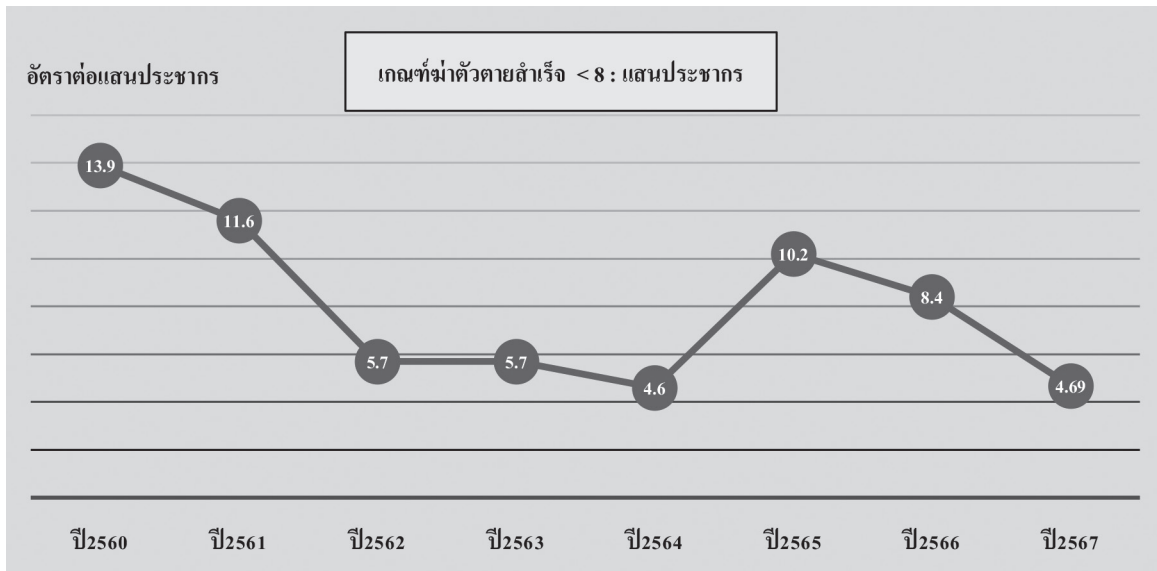
8. นำงานวิจัยและนวัตกรรม มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ป้องกันการฆ่าตัวตาย



ผลลัพธ์ถึงประชาชน



อัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดลดลง



ที่มา : ระบบรายงาน 506S จังหวัดศรีสะเกษ



ปัจจัยความสำเร็จ



ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย ของคนในชุมชนโดยใช้พลังชุมชน





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

“3 หมอชาวนาแผนพลัง” ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในชุมชน

โรงพยาบาลชานุมาน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ผู้เขียนผลงาน นางสาวลภัสรินทร์ ภาคนิโรจน์วัณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชานุมาน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอชานุมานมีปัญหาสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่คือ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยาเสพติดและปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงได้ถูกกำหนดให้เป็นโรคยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาโรงพยาบาล ปี 2566-2570 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดสูงสุดอยู่ที่อำเภอชานุมาน (18.16 ต่อแสนประชากร) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ การเสพยาเสพติด ซึ่งปัญหายาเสพติดของอำเภอชานุมานตามแนวชายแดนนั้นมีความซับซ้อนทางด้านภูมิศาสตร์ในการแก้ไข ปัญหา การประกอบอาชีพ รวมถึงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดการว่างงานขึ้นจนทำให้เกิดภาวะโรคซึมเศร้า ทางคณะกรรมการ พชอ.ชานุมาน คปสอ.ชานุมาน กกบ. โรงพยาบาลชานุมาน และทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดจึงได้ขับเคลื่อน แก้ไขปัญหาดังกล่าวในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอประกอบด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจ เป็นที่ไว้วางใจของคนอำเภอชานุมานเพิ่มการเข้าถึงด้านการคัดกรองสุขภาพจิตมากขึ้น การเข้าถึงสื่อที่ทันสมัย ระบบส่งต่อเชื่อมโยงไร้รอยต่อ การประสานงานที่สะดวกรวดเร็ว สร้างกระบวนการและสื่อสารข้อมูลในทีมที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องทันเวลา



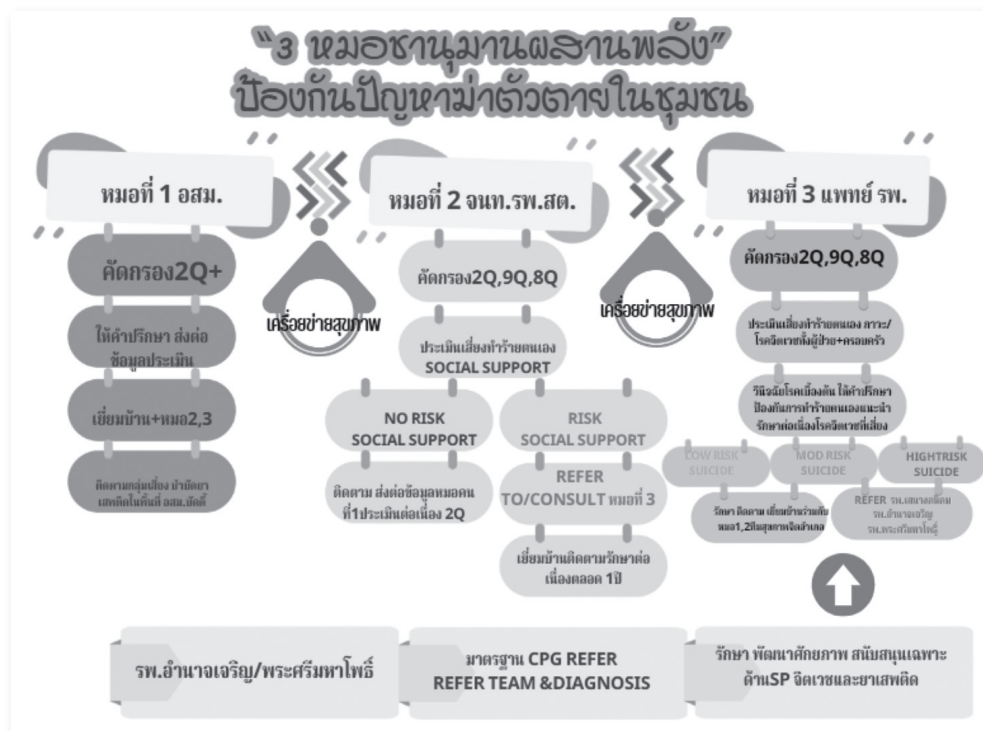
กระบวนการทำงาน

หมอคนที่ 1 อสม.อำเภอชานุมาน บทบาทหน้าที่ คัดกรองสัญญาณเตือนในกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบประเมิน 2Q+ (มีสมรรถนะในการใช้ระบบ Smart phone) ให้คำปรึกษาและส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ.ช. ผ่านระบบ line App 3. ดูแลติดตามผู้เข้าสู่ระบบบำบัดยาเสพติดในชุมชนแบบ อสม.บัดดี้ (ผ่านการประเมินศักยภาพการดูแลผู้ติดยาเสพติดจากทีมสุขภาพจิตระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ) เยี่ยมบ้านติดตามรักษาต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพ.สต.ตลอด 1 ปีหรือตามเกณฑ์การดูแลกลุ่มเสี่ยง

หมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต.อำเภอชานุมาน ค้นหาคัดกรองสัญญาณเตือนใช้ข้อมูลจากหมอคนที่ 1 ประเมินเสี่ยงทำร้าย ด้วย 2Q 9Q 8Q ตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง Social support ไม่เสี่ยงทำร้ายตนเองให้กำลังใจสร้างพลังบวกในความคิดช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ติดตามเมื่อครบ 1 ปี หากพบความเสี่ยง ทำร้ายตนเองให้คำปรึกษา

ช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ประสานและส่งต่อ ระบบข้อมูลไปยังหมอคนที่ 3 หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คืบข้อมูลหมอคนที่ 1 เยี่ยมบ้านประเมิน 2Q 9Q 8Q ตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงตลอดระยะเวลา 1 ปี

หมอคนที่ 3 แพทย์ โรงพยาบาล คัดกรองสัญญาณเตือนในกลุ่มเสี่ยง ประเมินเสี่ยงทำร้ายตนเอง ภาวะโรคจิตเวชทั้งผู้ป่วยครอบครัวที่ทำให้เสี่ยงฆ่าตัวตาย วินิจฉัยโรคเบื้องต้นให้คำปรึกษาป้องกันการทำร้ายตนเองดูแลเบื้องต้นและการรักษาต่อเนื่อง โรคจิตเวชที่เสี่ยง 3 ระดับ LowRisk Suicide, ModRisk Suicide, highRisk Suicide เยี่ยมบ้านประเมิน 2Q 9Q 8Q ตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง การรักษาต่อเนื่องทุก ๆ สัปดาห์และรับรักษาในโรงพยาบาล



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอชานุมานมีแนวโน้มลดลงจากสถิติปีงบประมาณ 2564-2567 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 18.16, 2.38, 11.92, 0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การติดตามพยายามฆ่าตัวตายซ้ำตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2567 ร้อยละ 100 ทุกปี และยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการผ่านเกณฑ์ทุกปีตั้งแต่ปี 2564-2567 มากกว่าร้อยละ 80 ทุกปี ร้อยละความพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงานในกลุ่มเครือข่าย 3 หมอ ร้อยละ 96.45 กลุ่มผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจร้อยละ 94.25 กลุ่มเครือข่ายสนับสนุนรณรงค์รณรงค์ ร้อยละ 87.56

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การดำเนินงานนโยบายที่ขับเคลื่อนตั้งแต่ระดับนายอำเภอถึงผู้บริหารทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ
2. การสื่อสารประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพและขับเคลื่อนจากข้อมูล สะท้อนผล สถานการณ์ของอำเภอสองทาง ของทีม สสอ.ชานุมาน และสุขภาพจิตชานุมาน

3. การสร้างกระแสและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว สื่อบุคคล อาทิ เจ้าคณะอำเภอชานุมาน
นักร้องไมค์ดวลเพลง น้องแอมชลธิชา

4. ทีมสุขภาพทั้ง 3 ทีมให้ความร่วมมือ

5. การสร้างสมรรถนะเฉพาะด้านให้กับ 3 หมอ โดยเฉพาะหมอ อสม.

6. การแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนและสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

CRRU CARE

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ผู้เขียนผลงาน นางสาวนภาพร อัญญะ

นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย



ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันสถานการณ์การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตคนไทยมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มของนักเรียนนักศึกษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ทั้งมิติทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในสังคมที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเครียด การเกิดโรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และในบางกรณีนำมาซึ่งการสูญเสียจากการทำร้ายตนเอง การดูแลช่วยเหลือนักศึกษา จึงเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ให้นักศึกษาได้พัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่และมีภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่เข้มแข็ง มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีทักษะการดำรงชีวิตและรอดพ้นจากวิกฤติต่าง ๆ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จึงได้คัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นของนักศึกษา ในปีการศึกษา 2566 ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.73 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.50 ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายสามารถที่จะเติบโตและพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มหาวิทยาลัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้วยการบูรณาการทั้งด้านสังคม อารมณ์ ร่างกาย และสติปัญญา ด้วย “การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา” โดยการบูรณาการภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่เหมาะสม อันจะช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวและศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยได้อย่างราบรื่นจนสำเร็จการศึกษา เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพต่อไป



กระบวนการทำงาน

➢ **ระยะก่อนดำเนินการ** เป็นการวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดนโยบายและสร้างความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความเข้าใจ และสร้างแนวทางที่ถูกต้องร่วมกันของผู้บริหารและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการให้คำปรึกษาภายในมหาวิทยาลัย

➤ **ระยะดำเนินการ** เป็นการปฏิบัติงานตามแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 3 การรู้จักนักศึกษาเป็นรายบุคคล จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นนักศึกษา โดยการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานจะให้นักศึกษาทุกคน กรอกข้อมูลส่วนตัวผ่านระบบ ADMISSION ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ขั้นตอนที่ 4 การสำรวจและคัดกรองนักศึกษา โดยมหาวิทยาลัยได้คัดกรองนักศึกษา ด้วยโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจสุขภาพใจ

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนปฏิบัติการ โดยการนำข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นดังกล่าวมาจัดแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มตามพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 6 การส่งเสริมเพื่อพัฒนาและการป้องกัน มีการจัดโครงการและกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 7 ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการส่งต่อ ดำเนินงานร่วมกันระหว่างคณะทำงานสหวิชาชีพภายในมหาวิทยาลัยและภาคีเครือข่ายภายนอกมหาวิทยาลัย

➤ **ระยะหลังดำเนินการ** เป็นการสรุปผลการดำเนินงาน และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 8 การติดตาม ประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 9 สรุปผลการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไข



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ปีการศึกษา 2566 นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น จำนวน 1,954 ราย ด้วยโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจสุขภาพใจ ที่ได้รับความอนุเคราะห์จากกรมสุขภาพจิต โดยแยกเป็นนักศึกษากลุ่มปกติ จำนวน 1,784 ราย นักศึกษากลุ่มเสี่ยง จำนวน 170 ราย ซึ่งมหาวิทยาลัยให้บริการให้คำปรึกษาและส่งต่อในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้เรียบร้อยแล้ว

นวัตกรรมเด่น แอปพลิเคชัน CRRU CARE



CRRU CARE เป็นแอปพลิเคชันหนึ่งที่เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น แบบวัดความเครียด ดัชนีชี้วัดความสุข แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย แอปพลิเคชันดังกล่าวพัฒนาขึ้นโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขภาพจิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตใจ ให้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ นักศึกษาสามารถดาวน์โหลดและล็อกอินใช้บริการได้เพียงลงทะเบียนผ่านจากระบบนักศึกษาของแต่ละคน และยังสามารถนัดหมายบริการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันดังกล่าวได้เช่นกัน



ปัจจัยความสำเร็จ

คือการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

ศูนย์บริการให้การปรึกษานิสิต เป็นหน่วยงานภายใต้กองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

ผู้เขียนผลงาน นางสาวมณฑา อนุรัตน์ศรี

นักจิตวิทยาประจำศูนย์บริการให้การปรึกษานิสิต กองกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี



ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยบูรพากำหนดนโยบายเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพองค์รวม (กาย ใจ สังคม) มีนโยบายและระบบสนับสนุนให้เกิดมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับการกำหนดทิศทางการดำเนินงานหลักในการมุ่งสู่เป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals) SDG3 : Good Health and Well-being สนับสนุนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการยกระดับมาตรฐานงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการสร้างเสริมจิตสำนึก และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมการอบรมและการจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง และต่อเนื่องแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ามหาวิทยาลัยบูรพามุ่งเน้นการเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพความเข้มแข็งทางจิตใจอย่างมั่นคงและยั่งยืน เพื่อให้บัณฑิตมีภูมิคุ้มกันใจ เมื่อต้องเผชิญกับความยุ่งยากภายในจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข โดยมีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาวะทางจิตใจ และการเสริมศักยภาพทางจิตใจ ตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก เช่น ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค (Problem solving power) โดยการส่งเสริมให้นิสิตมีความสามารถในการกระบวนการทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่ จนสามารถผลักดันตนเองให้มีพลังความคิดทางบวก มีความหวังที่จะเอาชนะต่อปัญหา มีร่างกาย แรงใจไม่ย่อท้อ พินฝ่า จัดการกับปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นไปได้ จึงจัดตั้งศูนย์บริการให้การปรึกษา ให้เป็นศูนย์กลางการให้ความช่วยเหลือนิสิตที่ประสบปัญหาในด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านการเรียน การปรับตัว ความเครียด ความวิตกกังวล ฯลฯ เป็นต้น สามารถจัดการปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยจัดสถานที่สภาพแวดล้อมที่นิสิตสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความเป็นส่วนตัว ปลอดภัย อบอุ่น โดยยึดหลักตามจรรยาบรรณวิชาชีพการรักษาความลับของผู้รับบริการเป็นสำคัญ และเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความรู้ ทักษะการให้คำปรึกษา กระบวนการช่วยเหลือ การส่งต่อ การจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาวะทางจิตใจ แก่ นิสิต ผู้นำนิสิต อาจารย์ ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ฝ่ายกิจการนิสิตคณะ



กระบวนการทำงาน



ศูนย์บริการให้การปรึกษานิสิต เป็นหน่วยงานภายใต้กองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา มีหน้าที่ให้บริการด้านจิตวิทยาเพื่อดูแลจิตใจนิสิตให้มีสุขภาพทางกาย ใจ สังคมที่ดี สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข โดยบริการของศูนย์ให้การปรึกษาประกอบด้วย

1. บริการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่นิสิตที่ประสบปัญหาทางด้านต่าง ๆ ในชีวิต เช่น การเรียน ความเครียด ความวิตกกังวล ความสัมพันธ์ พฤติกรรม ฯลฯ ให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคล/กลุ่ม และการปรึกษาคอครบถ้วน โดยนักจิตวิทยาเป็นผู้รับฟังปัญหา เพื่อหาทางออกร่วมกัน
2. จัดโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างทักษะให้นิสิตได้พัฒนาตนเองในรูปแบบกิจกรรม Workshop ย่อยที่หลากหลาย โดยผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ด้านต่าง ๆ
3. จัดโครงการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา การดูแลช่วยเหลือนิสิตที่ประสบปัญหาทางด้านจิตใจ และระบบการส่งต่อความช่วยเหลือนิสิตกรณีภาวะทางโรคจิตเวช ให้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา บุคลากรด้านกิจการนิสิต
4. ให้ความรู้ด้านจิตวิทยาและการให้บริการปรึกษาในโครงการปฐมนิเทศนิสิตใหม่ และโครงการเตรียมความพร้อมให้นิสิตก่อนการฝึกปฏิบัติการประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อการดูแลจิตใจตนเอง
5. จัดโปรแกรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตใจสำหรับนิสิต เพื่อเสริมสร้างทักษะทางจิตใจให้นิสิตมีภูมิคุ้มกัน ที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้
6. บริการแบบประเมินสุขภาพจิต ตัวอย่างแบบประเมินที่ใช้ แบบประเมินสุขภาพจิต (TMHQ) ใช้สำหรับคัดกรองสุขภาพจิตของนิสิตแรกเข้าในทุกปีการศึกษา/แบบประเมินความเครียด/แบบประเมิน Mental Check-In/แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
7. เผยแพร่ข้อมูลทางจิตวิทยา การดูแลจิตใจในประเด็นต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจและจัดการปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง
8. มีระบบการส่งต่อให้ความช่วยเหลือให้นิสิตที่มีภาวะทางจิตเวชกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเครือข่าย
9. มีแผนปฏิบัติงานการช่วยเหลือและรับมือกับเหตุภาวะวิกฤติทางจิตใจ (SOP) โดยมีเครือข่ายการทำงานร่วมกันทุกส่วนงานภายในมหาวิทยาลัย
10. มีเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานภายใน และภายนอกมหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการ คณะทำงาน ติดตาม เฝ้าระวัง เพื่อให้การทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ



ผลลัพธ์ถึงประชาชน



นิสิตมีพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุย มีองค์ความรู้การดูแลเยียวยารักษาใจตนจากการฝึกโปรแกรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตใจ และโครงการต่าง ๆ มีทักษะในการรับมือกับปัญหาและสามารถผ่านพ้นปัญหาไปได้อย่างเหมาะสม มีความรู้สึกมั่นคงทางใจ เชื่อในคุณค่าและความสามารถของตน สามารถจัดการกับอารมณ์ของตัวเองได้



ปัจจัยความสำเร็จ



ผู้บริหารมีนโยบายให้ความสำคัญกับงานการดูแลสุขภาพจิตนิสิต/มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง/มีแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือและรับมือเหตุภาวะวิกฤติทางจิตใจที่เป็นระบบ/มีสถานที่และระบบการดูแล ส่งต่อ เยียวยารักษา จนนิสิตสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

กิจกรรมสร้างสุขวัยทำงานในสถานประกอบการ บริษัท น้ำตาลพิษณุโลก จำกัด
บริษัท น้ำตาลพิษณุโลก จำกัด ตำบลไผ่ล้อม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก



ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน กลุ่มคนวัยทำงานจึงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรทำให้เกิดการพัฒนา ประเทศ และในช่วงปีที่ผ่านมาพบว่าการรูปแบบการทำงานที่ปรับเปลี่ยน จากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และจากสถานการณ์ของโรคระบาดโควิด 19 ทำให้ผู้คนมี ภาวะเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และดูจะเป็นปัญหาสุขภาพทางใจที่คนส่วนใหญ่ต้องเผชิญ ทำให้แรงงานประสบกับปัญหาหารายได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานในระบบภาคการผลิตที่กระจายตัวทำงานในอุตสาหกรรมประเภทต่าง ๆ ดังนั้นสถานประกอบการจึงควรมีระบบการดูแลสุขภาพใจของพนักงานควบคู่ไปกับสุขภาพกาย เพราะหากพนักงานมีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ก็จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จากผลการประเมินความเครียดและสุขภาพหลอดเลือดด้วยเครื่องตรวจ Biofeedback ขององค์กรในปี 2567 พบว่าพนักงานมีความเครียดทางด้านร่างกายในระดับสูงร้อยละ 23.48 ความเครียดทางด้านจิตใจในระดับสูงร้อยละ 9.57 และมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 14 คน บริษัท น้ำตาลพิษณุโลก จำกัด ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ตลอดจนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดโครงการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตสร้างสุขในองค์กรขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพพนักงานในองค์กร ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชากรวัยแรงงานในสถานประกอบการตามบริบทของพื้นที่และสามารถให้การดูแลพนักงานกลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขเพื่อตรวจวินิจฉัยรักษา



กระบวนการทำงาน

1. การจัดตั้งคณะทำงาน
2. ประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรม/โครงการในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างสุขในองค์กร
 - 2.1 วางแผนและเตรียมการดำเนินโครงการ
 - 2.2 ออกแบบกิจกรรมสร้างสุขในที่ทำงาน

การส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ

- มีการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อการผ่อนคลายความเครียด และส่งเสริมความสามัคคีของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กิจกรรมกีฬาสาธตสูท ด้านภยยาเสพติด กิจกรรม ร้องเล่น เต้น แสดงกิจกรรมสุขภาพกายพร้อมสุขภาพจิตพร้อม มีสตีก่อนปฏิบัติงาน กิจกรรม ทำบุญเดือนเกิดสร้างสุขให้กับพนักงาน

- มีการจัดกิจกรรมเพื่อชุมชน ได้แก่ กิจกรรมวันเด็กแห่งชาติ ด้านภยยาเสพติด วันสงกรานต์

การส่งเสริมสุขภาพจิต

- จัดสถานที่ดูแลเด็กเล็กซึ่งเป็นบุตรหลานของผู้ปฏิบัติงานและจัดมุมให้นมแม่
- มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ ให้ความรู้สุขภาพจิต เปิดเสียงตามสาย
- มีการจัดประเมินความเครียดและสุขภาพหลอดเลือด ด้วยเครื่องตรวจ Biofeedback
- มีการประสานและส่งต่อในกรณีผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาที่ต้องการได้รับการปรึกษา เช่น

มีความเครียดรุนแรง ซึมเศร้า ติดสุรา

การเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติการ

- สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ค่าตอบแทน มอบทุนการศึกษาให้บุตรพนักงาน
- มอบรางวัลและเกียรติบัตรให้ผู้ปฏิบัติงานดีเด่นและทำจิตสาธารณะ
- เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนและสังคม ได้แก่ จิตอาสา

ซ่อมแซมปรับปรุงโรงเรียน เพื่อน้อง ๆ เลี้ยงอาหารกลางวันเด็ก

3. ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขในองค์กรตามแผนและสรุปผลการดำเนินงาน



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. พนักงานได้รับการคัดกรองตามระบบ MENTAL HEALTH CHECK IN ร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม ร้อยละ 80
2. พนักงานได้รับการตรวจประเมินความเครียดและสุขภาพหลอดเลือด ด้วยเครื่องตรวจ Biofeedback ร้อยละ 100
3. พนักงานมีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 76.52
4. พนักงานเข้าร่วมกิจกรรมโครงการสร้างสุขในองค์กร ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 90



ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารของบริษัทให้ความสำคัญในการดำเนินกิจกรรม และการดูแลพนักงานมีสุขภาพกาย ใจที่ดี พนักงานทำงานได้อย่างมีความสุขที่แท้จริง การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นส่วนสำคัญยิ่ง เพราะถ้าผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุน โอกาสการขับเคลื่อนการดำเนินงานของโครงการก็เป็นไปได้ยาก
2. พนักงานตระหนักถึงการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง จึงได้รับความร่วมมือที่ดีในการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในองค์กร



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

อ่างทองเวชการ 2 องค์การสุขภาพ

โรงพยาบาลอ่างทองเวชการ 2 อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ผู้เขียนผลงาน ภก.ประสาธ ลิมดุลย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทองเวชการ 2 (หมอประเจ็ด)



ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลอ่างทองเวชการ 2 เป็นสถานประกอบการเอกชนที่ให้บริการด้านสุขภาพ ขนาด 59 เตียง เปิดให้บริการมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 จนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลา 31 ปี นอกจากการบำบัดรักษาสุขภาพของประชาชนแล้ว โรงพยาบาลยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพกายของบุคลากร ซึ่งได้มีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง แต่ในระยะ 3 ปีหลัง กลับพบอัตราการลาออกของบุคลากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 บุคลากรลาออก จำนวน 40 คน ต่อมาในปี 2565 บุคลากรลาออก จำนวน 44 คน และปี 2566 บุคลากรลาออก จำนวน 52 คน ผู้บริหารของโรงพยาบาล จึงได้ประชุมปรึกษาหารือร่วมกับฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเริ่มจากการสอบถามบุคลากร พบว่า บุคลากรต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาในการทำงาน และปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และความจดจ่อในการทำงาน จนมีความรู้สึกเบื่อหน่ายและอยากลาออกจากองค์กรในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพจิตในองค์กรที่พบว่า บุคลากรมีภาวะหมดไฟในระดับมาก จำนวนสูงถึง 35 ราย (ร้อยละ 21.9) โรงพยาบาลอ่างทองเวชการ 2 ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตบุคลากร ซึ่งมีส่วนสำคัญต่ออัตราการอยู่ของบุคลากรในหน่วยงาน (Retention Rate) จึงได้ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในหน่วยงานขึ้น เพื่อให้บุคลากรได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต และผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ



กระบวนการทำงาน

การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลอ่างทองเวชการ 2 รายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มงานทรัพยากรมนุษย์ จัดตั้งคณะทำงานในโรงพยาบาลขึ้น โดยมีผู้อำนวยการเป็นหัวหน้าทีม และกลุ่มงานวิสัญญีเป็นเลขานุการ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการลาออกของบุคลากร และเสริมสร้างความสุขในองค์กร

2. ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิตระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ในการวางแผน การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4

3. ดำเนินการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากนั้น นำมาวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ บุคลากร เพื่อนำวางแผนการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยผลการคัดกรองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย แบบคัดกรองความเครียด เสี่ยงซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 160 คน นำข้อมูลดังกล่าวมา จำแนก กลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับตามสี ได้แก่

- กลุ่มสีเขียว หมายถึง กลุ่มที่ไม่พบความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต พบจำนวน 98 ราย (ร้อยละ 61.25)
- กลุ่มสีเหลือง หมายถึง กลุ่มที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ มีความเสี่ยง ซึมเศร้ามากกว่า 7 คะแนน จำนวน 14 ราย มีความเครียด เครียดมาก-มากที่สุด จำนวน 10 ราย มีภาวะหมดไฟ ในระดับมาก จำนวน 35 ราย รวมทั้งสิ้น 59 ราย (ร้อยละ 36.87)
- กลุ่มสีแดง หมายถึง บุคลากรมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อยขึ้นไป พบจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.88)

4. จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้แก่บุคลากรตามระดับความเสี่ยง ดังนี้

- แขนงนำสร้างสุขได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพจิตบุคลากร ผ่านกิจกรรมสร้างสุข วยทำงานในสถานประกอบการ ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง และโรงพยาบาล อ่างทอง
- กลุ่มสีเขียว สีเหลือง ได้มีการสื่อสารความรู้ในการดูแลสุขภาพใจแก่บุคลากร ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ บอร์ดความรู้ สื่อออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line, Facebook, TikTok
- กลุ่มสีแดง ได้มีการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ในการส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต ภายใน 1 สัปดาห์



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ร้อยละ 100 ของบุคลากรที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยการสื่อสารความรู้ ผ่านช่องทางต่าง ๆ ให้สุขภาพจิตศึกษา และเข้าสู่ระบบการรักษาของโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้บุคลากร ในกลุ่มสีเหลือง ลดลงจากเดิม 59 ราย เหลือเพียง 20 ราย โดยยังพบความเครียดสูง จำนวน 4 ราย เสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 9 ราย มีภาวะหมดไฟ จำนวน 7 ราย ส่วนกลุ่มสีแดง อยู่ระหว่างการติดตามใกล้ชิด จำนวน 1 ราย

อัตราการลาออกของบุคลากรลดลงจากในปี 2566 พบจำนวน 52 ราย เหลือเพียง 19 ราย ในปี 2567



ปัจจัยความสำเร็จ

➢ ผู้บริหารโรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากร ในหน่วยงาน จึงได้แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานเพื่อเสริมสร้างความสุขในองค์กรขึ้น และเริ่มวางระบบการค้นหา เผื่อระวัง ปัญหาสุขภาพจิตบุคลากรขึ้น

➢ การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกหน่วยงาน การร่วมกันวางแผนดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันทีทันที่





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

สร้างสุขใจให้สุขเป็น@หลักห้า

เทศบาลตำบลหลักห้า อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร



ที่มาและความสำคัญ

เทศบาลตำบลหลักห้า อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร รับผิดชอบพื้นที่ 125.57 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยเขตการปกครองทั้งหมด 4 ตำบล 41 หมู่บ้าน ได้แก่ตำบลโรงเข้ ตำบลยกกระบัตร ตำบลหนองบัว และตำบลหนองสองห้อง มีประชากรทั้งสิ้น 42,254 คน มีโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ 13 โรงเรียน วัด 12 วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สาขาหลักห้า 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง เป็นเทศบาลตำบลขนาดใหญ่ มีข้าราชการ 70 คน ลูกจ้างประจำ 3 คน พนักงานจ้างตามภารกิจและทั่วไป 145 คน รวมทั้งสิ้น 218 คน ตามสภาพปัญหาสังคมไทยในปัจจุบันต้องเผชิญกับสถานการณ์ของโรคระบาด ภาวะความผันผวนของเศรษฐกิจ ตลอดจนการปิดตัวของสถานประกอบการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น พืชผลทางการเกษตรราคาตกต่ำ ผลผลิตไม่ได้ตามต้องการ ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์เหล่านี้มีความเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น รวมถึงบุคลากรของเทศบาลตำบลหลักห้า ที่มีภารกิจในการจัดการ แก้ไขปัญหาในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งความเครียดสะสม ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน (Burn out) และภาวะซึมเศร้า เทศบาลตำบลหลักห้าจึงได้ดำเนินการโดยการคัดกรองแบบประเมินความสุขคนไทยปี 2564 สำหรับบุคลากรของเทศบาล พบว่ามีความสุขน้อยร้อยละ 30.77 มีความสุขปานกลางร้อยละ 62.64 มีความสุขมากร้อยละ 6.59 เนื่องจากงานที่เยอะ พื้นที่กว้าง พนักงานมีไม่เพียงพอ พนักงานไม่มีกำลังใจในการทำงานประกอบกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด 201 เทศบาลตำบลหลักห้าจึงได้บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการทำงานทั้งภาครัฐ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 สมุทรสงคราม สสจ.สมุทรสาคร สสอ. โรงเรียน ฯลฯ ภาคเอกชน อาทิ มูลนิธิแพชท์เฮลท์ (P2H) วัด ผู้นำชุมชนและพี่น้องประชาชนในนาม “สุขเป็น @หลักห้า”



กระบวนการทำงาน

1. แสวงหาเครือข่าย เพื่อดึงเป็นทีม “สุขเป็น @หลักห้า” โดยมีทีมงานที่ปรึกษาและคณะทำงานที่ชัดเจน มีศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 สมุทรสงคราม ที่มีความรู้ด้านวิชาการในการดำเนินการ มูลนิธิแพชท์เฮลท์ (P2H) ที่มีรูปแบบและกลวิธีที่สื่อสารงานด้านสุขภาพจิตลงสู่กลุ่มเป้าหมายได้ง่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีเจ้าหน้าที่และทีมงานพร้อมที่จะลงพื้นที่ วัด โรงเรียน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครสนับสนุนข้อมูลและสถิติที่ผ่านมา เทศบาลตำบลหลักห้า เป็นแกนนำในการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งด้านการประสาน สนับสนุนงบประมาณ กำกับดูแล ฯลฯ

2. บูรณาการแผนงานโครงการและทรัพยากรในชุมชน โดยใช้หลัก 5 ท. คือ “ทีม (รวบรวมแผนงานของแต่ละกองงานในสำนักงาน) ทุน (ระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกัน เพื่อเป้าหมายเดียวกัน) ทำ (สร้างกระบวนการดำเนินงานโดยความร่วมมือทุกภาคส่วน ททท.ทำทันที) ทน (อดทน ยอมรับ ปรับปรุงแก้ไข ตามหลัก P-D-C-A) และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย (พัฒนาทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัย)

3. ใช้กลยุทธ์ P-I-R-A-B ในการลดรอยต่อจากการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายแสวงหาภาคีเครือข่ายทีมงาน ที่พร้อมทั้งกำลังกาย กำลังสติปัญญา รวมถึงกำลังทรัพยากร (Partnership) ทำการกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมงาน พร้อมมอบหมายภารกิจให้ชัดเจน (Invest) ใช้พลังบาร์มี “สุขเป็น ๑หลักห้า” ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาของเทศบาล (Regulation) ชี้ชัดและกำหนดประเด็นปัญหาของพนักงานเอง (Advocacy) ดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Building capacity) หากปัญหาหมดไป ก็สร้างกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

จากผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2564-ปัจจุบัน ข้อมูลด้านสุขภาพจิตพบว่าพนักงานเทศบาลมีความสุขน้อย ร้อยละ 19.73 มีความสุขปานกลางร้อยละ 59.17 มีความสุขมากร้อยละ 21.10 พนักงานเทศบาลมีความสุขเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการปรับอัตราค่าจ้างของพนักงานและรับสมัครพนักงานมาเพิ่มมากขึ้น มีคนช่วยทำงาน มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีการจัดให้พนักงานมีรายได้เสริม และมีเงินโบนัสให้กับพนักงานที่ผ่านเกณฑ์ (เงินประโยชน์ตอบแทนอันเป็นกรณีพิเศษ สามารถลดผลกระทบของพนักงานจากสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านความขัดแย้งของสังคมและมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีขึ้น

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าการเข้ารับการรักษาศัลยกรรมสุขภาพใจโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เนื่องจากมีภาวะเครียดทั้งสิ้น 133 คน เป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าเป็นผู้ป่วยสีเขียว (ควบคุมตนเองได้ รับประทานยาประจำ ไม่คลุ้มคลั่ง) จำนวน 41 คน ผู้ป่วยสีเหลือง (ควบคุมตนเองได้ระดับหนึ่ง ขาดยา มีประวัติคลุ้มคลั่งมาก่อน) จำนวน 14 รายและผู้ป่วยสีแดง (ขาดยามานานเกิน 3 เดือน/คลุ้มคลั่ง/ควบคุมตนเองไม่ได้ จำนวน 0 ราย ผู้ป่วยติดสารเสพติด จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น 198 คน จากประชากรทั้งสิ้น 14,589 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.36 ลดลงถึงร้อยละ 0.30 ผู้ป่วยสีแดงหมดไปเหลือร้อยละ 0

นวัตกรรมเด่น | Massage เสริมกำลังใจ อิต ฮิต สู้ เป็นการใช้ข้อความในการสื่อสารให้พนักงานในองค์กรเข้าใจตรงกัน เสริมกำลังใจ โดยเปลี่ยนข้อความที่ไม่ดี บูลลี่ ตัดพ้อ ทำให้ท้อแท้และหมดกำลังใจ มาใช้ข้อความดี ๆ ไม่บูลลี่กัน ไม่ตัดพ้อ ไม่ทำให้คนที่ฟังท้อแท้และหมดกำลังใจ เจอกันทักทายและให้กำลังใจกันและ



ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จเป็นเกราะเสริมที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานเพื่อลดรอยต่อของปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น 5 ปัจจัย คือ “Key man” ค้นหาบุคคลสำคัญและวิสัยทัศน์ของแกนนำ “Process” สร้างกระบวนการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ของภาคีเครือข่ายและประชาชน “Performance” สรรหาและใช้ทรัพยากรตามบริบทพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด “Indicator” สร้างตัวชี้วัดความสำเร็จที่ตอบโจทย์ความต้องการของภาคีเครือข่าย/ประชาชน และ “Innovation” ทุกกระบวนการต้องมีการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่เสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานยิ่งขึ้นไป พร้อมทั้งความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้บริหารสูงสุดคือนางขวัญดวง สมนัส นายกเทศมนตรีตำบลหลักห้าและพนักงานทุกคนของเทศบาลตำบลหลักห้า



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจอย่างยั่งยืน

บริษัท พุจิตส์ เจเนอรัล แอร์คอนดิชันนิงอาร์แอนด์ดี (ประเทศไทย) จำกัด จังหวัดชลบุรี รอไฟล์

ผู้เขียนผลงาน นางรัตนพร เสงพันธ์ จป.วิชาชีพ

หน่วยงานความปลอดภัย บริษัท พุจิตส์ เจเนอรัล แอร์คอนดิชันนิงอาร์แอนด์ดี (ประเทศไทย) จำกัด



ที่มาและความสำคัญ

บริษัท พุจิตส์ เจเนอรัล แอร์คอนดิชันนิงอาร์แอนด์ดี (ประเทศไทย) จำกัด ประกอบธุรกิจประเภท ออกแบบ วิจัย พัฒนา เครื่องปรับอากาศ ชิ้นส่วนและอะไหล่ หรืออุปกรณ์เครื่องปรับอากาศ ตั้งอยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี โดยองค์กรมีความมุ่งมั่นด้านการเป็นหนึ่งในทีมงานพัฒนา เครื่องปรับอากาศ จึงได้คัดสรรบุคลากรคุณภาพเข้าร่วม เป็นหนึ่งในทีมงานเดียวกัน ทั้งนี้บุคลากร จึงมีความมุ่งมั่นต่องานที่ทำทำเพื่อสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ทำให้ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าอาจมีภาวะความเหนื่อยล้า หรือความเครียดสะสมจากการทำงาน ดังนั้น บริษัทฯ จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตใจ ของพนักงานและได้จัดทำโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ประจำปี 2566” ขึ้น



กระบวนการทำงาน

Phase 1 : Happy Working Age Programs in the workplace.

6 Modules : Happiness in Organization.

- 1 : Optimistic.
- 2 : Change to Mind.
- 3 : Mental Strong.
- 4 : Make the Culture to Happiness in Organization.
- 5 : Principles of Relax in the Life.
- 6 : Satisfaction to what you have.

มองโลกในแง่ดี
เปลี่ยนความคิด
ความเข้มแข็งทางจิตใจ
สร้างวัฒนธรรมสู่ความสุขในองค์กร
หลักการผ่อนคลายในการดำเนินชีวิต
ความพอใจในสิ่งที่มี

Input

Process

Output

1. Evaluate to Mental Health before & after join to activity.

ประเมินสุขภาพจิต ก่อน-หลัง ร่วมกิจกรรม

2. Follow up after join to activity 1 month.

ติดตามผลหลังร่วมกิจกรรม 1 เดือน

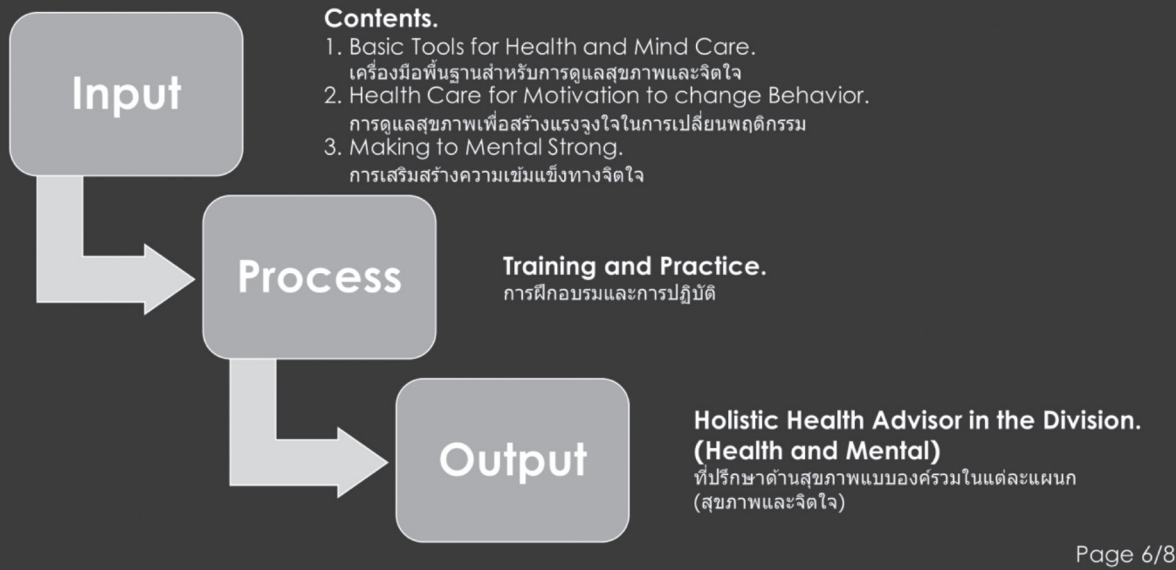
1. Happen New Attitude in the working.

เกิดทัศนคติใหม่ในการทำงาน

2. Make to Happiness by seeing self worth.

สร้างความสุขด้วยการเห็นคุณค่าในตนเอง

Phase 2 : Holistic Health Advisor.



ปัจจัยความสำเร็จ

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้บริหารในการจัดให้มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตใจให้แก่พนักงานและได้รับความร่วมมือจากพนักงานทุกคนในทุก ๆ การจัดให้มีกิจกรรม รวมถึงได้รับการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 ซึ่งได้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่ ระยะที่ 1 : โปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงาน ระยะที่ 2 : การเป็นที่ปรึกษาแบบองค์รวม และระยะที่ 3 : การดูแลจิตใจผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและตรวจวัดความเครียดด้วยเครื่อง Biofeedback ซึ่งยังมีการดำเนินอยู่จนถึงปัจจุบัน





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การสร้างพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า ด้วยวิถีชุมชนไทยพวน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

ผู้เขียนผลงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย



ที่มาและความสำคัญ

ชุมชนบ้านโพธิ์ตาก เป็นชุมชนขนาดเล็ก ประกอบไปด้วย 2 หมู่บ้าน 354 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 1,308 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนสูงถึง 267 คน คิดเป็นร้อยละ 20.41 ของประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้าน ลูกหลานไปทำงานที่อื่น ทำให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจนทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า วิดกกังวล รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด มีภาวะซึมเศร้า (depression) จนส่งผลให้เกิดปัญหาจิตเวชและปัญหาการฆ่าตัวตายตามมา จากการสำรวจพบผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง จำนวน 36 คน มีประวัติการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 1 ราย ผู้สูงอายุที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ราย จากข้อมูลในพื้นที่ ดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ตาก ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) จึงร่วมกันหาแนวทาง ในการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยการใช้วิถีชุมชน อันเป็นอัตลักษณ์ของชาวไทยพวน คือ การรักพวกพ้อง ความสามัคคี การยึดมั่นประเพณี โดยมีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ ร่วมกับการใช้หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ มาเป็นกระบวนการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า และปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน



กระบวนการทำงาน

1. การรวบรวมข้อมูล การประเมินปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุทางสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว การประเมินพื้นฐานการใช้ชีวิต การประกอบอาชีพ และปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุและญาติ
2. การประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุและญาติ โดยใช้กระบวนการให้ชุมชนมีส่วนร่วม
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ออกทำแบบประเมินตรวจสุขภาพใจให้กับผู้สูงอายุและญาติ ผ่าน application Mental Health Check In หากพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะให้คำแนะนำเบื้องต้น และแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. คัดกรองและส่งต่อการรักษาต่อไป

4. ดำเนินกิจกรรมวัคซีนใจในชุมชน (Community Mental Health Vaccine) โดยใช้หลัก 4 สร้าง คือ 1. สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) 2.สร้างความตระหนัก ไม่ตระหนก (Clam)

5. สร้างความหวัง (Hope) 4.สร้างความเข้าใจ ใส่ใจ และให้โอกาส (Care) ร่วมกับ 2 ใช้ คือ 1. ใช้ศักยภาพที่มีในชุมชน (Efficacy) โดยนำวิถีของชุมชนไทยพวนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่นการรวมตัวกันไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุ การซักถามปัญหาให้คำปรึกษาช่วยเหลือ การแบ่งปันอาหาร สิ่งของ ตลอดจนการชักชวนให้ร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง 2. ใช้สายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของคนในชุมชน (Networks And Relationships) มาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อ ลดปัญหาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ

6. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หมอประจำบ้าน และ Care giver มีการประเมินภาวะซึมเศร้า การเฝ้าระวัง สัญญาณเตือน การกลับมาเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เดือนละ 2 ครั้ง และมีการติดตามเยี่ยมจากสหวิชาชีพ

7. การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่เครือข่าย/ชุมชน เพื่อช่วยสอดส่องและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา ร้อยละ 100
2. ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100
3. ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ไม่มีการฆ่าตัวตายในพื้นที่



นวัตกรรม การสร้างพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า ด้วยวิถีชุมชนไทยพวน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ตาก ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หาแนวทางในการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยการใช่วิถีชุมชน อันเป็นอัตลักษณ์ของชาวไทยพวน คือ การรักพวกพ้อง ความสามัคคี การยึดมั่นประเพณี โดยมีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ ความเชื่อมั่นในปราชญ์ชาวบ้าน มาเป็นกระบวนการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน



1. ความสามัคคี รักพวกพ้อง และ ความเข้มแข็งของคนในชุมชนไทยพวน
2. การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลโพธิ์ตาก





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

ชุมชนบ้านค่ายจิตดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย จังหวัดชัยภูมิ

ผู้เขียนผลงาน นางสาววิญใจ ธรรมกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย จังหวัดชัยภูมิ



ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษา จำนวน 781 คน ตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ตำบลบ้านค่าย ชีลอง ห้วยต้อนลาดใหญ่ และหนองไผ่ มีจำนวน 146, 89, 67, 50 และ 49 ตามลำดับ กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งมีสาเหตุการป่วยมากที่สุด มาจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 36.67 รองลงมาจากพันธุกรรม และจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ความเครียด ปัญหาครอบครัว ปัญหาโรคทางสมอง เป็นต้น ร้อยละ 33.87 และ 29.46 ตามลำดับ ซึ่งในการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอเมืองชัยภูมิได้นำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) มาขับเคลื่อนในการดำเนินงาน โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอและตำบล เพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่น ท้องที่ และภาคีเครือข่ายชุมชน แต่เนื่องจากสภาพพื้นที่กว้างใหญ่ ประชากรอาศัยอยู่จำนวนมาก ประกอบกับชุมชนมีความหลากหลายทั้งในเขตเมือง ชนบท และที่ราบสูงภูเขา ประชากรมีการเคลื่อนย้ายเข้า-ออกอยู่ตลอดเวลา ทำให้พบปัญหาการดำเนินงานจิตเวชในการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาไม่ครอบคลุม พบผู้ป่วยในชุมชนที่มีอาการแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐาน และยังพบปัญหาการบริการที่ยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชขาดการดูแล ขาดการติดตามรักษา ผู้ป่วยบางรายขาดยา ไม่มีผู้ดูแล และได้รับปัจจัยกระตุ้น เช่น ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจึงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายตนเอง คนในครอบครัว และคนรอบข้าง ชุมชนได้รับผลกระทบหรือความเสียหาย เตือนร้อน รำคาญ รู้สึกไม่ปลอดภัย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงถูกปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย จึงนำแนวคิดชักชวนใจ “4 สร้าง 2 ใช้” มาพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพที่เป็นรูปธรรม บูรณาการภาคส่วนในตำบลมีส่วนร่วมดำเนินงาน โดยมีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) สนับสนุนเชื่อมโยงระบบบริการและเครือข่ายระดับอำเภอ

ในการจัดกระบวนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ตามแนวคิด วัคซีนใจ “4 สร้าง 2 ใช้” มีการพัฒนาตามลักษณะการเกิดโรค 3 ระยะ คือ 1) ระยะยังไม่มีเหตุ 2) ระยะเกิดเหตุ 3) ระยะหลังเกิดเหตุ ดังนี้

1. ระยะยังไม่มีเหตุ สร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย
2. ระยะเกิดเหตุ สร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ
3. ระยะหลังเกิดเหตุ สร้างชุมชนที่รู้สึกมีความหวัง และสร้างชุมชนที่เข้าใจและให้โอกาส
4. พัฒนาศักยภาพและระบบสนับสนุน ใช้ศักยภาพของชุมชนและใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย (คน)	ผลการคัดกรอง (คน)	ประเมินซ้ำ (คน)	ส่งต่อ พบแพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
1. วัยเรียน วัยรุ่นในระบบ โรงเรียน	965	965 (ร้อยละ 100)	9	1	1	9
2. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชน	5,629	1,984 (ร้อยละ 35.24)	4	4	2	4

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	153	151	98.69
2. ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนและมีการ admit < 3 ครั้ง/ปี	153	152	99.34
3. ความพึงพอใจระดับมากของผู้รับบริการ (ประเมินจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล)	153	147	96.07

ตารางที่ 3 ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแยกตามกลุ่มสี

การประเมิน	จำนวนผู้ป่วย	กลุ่มสีแดง	กลุ่มสีเหลือง	กลุ่มสีเขียว
1. ก่อนดำเนินงาน (ก.ค. 2566)	146	2	26	118
2. หลังดำเนินงาน (มิ.ย. 2567)	153	1	11	141

นวัตกรรม แอปพลิเคชัน“บ้านค่ายจิตดี” โดยใช้ Google App มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการบันทึก จัดเก็บและประมวลผลข้อมูลค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) พัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามกลุ่มสี และ 3) พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของชุมชน
- แนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนและพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้เครือข่าย
- เครือข่ายการดำเนินงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลชัยภูมิ สภ.บ้านค่าย สสอ.เมืองชัยภูมิ เป็นต้น

เพื่อบูรณาการทำงานดูแลผู้ป่วย

➢ ระบบข้อมูลสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้อง และมีการจัดการข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว และเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย
ว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ผู้เขียนผลงาน นางสาวณมล ยังกิจ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร



ที่มาและความสำคัญ

การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดชุมพร โดยกำหนดเป็นวาระของจังหวัดตั้งแต่ ปี 2562 เป็นต้นมา เพื่อร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจังหวัดชุมพรมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในอันดับต้น ๆ ของภาคใต้ และในปี 2566 ตามนโยบายของประเทศจากปัญหาจิตเวชและยาเสพติด ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วรวมถึงสภาพสังคม และเศรษฐกิจที่มีการชะลอตัวเป็นเหตุให้เกิดการว่างงาน เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลกระทบให้ประชาชนมีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงพฤติกรรม การทำร้ายตนเอง และก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น จากสถานการณ์ของจังหวัดชุมพร จึงมีการดำเนินงานด้านสุขภาพ จิตและด้านยาเสพติดโดยอยู่ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต และ พรบ.ยาเสพติด จังหวัดชุมพรจึงมีการขับเคลื่อนงาน ผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจังหวัดชุมพร โดยในปี 2565 ได้มีการปรับ คำสั่งคณะกรรมการประสานงานเพื่อใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจังหวัดชุมพรให้เป็นปัจจุบัน และมีการจัด ประชุมคณะกรรมการฯ ปีละ 2 ครั้ง โดยมีผู้ว่าฯ หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดชุมพรเป็นประธานอย่างต่อเนื่อง เพื่อร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในประเด็นที่สำคัญ รวมถึงการกำหนดแผนการดำเนินงานและติดตามผลการ ดำเนินของ พรบ.สุขภาพจิต ซึ่งในการประชุมมีการกำหนดประเด็นหลัก ๆ จำนวน 4 ประเด็น ได้แก่ 1. การดำเนินงานป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย 2. การดำเนินงานติดตามดูแลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับ การดูแลช่วยเหลือ 3. การดำเนินงานติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชเนื่องจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง 4. การติดตามการดำเนินงานตาม พรบ.สุขภาพจิตฯ



กระบวนการทำงาน

1. งานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดชุมพร กำหนดเป็นวาระของจังหวัด
2. จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจังหวัดชุมพรและจัดประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจังหวัดชุมพร อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยมีการขับเคลื่อน 4 ประเด็นหลัก
3. ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและงานยาเสพติดผ่านการขับเคลื่อน พขอ.
4. ร่วมดำเนินการวางแผน และดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น บุคลากรทางการศึกษา ตำรวจ พมจ. อสม. ผู้นำชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข เป็นต้น
5. มีการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โรงเรียน สถานประกอบการ รวมถึงครอบครัว
6. การทำ MOU การดูแลนักเรียนในสถานศึกษาจังหวัดชุมพรร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตามดูแล้วยเรียนกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ “สวนศรีโมเดล” การดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยเรียนวัยรุ่นจังหวัดชุมพร (ปี 2566-2567) “สวนศรีโมเดล”



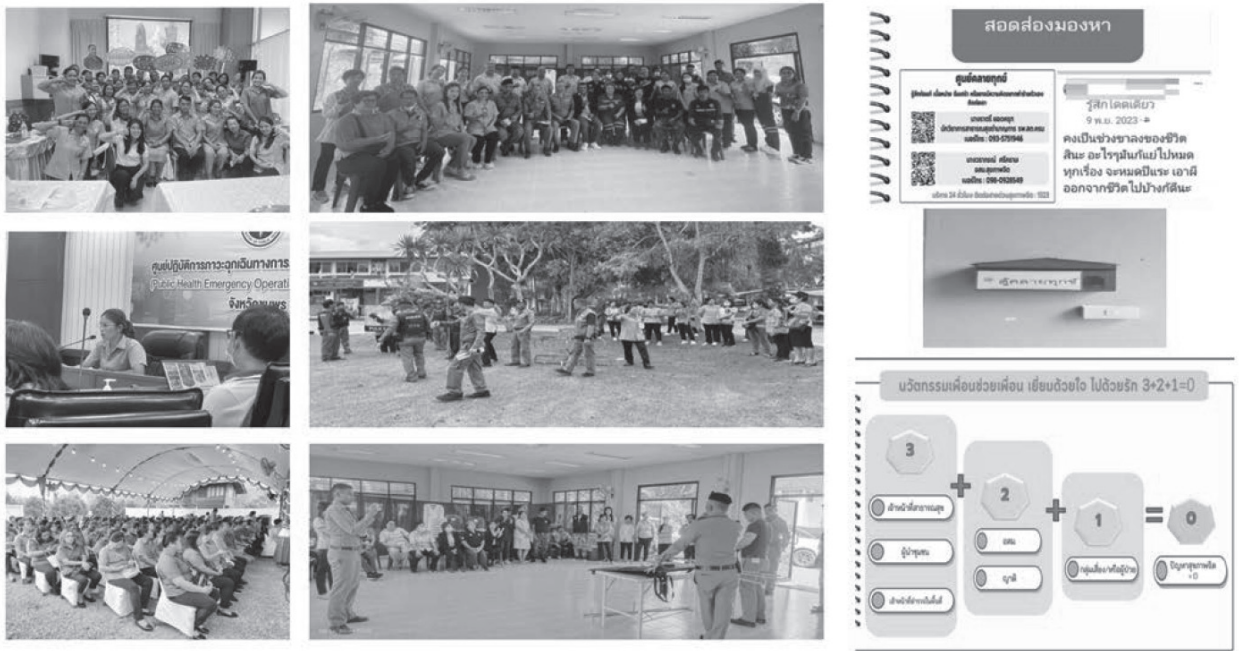
ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงเรียนมีจำนวนลดลง
2. กลุ่มนักเรียน นักศึกษาที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ทางระบบออนไลน์ (MHCI) และผู้ที่มีปัญหาเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตได้รับการประเมินซ้ำและเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยมีนักเรียนได้รับการประเมินคัดกรองด้านสุขภาพจิตและผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้เข้าสู่กระบวนการรักษา (ข้อมูลผู้ประเมินแบบประเมินคัดกรองสุขภาพจิตออนไลน์ MHCI (อายุต่ำกว่า 18 ปี) จำนวน 17,210 คน ณ เดือนธันวาคม 2566)
3. โรงเรียนมีช่องทางในการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนกับหน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล/รพ.สต. ในพื้นที่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 สถาบันเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และเข้าถึงองค์ความรู้ในการดูแล ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักเรียน และประเมินคัดกรองด้านสุขภาพจิตและนักเรียนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ทำให้นักเรียนเข้าเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้น
4. มีภาคีเครือข่ายด้านการศึกษาเพิ่มมากขึ้น เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ทำให้การดำเนินงานติดตามดูแล้วยเรียนกลุ่มเสี่ยงสะดวกและครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัดชุมพรมากยิ่งขึ้น
5. อำเภอยะเริ่ จังหวัดชุมพร มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดครอบคลุมทั้งอำเภอ และมีการขับเคลื่อนตาม พรบ.สุขภาพจิต รวมถึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตอำเภอยะเริ่ และมีการประชุมคณะกรรมการฯ จำนวน 1 ครั้ง
6. การบูรณาการงานยาเสพติดทุกภาคส่วน โดยมีการค้นหา คัดกรองเพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัด เช่น การ Re-x ray ในชุมชน สถานประกอบการ วัด หรือในลูกเรือประมง ซึ่งมียอดผู้ผ่านการคัดกรองจำนวนมาก

1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดชุมพรโดยกำหนดเป็นวาระตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา

2. ความร่วมมือของบุคลากร เครือข่ายจากหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ทั้งเครือข่ายสาธารณสุข และเครือข่าย
นอกสาธารณสุข เช่น โรงเรียน วัด ท่าเรือ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภาคีเครือข่ายด้านการศึกษามองเห็นถึงความสำคัญของการดูแลปัญหาสุขภาพจิตนักเรียน จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมทักษะชีวิตให้นักเรียน เสริมสร้างความรู้ในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในสถานศึกษา รวมถึงประเมินคัดกรองและติดตามดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยง





ส่วนที่ 3

การนำเสนอผลการดำเนินงาน ของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Oral Presentation)



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอจุน ประจำปีงบประมาณ 2567

โรงพยาบาลจุนและเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ผู้เขียนผลงาน นางสาวธัญพิชชา แสนนรินทร์



ที่มาและความสำคัญ

ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดพะเยา มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพที่ 1 โดยสถานการณ์การฆ่าตัวตาย จังหวัดพะเยา พบว่า อำเภอจุนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัด มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 21 ราย คิดเป็นอัตรา 44.01 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ปัจจัยการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ทรมาณจากโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 33.3, 2) ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง ร้อยละ 19.8 ติดยาเสพติด ร้อยละ 9.9, 3) เป็นผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 14.8, 4) มีปัญหาหนี้สินยุ่งเหยิง ร้อยละ 12.3 และ 5) มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 7.4 โดยพบว่ามีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 33.3 แต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด/ไม่ถูกส่งต่อเข้าสู่การรักษา นอกจากนี้จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของพื้นที่ เดิมพบช่องว่างในการทำงาน ดังต่อไปนี้

1. ด้านข้อมูล รวบรวม รง506s แต่ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก สอบสวนและรายงานการเสียชีวิตล่าช้า
2. ด้านกลไกขับเคลื่อน หน่วยงานด้านสาธารณสุขและอสม.รับภาระหนักในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการบูรณาการงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐยังอ่อนแอ
3. ด้านการดักจับและคัดกรองระบบเดิมเน้นงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก มีการคัดกรองสุขภาพจิตเฉพาะประชาชนในหน่วยบริการสาธารณสุขและคัดกรองเชิงรุกโดย อสม.เพียงปีละ 1-2 ครั้ง
4. ควรพัฒนาด้านคลินิกบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ดังนั้นกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลจุนจึงวางแผนปรับปรุงและพัฒนาระบบการทำงานดังกล่าว เพื่อช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ และลดปัญหาการฆ่าตัวตาย



การดำเนินงาน

ระบบข้อมูล

1. จัดทำหลักเกณฑ์ในการค้นหาและดักจับกลุ่มเปราะบาง/เสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการ ฆ่าตัวตายอำเภอจุน 6 ปีย้อนหลัง (2561-2566) จำนวน 2 ครั้ง
2. พัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายเชิงลึกตามแนวทาง SDV
3. สื่อสารข้อมูลแบบ real time (ลงสอบสวนทันที สรุปรายงานผู้บริหารภายใน 3 วัน)
4. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลจุน สรุบบันทึกสถานการณ์เสนอ พชอ. ทุก 1 เดือน

ระบบขับเคลื่อน

ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขต. โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายอำเภอจุน เพื่อใช้ผลักดันการทำงานในระดับอำเภอและระดับตำบลผ่าน พขต.

ระบบดักจับและติดตาม

- ทีม SSRRT มีบทบาทค้นหาดักจับ ประเมินสุขภาพจิต ส่งต่อและติดตาม มีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 86 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5-6 คน
- ทีม 5 กัลยาณมิตร ผู้ป่วย 1 คน ต่อ ผู้ดูแล 5 คน มีบทบาทติดตามประเมินกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่กระทำรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น
- ทำเพจศูนย์สุขใจ โรงพยาบาลจุน เพื่อประชาสัมพันธ์บริการ แจ้งเบอร์/ช่องทางความช่วยเหลือและสื่อสารการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

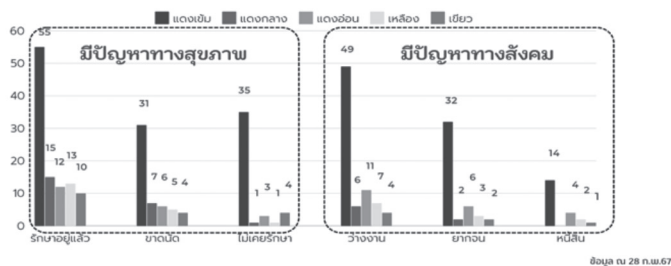
ระบบของคลินิกบริการ

- ด้านคลินิกบริการของโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาให้สามารถรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มวัย
- การจัดการผู้ป่วยขาดนัด โทรติดตาม/ประสาน รพ.สต. ภายใน 1-3 วัน
- เบิกยาส่งบ้าน ในรายที่มีข้อจำกัด จัดทำ Unit dose ระบบ Dot ยาโดยเครือข่าย อสม.

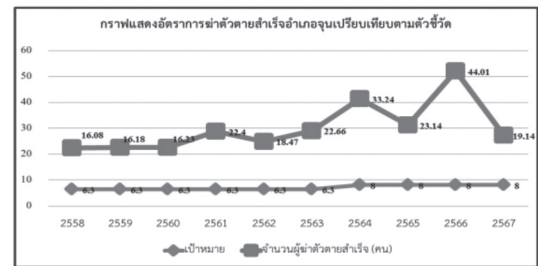


ผลลัพธ์ที่ได้

กลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือ



สถิติฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอจุนลดลง



นวัตกรรมเด่น

“ทีม 5 กัลยาณมิตร”

ทีม 5 กัลยาณมิตร คือ ผู้ดูแล 5 คน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ผู้แทน อปท. อสม. ญาติ ผู้ที่ผู้ป่วยให้ความนับถือ) ต่อผู้ป่วย 1 คน ทีมมีบทบาทติดตามประเมินกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่กระทำรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น โดยมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย โรงพยาบาล รพ.สต. ตำรวจ ปกครอง อปท. ภูมิปัญญา ฯลฯ ร่วมดำเนินงาน โดยมีการจัดอบรมทีม 5 กัลยาณมิตร จำนวน 4 ครั้ง ทดลองนำร่องใช้ระบบในผู้ป่วยจิตเวชก่อนความรุนแรง จำนวน 20 ราย โดยในการติดตามทุกครั้งทีมจะต้องประเมิน 5 สัญญาณเตือนอาการทางจิตเวช ประเมินระดับความรุนแรงของอาการด้วยแบบประเมิน OAS กรมสุขภาพจิต และใช้แบบติดตาม จร.10 รวมติดตามจำนวน 3 ครั้ง/ปี (เดือนละ 1 ครั้ง) และรายงานผู้เกี่ยวข้อง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านใดด้านหนึ่งจากแบบติดตาม





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

พชอ.เข้มแข็ง เสริมสร้างวัคซีนใจ ให้ยั่งยืน

เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย



ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอศรีษะนาถ ปีงบประมาณ 2563-2566 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 18.29, 20.78, 9.86 และ 15.39 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-59 ปี อาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอตาย 3 อันดับแรก คือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช และการใช้สุรา/ยาเสพติด ส่วนใหญ่ครอบครัว คนใกล้ชิดดักจับสัญญาณเตือนไม่ได้ เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตในระยะยาว อำเภอศรีษะนาถจึงได้ร่วมกันเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้ โดยใช้หลักการ “การดูแลสุขภาพใจ ด้วยกลไกพชอ.ศรีษะนาถ ” มาใช้ในชุมชนปรับแนวคิดจากการดำเนินงานในระดับ “บุคคล” ไปสู่ “ชุมชน” เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความยั่งยืน และความเป็นเจ้าของ โดยเป้าหมายสำคัญ คือ มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจ ที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งมีแนวคิดร่วมกันทั้งอำเภอ ที่ว่า “ปัญหาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดของคนศรีษะนาถ จะไม่ผลักภาระให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานใดเพียงหน่วยงานหนึ่ง ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา” โดยนายอำเภอศรีษะนาถประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีษะนาถให้ยึดหลัก “ศรีษะนาถ สามัคคี ก้าวไปด้วยกัน ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” เป็นกระบวนการ ที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม ทั้งด้าน บุคลากร งบประมาณ และวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน



การดำเนินงาน

1. การประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหา พชอ. นำหลักการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน “4 สร้าง 2 ใช้” ของกรมสุขภาพจิตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ขับเคลื่อนให้ครอบคลุมทั้ง 11 ตำบล
2. แต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เพื่อติดตามและวางแผนการดำเนินงาน
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเป็นแกนนำครู ก เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และอบรมพัฒนาความรู้การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบล ทั้ง 11 ตำบลในอำเภอศรีษะนาถ
4. วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายโดยใช้หลักระบาดวิทยา
5. เกิดแนวทางการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีม 3 หมอ ได้แก่ หมอคนที่ 1 และ หมอคนที่ 2 ดำเนินการสำรวจกลุ่มเสี่ยงจากสาเหตุข้างต้น เพื่อจัดทำเป็นทะเบียนบันทึกกลุ่มเสี่ยง 3 หมอ

6. สร้างเครือข่ายชุมชน ร่วมใจ ห่วงใย ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน

7. สร้างนวัตกรรมในการประยุกต์ใช้แนวคิด 4 สร้าง 2 ใช้ เรียกว่า “พชอ.เข้มแข็ง เสริมสร้างวัคซีนใจ ให้ยั่งยืน” โดยขับเคลื่อนผ่าน พชอ. พชต. และนวัตกรรม สติ๊กเกอร์วัคซีนใจ ใส่ใจโดย 3 หมอ สร้างความปลอดภัย สร้างความสงบ สร้างความหวัง สร้างความเข้าใจและให้โอกาส โดยใช้ศักยภาพของชุมชน และใช้สายสัมพันธ์ที่ดีของชุมชน

8. จัดตั้งชุดปฏิบัติการระดับชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงครอบคลุมทุกตำบล ภายใต้ชื่อ “ทีมคนดีศรีสุพรรณาลัย”

ผลลัพธ์ที่ได้

➢ ในปี 2567 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราเท่ากับ 5.43 ต่อแสนประชากร (ต.ค. 66-26 มิ.ย. 67) ลดลงจากปี 2566 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค. 65-30 มิ.ย. 66) ซึ่งมีจำนวน 10 ราย คิดเป็นอัตรา 10.99 ต่อแสนประชากร

➢ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการตรวจสุขภาพใจด้วยโปรแกรม Mental Health Check In คิดเป็นร้อยละ 100 จากทะเบียนบัตติกกลุ่มเสี่ยง 3 หมอ ซึ่งมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2565จนถึงปัจจุบัน

นวัตกรรมเด่น

“พชอ.เข้มแข็ง เสริมสร้างวัคซีนใจ ให้ยั่งยืน”และ “สติ๊กเกอร์วัคซีนใจ ใส่ใจโดย 3 หมอ”

สร้างนวัตกรรมในการประยุกต์ใช้แนวคิด 4 สร้าง 2 ใช้เรียกนวัตกรรมนี้ว่า “พชอ.เข้มแข็ง เสริมสร้างวัคซีนใจ ให้ยั่งยืน” โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล การส่งเสริมวัคซีนใจในชุมชน และการดูแลประชาชนในพื้นที่ มีการดูแลด้วยกลไก 3 หมอโดยใช้ทะเบียนบัตติกกลุ่มเสี่ยง 3 หมอ และสติ๊กเกอร์วัคซีนใจ ใส่ใจโดย 3 หมอ และมีนวัตกรรม สติ๊กเกอร์วัคซีนใจ ใส่ใจโดย 3 หมอ สร้างความปลอดภัย สร้างความสงบ สร้างความหวัง สร้างความเข้าใจและให้โอกาส โดยใช้ศักยภาพของชุมชน และใช้สายสัมพันธ์ที่ดีของชุมชน



ข้อมูลส่วนตัว		ข้อมูลครอบครัว	
ชื่อ-นามสกุล	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
ที่อยู่	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
เบอร์โทรศัพท์	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
อีเมล	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
อาชีพ	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
โรคประจำตัว	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
ประวัติการเจ็บป่วยจิตเวช	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
ประวัติการใช้ยา	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
ประวัติการเข้ารับการรักษา	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....
ประวัติการเข้ารับบริการ	.....	ชื่อ-นามสกุล	.....



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ 4 กลุ่มวัย “สุขภาพดี ชีวียืนยาว”

ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร



ที่มาและความสำคัญ



จากข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร ปี 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 23.2, 22.9, 24.0 ตามลำดับ พบผู้สูงอายุของตำบลช่องลม คิดเป็นร้อยละ 25.9, 28.2, 22.0 แบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 56.3, 57.2, 56.4 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.4, 29.2, 28.7 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.8, 14.3, 14.9 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567) เมื่อพิจารณาข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิต ปี 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุของตำบลช่องลมที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด จำนวน 819 คน พบว่ามีภาวะหมดไฟ (Burn out) คิดเป็นร้อยละ 0.1 ในส่วนภาวะความเครียด (ST5) พบว่ามีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 8.67 ความเครียดระดับมาก ร้อยละ 0.2 และเครียดระดับมากที่สุด ร้อยละ 0.1 ซึ่งเมื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) พบความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 0.7 (6 คน) พบความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q) ร้อยละ 33 แต่ไม่พบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) (ระบบรายงานสุขภาพจิตคนไทย, 2567) จากข้อมูลจะเห็นว่า เทศบาลตำบลช่องลม มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตำบลช่องลมจึงได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรที่เริ่มปรากฏขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะปัญหาร่างกาย และปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง เป็นต้น จึงได้มีการนำกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมแบบมีส่วนร่วมโดยทุกภาคส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข โดยนำแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มาใช้โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ การส่งเสริม และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเองและผู้สูงอายุในชุมชนเดียวกัน ตามสโลแกน “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ดื่ม ไม่สูบ ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ภายใต้ทุนทางสังคมที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน



การดำเนินงาน

ทีมสุขภาพระดับตำบลช่องลม มีการขับเคลื่อนตามแนวทางประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการ บูรณาการงาน ร่วมกันของภาคีเครือข่าย โดยเน้นกระบวนการทำงานเชื่อมโยงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ โดยตำบลช่องลม มีการประสานงานเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลช่องลมจากหลายภาคส่วน โดยใช้หลัก TPAR ได้แก่

1. Team ทีมสุขภาพ ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ
2. Plan จัดทำแผนสุขภาพตำบล ติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามที่กำหนดไว้ ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และคืนข้อมูลให้กับประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. Activity จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ของประชาชนในตำบลช่องลม
4. Result ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจาก Care giver โดยการวางแผนการดูแลจาก Care manager

โดยมีการเยี่ยมติดบ้าน 2 ครั้ง/เดือน และติดเตียง 4 ครั้ง/เดือน มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน และมีวิทยากรและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชนต้นแบบ



ผลลัพธ์ที่ได้

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ : เกิดเป็นรูปแบบกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงาน และการพัฒนากระบวนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลช่องลม เนื่องจากเป็นการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์ถึงประชาชน : ประชาชนเข้าถึงการรับบริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม



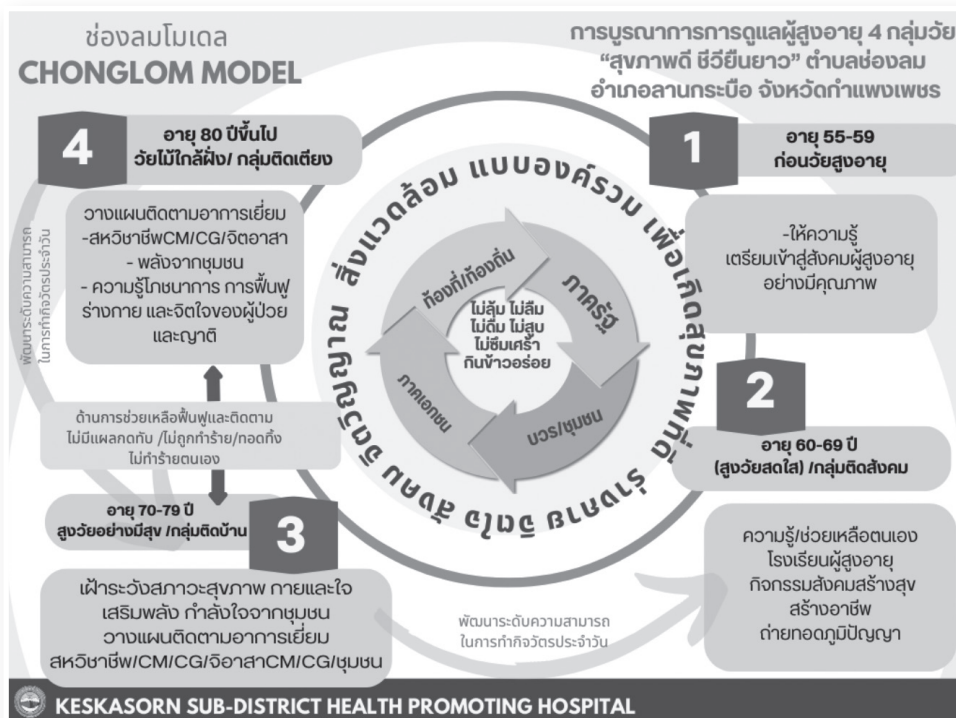
นวัตกรรมเด่น

“ช่องลมโมเดล”

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกศการ ได้จัดทำนวัตกรรม Chonglom Model การบูรณาการผู้สูงอายุ 4 กลุ่มวัย “สุขภาพดี ชีวิตยืนยาว” ตำบลช่องลมขึ้น เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต โดยมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่กลุ่มก่อนเข้าวัยสูงอายุ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน ตลอดถึงกลุ่มติดเตียง โดยนำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มาใช้เพื่อดูแลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพร่างกาย จิตใจแข็งแรง ผู้สูงอายุมีคุณค่าทางสังคม
2. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาด้านอาชีพให้กับผู้สูงอายุ

3. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ประสบการณ์ให้กับเพื่อนผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชนได้
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลช่องลม ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของเทศบาลตำบลช่องลม





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

ศพอส.ตำบลบ่อโพรง สร้างสุข เพื่อคนสูงวัย

เครือข่ายคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลบ่อโพรง องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อโพรง อำเภอหนองหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้เขียนผลงาน นายชาคริต มัยสกุล

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลบ่อโพรง



ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการคัดกรองสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงชินวราลงกรณ (วาสนมหาเถร) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพรง พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 678 คน มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 คน มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 1 คน และเมื่อลงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแล พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อโพรง จึงได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลบ่อโพรง ในปี 2565 และขอขึ้นทะเบียนต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อยกระดับการจัดบริการและสวัสดิการทางสังคม ในการคุ้มครองและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบครบวงจร ภายใต้แนวคิด “ศพอส.ตำบลบ่อโพรง สร้างสุข เพื่อคนสูงวัย” ดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จากนั้น ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงชินวราลงกรณ (วาสนมหาเถร) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพรง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนเวศม์ ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ตำบลบ่อโพรง ท้องถิ่นอำเภอ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา มหาวิทยาลัยนอร์ท กรุงเทพ ศูนย์อนามัยที่ 4 และศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ร่วมกันจัดทำแนวทางในการเตรียมพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุแบบองค์รวม นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาคเอกชน ได้แก่ ผู้ประกอบการทำเรือ บริษัทเอกชน อันนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในตำบลบ่อโพรง สู่วิถีที่ปลอดภัย น่ายิน และยั่งยืน



การดำเนินงาน

1. มีการผลักดันนโยบายของจังหวัดในการดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม เพื่อนำเสนอปัญหา หาแนวทางแก้ไข และจัดทำแผนการพัฒนา ตำบลบ่อโพรง จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่การดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการทั้งด้านกายและจิต
2. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลบ่อโพรง กำหนดแนวทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมผู้สูงอายุ จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุ แสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โดยมีหลักในการบริหารจัดการ ใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้องค์ประกอบ 5 ก ได้แก่ กลุ่ม/แกนนำ กรรมการ กติกา กิจกรรม และกองทุน

3. การเสริมสร้างวัคซีนใจ เพื่อดูแลผู้สูงวัยในชุมชน โดย อบต.ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลบ่อโพรง รวมทั้งภาคีเครือข่ายในตำบลบ่อโพรง ได้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย จึงได้นำกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนของ กรมสุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ในการดื่งการมีส่วนร่วมจากกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



ผลลัพธ์ที่ได้

ด้านการสร้างความรู้สึกลดภัย

- ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยรังสิต ในการจัดทำโครงการลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- มีช่องทางรับแจ้งเหตุ เพื่อเข้าช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง โดยฝ่ายป้องกันของ อบต.บ่อโพรง

➢ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ โรคตามฤดู และพฤติกรรมสุขภาพ ให้แก่ผู้สูงอายุ และคนในชุมชนผ่านช่องทางโซเชียล

ด้านการสร้างความรู้สึกลงบในชุมชน

- ไม่พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 1 คน เข้าสู่ระบบการรักษาของหน่วยบริการสาธารณสุข
- มีการส่งเสริมให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิต เช่น สุข 5 มิติ การขจัดความเครียด การป้องกันสมองเสื่อม

ด้านการสร้างความหวัง

- อบต.บ่อโพรง เป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหา เยียวยาผู้สูงอายุ และเด็ก
- รวมกลุ่มส่งเสริมอาชีพผ้าพิมพ์ลายธรรมชาติ Eco Print เพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านการสร้างความเข้าใจดูแล

- ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน โดยการจัดกิจกรรม “ผ้าขาวม้าเกาะกาย เพื่อสุขภาพ” มาใช้ในการออกกำลังกายประกอบจังหวะ และยืดเหยียด
- เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล Caregiver ผู้นำชุมชน ลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- มีการจัดกิจกรรมเชิดชูผู้สูงอายุ โดยการประกวดผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี



นวัตกรรมเด่น

“ผ้าพิมพ์ลายสร้างสรรค์ เสริมสุขภาวะผู้สูงวัย เต็มเต็มใจเบิกบาน”

จากแนวคิดการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลบ่อโพรง (ศพอส.) ในปี 2565 เพื่อยกระดับการจัดบริการและสวัสดิการทางสังคม ในการคุ้มครองและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบครบวงจร ดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น สิ่งที่คุณสูงอายุให้ความสำคัญ คือ การสร้างความหวังในด้านเศรษฐกิจ เพื่อสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุและการระดมทุนเข้ากองทุนของ ศพอส.ตำบลบ่อโพรง จึงเป็นที่มาของการจัดตั้งกลุ่มอาชีพการทำผ้าพิมพ์ลายใบไม้ (Eco Print) นวัตกรรม “ผ้าพิมพ์ลายสร้างสรรค์ เสริมสุขภาวะผู้สูงวัย เต็มเต็มใจเบิกบาน” พื้นฐานดั้งเดิมของผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้ในการทำผ้าญี่ปุ่นมาก่อนแล้ว

แต่ด้วยต้นทุนที่สูง จึงปรับรูปแบบมาใช้วัสดุจากธรรมชาติ โดยเริ่มต้นจากการขอสนับสนุนองค์ความรู้ งบประมาณในการจัดทำผ้าพิมพ์ลายใบไม้ และจัดตั้งกลุ่มอาชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ่อโพรง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวชนวศม์ กรมกิจการผู้สูงอายุ และมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา โดยมีผู้สูงอายุเป็นแกนหลัก นักพัฒนาชุมชน เป็นผู้หนุนเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ มาร่วมสนับสนุนการทำงานให้เป็นระบบ มีผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ออกแบบลวดลายต่างๆ ค้นหาเทคนิคใหม่ ๆ ในการทำให้ผลิตภัณฑ์ปลอดจากสารเคมี ภาพคมชัด สวยงาม และมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา มาให้ความรู้ในการออกแบบโลโก้ บรรจุภัณฑ์ พร้อมให้คำแนะนำในการขายออนไลน์ รวมถึงหาช่องทางการจัดหน่ายในมหาวิทยาลัย ศูนย์การค้าโลตัส ตลาดชุมชน





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์



ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติใช้สารเสพติดและก่อเหตุสะเทือนขวัญตามสื่อต่างๆ ของอำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565 พบว่าผู้ป่วยทำร้ายมารดาจนถึงแก่ชีวิต รวมถึงใช้ความรุนแรงในครอบครัว และประชาชนทั่วไป ส่งผลต่อความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการดำรงชีวิตประจำวัน ขาดการยอมรับผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางสะพานน้อย จึงได้กำหนดให้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง เป็นปัญหาระดับอำเภอ โดย ได้ทบทวนระบบการทำงาน บทบาทหน้าที่ ระบบข้อมูล การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การทำงานที่ต่อเนื่อง สามารถขับเคลื่อนโดยการบูรณางานภายใต้ พชอ. "เราไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง" โดยมีท่านนิมิต วงษ์จินดา นายอำเภอบางสะพานน้อย เป็นประธานการดำเนินงาน จากการสำรวจข้อมูลของอำเภอบางสะพานน้อย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566) พบว่าผู้ป่วยเสี่ยงจิตเวชและยาเสพติด ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต้องเฝ้าระวัง จำนวน 126 คน จำแนกตามระดับความรุนแรง สีเขียว สีเหลือง สีแดง ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาซับซ้อน ต้องติดตามเยี่ยมและประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง สาเหตุที่สำคัญปัญหาคือการใช้สารเสพติด กัญชา พืชกระท่อม ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชขาดการกักขัง ขาดคนที่ไว้วางใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสก่อความรุนแรงได้ อำเภอบางสะพานน้อยจึงได้บูรณาการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงขึ้น



การดำเนินงาน

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ จัดตั้งชุดปฏิบัติการระดับตำบลเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในชุมชน รวมทั้งพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคัดแยกตามประเภทความเสี่ยง

- สีแดง คือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรง มีอาวุธ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและเสี่ยงที่จะก่อเหตุทำร้ายผู้อื่น

- สีเหลือง คือผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกิริยา/วาจา มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเอง

- สีเขียว คือผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่นพูดคนเดียว หูแว่ว กลัวคนมาทำร้าย

จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ดูแลการกินยาผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดรายบุคคล (ระบบ DOTS) ตามประเภทสีของผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยชุดปฏิบัติการระดับตำบลร่วมกับอำเภอ

2. จัดโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยการจัดตั้ง โรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ ใน อำเภอ บางสะพานน้อย

3. จัดกิจกรรมวัคซีนใจในชุมชนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ ๕ และสถาบันกัลยา ราชนครินทร์

4. โครงการใจเย็น&สุขเป็น เป็นการทำงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพทางใจ ด้วยการบูรณาการงานประจำ ที่ทำอยู่ ซึ่งมีหน่วยงานจากองค์กรภายนอก (มูลนิธิแพथทูเฮลท์; P2H) มาสนับสนุนการดำเนินงาน

5. โครงการชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืน ร่วมกับสถานีตำรวจภูธรอำเภอบางสะพานน้อยค้นหาผู้เสพยาเสพติด มาร่วมกระบวนการบำบัด

6. การซ่อมแผนกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อเตรียมความพร้อมในการระงับ เหตุคนคลุ้มคลั่งจากการใช้สารเสพติด



ผลลัพธ์ที่ได้

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ร่วมรับประทายต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67 ไม่รับประทาย ร้อยละ 33.33 และมีภาวะหายจากอาการจิตเวช หยุดเสพยา และสามารถประกอบอาชีพสร้างรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวได้

2. มีการจัดตั้งโรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ สำหรับรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และผู้ป่วยที่กลับจากสถาบัน กัลยาราชนครินทร์

3. กิจกรรมวัคซีนใจในชุมชน ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง

4. โครงการใจเย็น&สุขเป็น ส่งผลให้ อสม.ได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นสาขาสุขาภพจิตระดับภาคกลาง ปี 2565 และ อสม.ดีเด่นสาขาสุขาภพจิตระดับเขต 5 ปี 2566

5. โครงการชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืน ได้ดำเนินการที่ตำบลปากแพรก ผู้เสพยาเสพติดมาร่วมกระบวนการ บำบัดจำนวน 209 คนในการจัดทำกิจกรรมบำบัด 8 ฐานใช้เวลาในการบำบัด 4 เดือน ผลการบำบัดพบว่าหยุด ใช้สารเสพติด ได้ 67 ราย คิดเป็น 32.05% และส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดให้กับชุมชนต่อไปในการติดตามดูแล



1. การกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (ระบบ DOTS) คือการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด กินยา ตามประเภทอาการของผู้ป่วยและดูแลการรับประทานยาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 14 วัน โดยแต่งตั้งผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชน

- สีแดง ผู้ดูแล คือ ผู้นำชุมชน อสม. และญาติ
- สีเหลือง ผู้ดูแล คือ อสม. และญาติ
- สีเขียว ผู้ดูแล คือ ญาติ

2. นวัตกรรมกล่องใจยิ้ม จัดทำกล่องใจยิ้มไว้ในหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนเขียนข้อความที่มีปัญหานำมาใส่กล่องไว้ตามจุดที่กำหนด





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาแบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “ดับดอกไม้ไฟ ด้วยพลังใจของเครือข่ายในชุมชน”
เครือข่ายจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลบ้านฉาง อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง



ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลบ้านฉางให้บริการดูแลรักษาติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ผู้รับบริการในคลินิกจิตเวช และยาเสพติดโรงพยาบาลบ้านฉาง พบว่ากลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566 จำนวนผู้รับบริการ 586, 612, 585 ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) และความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) ซึ่งโรงพยาบาลบ้านฉางมีระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด (มินิธัญญารักษ์) และดูแลจิตเวชอาการรุนแรงก้าวร้าว ที่ระดับ OAS SCORE 1-2 ค่ะแน ในปี 2564-2566 พบผู้รับบริการที่มีภาวะรุนแรงก้าวร้าว อาการกำเริบซ้ำจากการเจ็บป่วยทางจิตและมีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด จำนวน 15, 11, 19 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น พบผู้รับบริการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติดภาวะฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชนเพิ่มขึ้น พบว่าสาเหตุมาจาก การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การขาดยา ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยการติดตามและการส่งต่อ พบว่า ประชาชนและเครือข่ายสุขภาพจิต มีปัญหาการเข้าถึงบริการ การส่งต่อผู้เข้ารับบริการ และขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้วางแผนป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยต่อไป



การดำเนินงาน

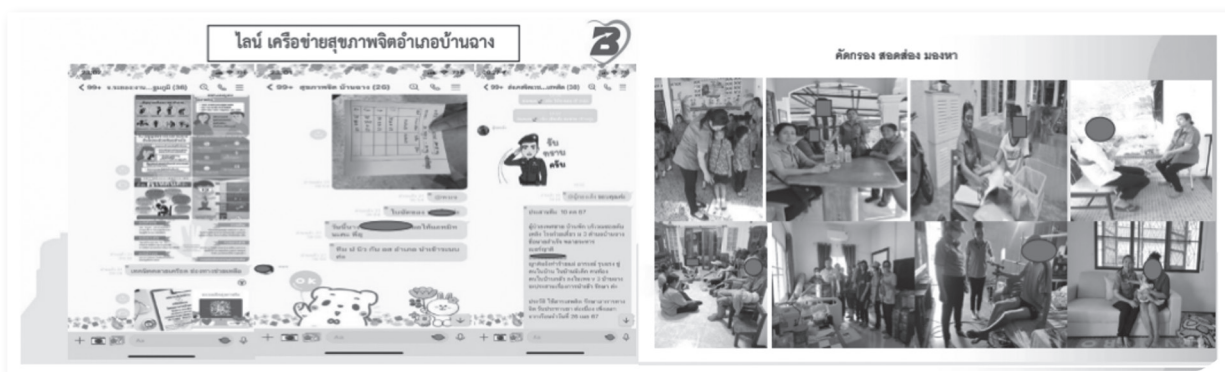
- รวบรวมข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มที่มีความเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มที่ต้องติดตามต่อเนื่อง นำเสนอแนวทางต่อผู้บริหาร ประชุมดำเนินงานผ่านคณะทำงานระดับอำเภอ ในรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- พัฒนาระบบการคัดกรองประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ยาเสพติดในชุมชน ให้ความรู้แกนนำอสม. ครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง สามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตและมีแนวทางในการส่งต่อ
- พัฒนาระบบการรักษา ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง (มินิธัญญารักษ์) การประเมินเพื่อนำเข้าสู่ระบบบำบัด การจัดบำบัดรักษา การติดตามหลังจำหน่าย
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีความเสี่ยงรุนแรงก้าวร้าว ภาวะวิกฤติสุขภาพจิต โดยเครือข่ายมีส่วนร่วมในการนำส่ง

➢ พัฒนาระบบการบำบัดรักษาคลินิกจิตเวช คลินิกบำบัดยาเสพติด สุรา บุหรี่ ในโรงพยาบาล การบำบัดรักษาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน Home ward คลินิกลดอันตรายจากสารเสพติด การบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนมีส่วนร่วม CBTx (ชุมชนล้อมรั้ว)

➢ สร้างทีมประสานชี้เป้าหมาย ประเมินผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน ระบบไลน์-ประสานหน่วยงานในการสร้างอาชีพ จัดทำโครงการอบรม ขอรับเงินสนับสนุนจากหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน เพิ่มคุณค่าให้กับผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวชุมชน

ผลลัพธ์ที่ได้

1. มีรูปแบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอบ้านฉาง
2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อความรุนแรงก้าวร้าว ในปี 2566 จำนวน 19 ราย มีภาวะกำเริบซ้ำ 4 ราย โดยสาเหตุกลับไปใช้ซ้ำมีความผิดปกติด้านสมอง ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ปฏิเสธการรักษา หลบหนีติดตามไม่ได้
3. อสม.และผู้นำชุมชนมีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยและการส่งต่อ ทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีความชัดเจน ลดการรอคอยลดรอยต่อ ลดความวิตกกังวล และความหวาดกลัวของชุมชน
4. ระบบการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนมีส่วนร่วม CBTx ผู้ป่วยจำนวน 23 รายมาบำบัดครบ กลับไปใช้ซ้ำ 5 ราย ในปี 2567 จะขยายการบำบัดในตำบลสำนักท้อน/พลา ร่วมกับชุมชนยั่งยืน
5. สร้างบุคคลต้นแบบในการเลิกใช้สารเสพติด 5 รายในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรังไม่มีญาติ ผู้ป่วยอาการไม่สงบได้รับการดูแลรักษา และส่งต่อให้ครอบครัวดูแล อาการสงบ รักษาต่อเนื่อง 11 ราย
6. เป็นสถานที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน มินิธัญญารักษ์ (Intermediate Care) ดูกานด้านสุขภาพจิตในชุมชนจากหน่วยงานภาครัฐและสถานศึกษา





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน
แบบเชิงรุกในชุมชน ผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลแกดำและเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้เขียนผลงาน นางรัตนา ดวงพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายชนินทร์ ประกายสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

ในปีงบประมาณ 2566 อำเภอแกดำมีผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด จำนวน 118 คน (บัญชีรายชื่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเฝ้าระวังพฤติกรรม ที่ทำการปกครองอำเภอแกดำปี 2566) แบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเป็นสีแดง 8 ราย สีเหลือง 11 ราย สีเขียว 43 ราย และสีขาว 56 ราย มีคดียาเสพติดอุจฉกรรจ์ ตั้งแต่ปี 2564 -2566 ดังนี้ 30 คดี 36 คดี และ 86 ซึ่งมีแนวโน้มและความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้น เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดมีอาการอาละวาด ก้าวร้าว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกดำ รวม 13 ราย ได้รับการรักษาโดยการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งหมด 11 (ทุกรายที่ส่งต่อได้รับการสนับสนุนงบประมาณการส่งต่อจากกองทุนปันสุขอำเภอแกดำ) และฉีดยาละลายอาการและอาการสงบจำหน่ายกลับบ้านจำนวน 2 ราย ซึ่งในผู้ป่วย 13 รายนี้จะเป็นผู้ป่วยเดิมในกลุ่มสีแดงที่เคยมาได้รับการรักษาแล้วเมื่อเดือนสิงหาคมและเดือนกันยายน จำนวน 3 ราย ซึ่งมีอาการกำเริบซ้ำแล้วซ้ำอีกจากหลาย ๆ สาเหตุ เช่น รักษาหายแล้วกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ มาตามนัดได้ยากกลับไปแต่ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์เนื่องจากปัจจัยบกพร่องด้านผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแล สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้สิ้นหวังกับการเจ็บป่วยที่กำเริบบ่อยครั้ง ไม่มีพาหนะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกดำ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เป็นต้น

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลแกดำ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและการแก้ไขปัญหามองเห็นผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าว จึงได้ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย ศป.ป.ส.อ.แกดำ และ สภ.แกดำ รวมถึง ภาคชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านปัจจัยการดูแล ปัจจัยการเข้าถึงระบบการบำบัดรักษา ได้ประชุมปรึกษาหารือ ถอดบทเรียน วิเคราะห์และวางแผนร่วมกัน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนแบบเชิงรุกในชุมชน



กระบวนการทำงาน ใช้แนวคิดการพัฒนาวงจรคุณภาพ PDCA ของเดมมิง (Deming Circle)

Plan : ประชุมทีมผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง โรงพยาบาลแกด้า ศป.ปส.อ.แกด้า สภ.แกด้า ผู้รับผิดชอบ รพ.สต. ในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนและอสม.ในหมู่บ้านที่มีปัญหาผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มสีแดงและที่มีปัญหาในการดูแล ทบทวนข้อมูลเพื่อการยืนยันสถานะความรุนแรง ระดับสีผู้ป่วยตามเกณฑ์ การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง

: ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหารายกรณี วางแผนรูปแบบการเข้าถึงการได้รับยาและการบำบัด รักษาโดยสหวิชาชีพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ให้ข้อมูลอาการและการเจ็บป่วยแก่ผู้นำชุมชน และทีม อสม.เพื่อถ่ายทอดสู่คนในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง ยอมรับและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

Do : ปรับรูปแบบการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการให้บริการเชิงรุกฉีดยาที่ชุมชน โดยทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้นำชุมชน อสม. ทีมตำรวจและปกครอง โดยก่อนวันออกให้บริการ 1 วันพยาบาลกลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติดจะสื่อสารไปทางผู้นำชุมชน/อสม.เพื่อทราบอาการของผู้ป่วย และนำข้อมูลรายงานแพทย์เวรทราบ เพื่อพิจารณาให้ยาตามอาการ และนัดหมายเวลาออกให้บริการฉีดยา เพื่อทีมชุมชนจะได้แจ้งและเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยและญาติ ในวันถัดไป

: ณ วันที่ออกให้บริการฉีดยาพยาบาลกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลแกด้า จะเป็นผู้ประสานงานทีมปกครองอำเภอแกด้า ตำรวจ สภ.แกด้า ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ รพ.สต. ผ่านกลุ่มไลน์ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการอำเภอแกด้า เพื่อนัดหมายสถานที่และเวลาการลงพื้นที่ (ในกลุ่มไลน์ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข รพ.สต. และท้องถิ่น)

: ให้บริการเยี่ยมบ้านและฉีดยาตามนัดหมาย โดยผู้ป่วยทุกรายจะมีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว เพื่อลงรายละเอียดการให้ยาฉีด กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และจะมีการมอบถุงยังชีพเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ เสริมพลังแก่ ผู้ป่วยและครอบครัวทุกเดือน ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนปันสุขอำเภอแกด้า รายละ 200 บาท/เดือน

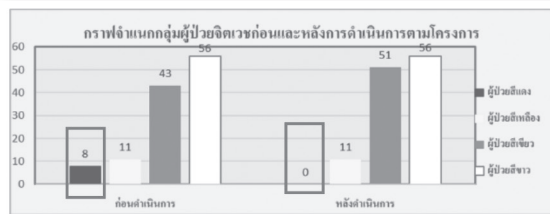
Check : ในช่วงระยะเวลาการดำเนินการให้บริการฉีดยาผู้ป่วยที่ชุมชน 3 เดือนแรก จากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม สีแดงจำนวน 8 ราย พบว่ามีผู้ป่วย 4 รายที่ได้รับยาฉีดแล้วอาการยังไม่สงบ ได้รายงานแพทย์เพื่อปรับเพิ่มขนาดของ ยาฉีด หลังจากดำเนินการ 1 เดือนผู้ป่วยอาการสงบอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ นัดหมายให้บริการฉีดยาต่อเนื่อง ทุก 2 สัปดาห์ และมีผู้ป่วย 4 รายที่อาการคงที่ สงบ อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ รายงานแพทย์ปรับลดยาฉีดจาก ทุก 2 สัปดาห์ เป็น ทุก 1 เดือน

: ผู้ป่วยจิตเวชรายเดิม 3 รายที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งก่อนช่วงก่อนดำเนินการ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ได้รับข้อร้องเรียนหรือแจ้งเหตุก่อความรุนแรง จากชุมชน

Act : ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดูแลติดตามและวางแผนการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนด้านปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและเสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ และชุมชน

: ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน แบบเชิงรุกในชุมชนตามวงจรคุณภาพ PDCA



- ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนและยากต่อการเข้าถึงการรับการรักษา ได้รับการรักษาและดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน
- ผู้จิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยครั้งในช่วงก่อนการดำเนินการ ไม่มีอาการกำเริบ สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างสงบ ไม่ก่อความรุนแรงในชุมชน
- ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดได้รับการดูแลและเฝ้าระวังโดยชุมชน ชุมชนเกิดความพึงพอใจ และมีส่วนร่วมในการดูแล เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ
- มีผังการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดในภาวะฉุกเฉินร่วมกันทั้งอำเภอ เป็นแนวทางเดียวกัน



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและสารเสพติด

ผ่าน Application Sakhrat Hoscare

โรงพยาบาลสระใครและเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย



ที่มาและความสำคัญ

จากสถิติการจับกุมยาเสพติดอำเภอสระใคร ในปี 2564 จำนวน 266 ราย ปี 2565 จำนวน 356 ราย ปี 2566 จำนวน 189 ราย และปี 2567 จำนวน 109 ราย รวมทั้งสิ้น 920 ราย จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดรายใหม่ในปี 2564 จำนวน 12 ราย ปี 2565 จำนวน 10 ราย ปี 2566 จำนวน 8 ราย และปี 2567 จำนวน 5 รายรวมทั้งสิ้น 25 ราย

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสระใคร ปกครองอำเภอสระใคร และสถานีตำรวจภูธรอำเภอสระใคร เห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในพื้นที่อำเภอสระใครจึงพัฒนากระบวนการทำงานตามรูปแบบโครงการ พชอ.อำเภอสระใคร มีระบบเทคโนโลยีมาช่วยพัฒนาเป็นนวัตกรรมของอำเภอสระใครในการพัฒนาการดูแลระบบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดผ่าน Application Sakhrat Hoscare



การดำเนินงาน

1. ศึกษาปัญหา รวบรวมอุบัติการณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วย การคัดเลือกผู้ป่วย ค้นข้อมูลเครือข่ายสู่ระดับชุมชน
2. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายระดับชุมชน การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามมารับยาตามนัด อสม. เยี่ยมในระบบเดือนละ 1 ครั้งการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมสหวิชาชีพ ในเคสที่มีเสี่ยงแจ้งเตือนมาตรวจตามนัด รับยาตามนัด
4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสระใคร การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและติดตามผู้ป่วยผ่าน Application Sakhrat Hoscare
5. พัฒนาเครือข่ายระดับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในเคสที่มีความรุนแรงทีมเครือข่ายลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม
6. การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมิน เฝ้าระวังอาการกำเริบสัญญาณเตือน การกลับเป็นซ้ำ หากมีอาการเปลี่ยนแปลงประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่แจ้งเตือนมาเตือนในไลน์อสม.เยี่ยมในระบบเดือนละ 1 ครั้งแจ้งเตือนฉุกเฉินภาคีเครือข่าย
7. การประสานส่งต่อโรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีกรณีผู้ป่วยอาการ กำเริบซ้ำก่อความรุนแรง

ตัวชี้วัด	ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566			ปี 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลลัพธ์
1.ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง	70%	68.93%	ไม่ผ่าน	70%	76.62%	ผ่าน	70%	96.69%	ผ่าน	70%	98.95%	ผ่าน
2.ผู้ป่วยส่งต่อ	<10%	31.51%	ไม่ผ่าน	<10%	22.58%	ไม่ผ่าน	<10%	4.97%	ผ่าน	<10%	9.55%	ผ่าน
3.ผู้ป่วยขาดนัด	<10%	32.18%	ไม่ผ่าน	<10%	26.52%	ไม่ผ่าน	<10%	3.31%	ผ่าน	<10%	7.64%	ผ่าน
4.ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ	80%	72.61%	ไม่ผ่าน	80%	82.16%	ผ่าน	80%	99.44%	ผ่าน	80%	98.95%	ผ่าน
5.ความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ Sakhrat Hosplus	NA	NA	NA	80%	88%	ผ่าน	80%	96%	ผ่าน	80%	98%	ผ่าน
6.ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพอำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	NA	NA	NA	NA	NA	NA	395 ครั้ง/ปี	401 ครั้ง/ปี	ผ่าน	460 ครั้ง/ปี	450	ผ่าน
7.ผลสำเร็จการสำรวจจิตบ้านผู้ป่วยจิตเวช	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80%	91.26%	ผ่าน	80%	100%	ผ่าน
8.ผลสำเร็จผู้ป่วยจิตเวชใช้อุปกรณ์ Sakhrat Hosplus	NA	NA	NA	NA	NA	NA	60%	1.09%	ไม่ผ่าน	60%	90%	ผ่าน

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและสารเสพติดผ่าน Application Sakhrat Hoscare

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดได้พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยพัฒนาเครือข่ายระดับชุมชนให้สามารถดูแลต่อเนื่อง ประเมินเฝ้าระวังอาการกำเริบ สังเกตอาการเตือน การกลับเป็นซ้ำ และประสาน ส่งต่อเมื่อผู้ป่วยก่อความรุนแรงอย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการผ่าน Application Sakhrat Hoscare โดยออกแบบร่วมกับทีม IT นำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการตรวจสอบข้อมูล การตรวจรักษา การขาดการรักษา การติดตาม การแจ้งเตือนนัด การแจ้งเตือนฉุกเฉินและการส่งต่อประจำปี





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

โรงเรียนแสงแห่งความหวัง ณ แหลมทองวิทยา อำเภอกักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาด้านจิตเวชและยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีหลายปัจจัย ทั้งการใช้สารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดสูง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจิตเวชฉุกเฉิน ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง จากข้อมูลของอำเภอกักดีชุมพล มีผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว (SMI-V) ปี พ.ศ. 2566 มี 38 ราย พบว่าตำบลแหลมทองมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวมากที่สุด 16 ราย (42%) รองลงมาคือ ตำบลเจาทอง จำนวน 10 ราย (26%) และพบเหตุการณ์อันตรายของอำเภอกักดีชุมพลในปี 2566 คือมีการทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิต 1 ราย และเผาบ้านสำเร็จ 1 ราย จากการคืนข้อมูลให้ชุมชนและทำประชาคม ในชุมชน จึงมีมติให้จัดตั้งโรงเรียนแสงแห่งความหวัง เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว (SMI-V) ขึ้น ซึ่งขับเคลื่อนโดยเครือข่าย 4 หัวใจแห่งชุมชน ณ อำเภอกักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเครือข่ายเหล่านี้ได้รวมพลังกัน และได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดทัศนคติที่ดีมีความตระหนักและดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยความ เป็นมนุษย์ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมีอาการกำเริบก้าวร้าว (SMI-V) เหล่านี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับความรัก ให้คุณค่าในสังคม ได้รับการบำบัดสารเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและก้าวร้าวซ้ำ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลง รวมถึงการค้นหาผู้ป่วย SMI-V รายใหม่ เพื่อสร้างความปลอดภัยให้ชุมชนมากขึ้น



การดำเนินงาน

1. ดำเนินงานภายใต้ พชอ.กักดีชุมพล นำโดยนายอำเภอกักดีชุมพล นางสาวอัจฉรา อาษาสู เป็นประธาน มีการประชุมทบทวนสภาพปัญหาและวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
2. มีการจัดตั้งโรงเรียนแสงแห่งความหวัง ณ ตำบลแหลมทอง ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวมากที่สุด เลือกตั้ง ผู้อำนวยการโรงเรียน คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายประพันธ์ เมฆสงค์ และมีรองผู้อำนวยการโรงเรียน พร้อมทั้งมีหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเป็นที่ปรึกษา โดยให้แต่ละหมู่บ้าน นับเป็น 1 ห้องเรียน มีผู้ใหญ่บ้านเป็นหัวหน้า ห้องเรียน ผู้ป่วยจิตเวชสีแดงเป็นนักเรียน มีคุณครูคือทีม ดิน น้ำ ลม ไฟ 4 หัวใจแห่งชุมชน

บทบาทหน้าที่ของคุณครู ทีม ดิน น้ำ ลม ไฟ 4 หัวใจแห่งขุนเขา

ดิน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลการกินยา การฉีดยา และให้กำลังใจ

น้ำ คือ ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ประสานรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน เชื่อมต่อกับหน่วยงานต่าง ๆ และเสริมพลังใจ

ลม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ค้นหาข้อมูล ติดตามหาผู้ป่วยให้ชุมชน ส่งเสริม บำบัด รักษาฟื้นฟู ประสานงานกับทุกหน่วยงาน และเสริมพลังของทีมดิน น้ำ ลม ไฟ

ไฟ คือ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ระงับเหตุเมื่อมีจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมติดตามเยี่ยมเสริมพลังทีม ปรานีปราม และจับกุมสารเสพติด

การดำเนินงานนำทีมโดยนายอำเภอภักดีชุมพล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและคุณครูประจำห้องเดินทางไปหานักเรียนในชุมชนแต่ละห้องเรียน เพื่อเสริมพลังทีมดูแลนักเรียนร่วมกัน พร้อมทั้งร่วมอภิปรายปัญหานักเรียนเป็นรายกรณี และมีวันรวมรุ่นเดือนละ 1 ครั้งของคุณครูทั้งตำบลแหลมทอง เพื่อมาประเมินปัญหา อุปสรรคแนวทางแก้ไข เสริมพลังทีม ประกาดการเยี่ยมบ้าน คลิปเยี่ยมบ้าน และร่วมทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดจากการปฏิบัติงาน

3. จัดตั้งกลุ่ม Line Application ของโรงเรียนแสงแห่งความหวัง ณ แหลมทองวิทยา เพื่อสื่อสารเสริมพลังติดตามหาผู้ป่วย รายงานกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงรายงานผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละห้องเรียน และกลุ่ม Quick Win ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสีแดงระดับอำเภอ

4. เกิดการ “ถอดบทเรียน” จากตำบลแหลมทอง ซึ่งดำเนินการจนประสบผลสำเร็จ สู่อีก 1 ตำบลคือ ตำบลเขาทอง (4 หัวใจแห่งขุนเขา สาขา 2) ซึ่งเป็นตำบลที่มีผู้ป่วย SMI-V มากเป็นอันดับ 2 รองลงมา และกำลังขยายผลให้ครอบคลุมทั้ง 4 ตำบล



ผลลัพธ์ที่ได้

1. ด้านผู้ป่วยกับพฤติกรรมก่อความรุนแรงกำเริบก้าวร้าว ก่อนดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน 25 ครั้ง หลังดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน 5 ครั้ง (20.42%)

2. ด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ก่อนดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน (ไม่มีการค้นหา) พบผู้ป่วยเมื่อก่อเหตุรุนแรงมาก ทำให้การเข้าระงับเหตุลำบาก ก่อให้เกิดความสูญเสียรุนแรง หลังดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน พบรายใหม่ 9 ราย ไม่พบความสูญเสียที่รุนแรง

3. ด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายลดลง 125,212 บาท

4. ด้านความสูญเสียต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ก่อนดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน เสียชีวิต 1 ราย เผาบ้าน 1 หลัง หลังดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน ไม่มีระดับรุนแรงมาก

5. ด้านญาติผู้ป่วย หลังดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน : แจ่มใส คลายความทุกข์ กินได้ นอนหลับ มีความสุขเพิ่มขึ้น

6. ด้านชุมชน หลังดำเนินการจัดตั้งโรงเรียน : กล้าเข้าไปพูดคุย ห่วงใย ให้ความรัก ให้อาสา ให้กำลังใจ



จากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีญาติดูแล หรือญาติมีศักยภาพในการดูแลไม่เพียงพอ ไม่สามารถดูแลได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้ บัดดี้ เพื่อนซี้ในการดูแล One by one เป็นนวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคนดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นเพื่อนซี้กันที่ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ มีความห่วงใย

วิธีดำเนินการ ให้ทีมดินและน้ำที่อยู่ในชุมชนเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเอง ผู้ป่วยและบัดดี้จะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน หลังจากนั้น “บัดดี้” ต้องไปดูแลทั้งเรื่องให้กินยาต่อหน้าทุกวัน ไปทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจ แนะนำให้ลดละเลิกสารเสพติด รวมถึงประสานเชื่อมต่อกับทีมต่างๆ อำนวยความสะดวกให้

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยจิตเวชสีแดง มีบัดดี้ดูแล ทำให้กินยา ฉีดยาต่อเนื่อง ได้รับกำลังใจดี มีโอกาสในสังคม





พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

“คนหนองสูง ต้มโสมร่วมสร้าง ฮักแพงแบ่งปัน ฮักกันมันยืน”

ตำบลหนองสูงเหนือ อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

โรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

ผู้เขียนผลงาน นางจรัสศรี วิเศษกลการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสูง จ.มุกดาหาร



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยคาดการณ์การว่าประชากร 1 ใน 5 จะพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย อำเภอหนองสูงพบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบซ้ำถูกนำส่งโรงพยาบาลหนองสูงในทุกเดือน การจัดการปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จึงได้กำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อนตามกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โรงพยาบาลหนองสูงมีผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน จำนวน 397 ราย แยกเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 61.72 โรคซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 24.10 และโรควิตกกังวล (GAD) ร้อยละ 14.18 ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมเกิดอาการกำเริบซ้ำ (งานสุขภาพจิตและยาเสพติด, 2564) จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์ สรรพพบปัญหาดังนี้ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยินยอมรับประทานยา คิดว่าตนเองหายจากโรคที่เป็นอยู่ ปฏิเสธการเจ็บป่วย จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง 2) ด้านครอบครัว ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เนื่องจากต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องออกไปประกอบอาชีพ 3) ด้านชุมชน มีความกลัวต่ออาการกำเริบ ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ครอบครัวดูแล ตีตราผู้ป่วยเป็นคนบ้า ชีวิตไม่มีคุณค่า 4) ด้านสถานบริการ สถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการยังไม่เพียงพอ

การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนหน่วยงาน เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้ได้รับการบริการและแก้ปัญหาชุมชนที่เหมาะสม ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอำเภอหนองสูง “คนหนองสูง ต้มโสมร่วมสร้าง ฮักแพงแบ่งปัน ฮักกันมันยืน” ขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ลดปัญหาภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือ ครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วย อยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี



1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอำเภอนองสูง ภายใต้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน (Donabedian, 2003) 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง (Structure) รูปแบบการดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์ (outcome)

2. นำเสนอประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นข้อมูลและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เข้าคณะกรรมการ พขอ.

3. ลงนาม MOU การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดอำเภอนองสูงในที่ประชุมคณะกรรมการ พขอ.

4. ประชุมคณะทำงานมอบหมายบทบาทหน้าที่ รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง

5. Kick off การดำเนินงาน โดยขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์ วัคซีนใจ 4 สร้าง 2 ใช้ ผ่านกลไกขับเคลื่อน พขอ.

และ พชต.

กิจกรรมการดำเนินงานมีดังนี้ 1) ตั้มโฮมร่วมสร้าง : สร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัยร่วมกันแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ร่วมกับชมรม To be number one 2) อักแพง แบ่งปัน : สร้างชุมชนที่รู้สึกมีความหวัง 3) อักกันมันยืน : ใช้ศักยภาพชุมชน ใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน (แกนนำภาคีเครือข่าย ผู้นำจิตอาสา อบต. รพ.สต.)



ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนองสูง

อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเภท ปี 2562-2566

ปี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2562	191	115
2563	224	134
2564	241	145
2565	247	146
2566	212	129

อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ปี 2562-2566

ปี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2562	9	4.71
2563	11	4.91
2564	7	2.90
2565	6	2.49
2566	4	1.66

**U****Unity Team : การทำงานเป็นทีม****C****Customer Focus : การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย****C****Community participation : การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย****A****Appreciation : การชื่นชมและให้คุณค่า****R****Resource sharing and human development : การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร****E****Essential care : การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต**



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนโดยการเสริมสร้างวัดขึ้นใจให้ชุมชนเข้มแข็ง
เครือข่ายชุมชนลุ่มรักตำบลบ้านกลาง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดกระบี่



ที่มาและความสำคัญ

จากการทำเวทีประชาคม ปัญหาเสพติดเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขเพราะเกิดผลกระทบในวงกว้างกับประชาชนในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายภาคส่วน อีกทั้งยังเป็นนโยบายที่สอดคล้องกับวาระแห่งชาติ และเป็นมิติของการกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอลำลูกเกด ในปีงบประมาณ 2567 เช่นกัน

จากสถานการณ์ยาเสพติดที่เป็นปัญหาดังกล่าว ได้มีการสำรวจการสำรวจผู้รับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกเกด พบว่าตำบลบ้านกลาง มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าสู่กระบวนการรักษา ปี 2565 จำนวน 8 ราย ปี 2566 จำนวน 16 ราย และปี 2567 (ข้อมูล ณ 30 มิ.ย. 67) จำนวน 12 ราย โดยมีผู้ป่วยจิตเภทจากการใช้ยาและสารเสพติด ปี 2565 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 100) ปี 2566 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 83.33) ปี 2567 (ข้อมูล ณ 30 มิ.ย. 67) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 91.66) จากแนวโน้มคาดการณ์ได้ว่าอาจจะมีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การบำบัดรักษาและการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดย่อมต้องพิจารณาหลายมิติแบบองค์รวม โดยเฉพาะมิติด้านสังคม แต่จากการดำเนินการที่ผ่านมา ผู้เสพที่ผ่านการบำบัดขาดภูมิคุ้มกันทางใจ ขาดความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพ จึงกลับไปเสพซ้ำ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพลัง มีภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างสงบสุข การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของชุมชนและสังคม นำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งแบบยั่งยืนและครบวงจรในการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูที่บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องภายใต้ทิศทางการเปลี่ยนแปลงในระดับสากลให้เป็นไปตามหลักการศาสนา สาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน



การดำเนินงาน

เตรียมความพร้อมชุมชนโดยสร้างจิตสำนึกร่วมกันว่าเป็นปัญหาของทุกคนและทุกฝ่ายต้องมาร่วมมือกัน โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน

1. เรียนรู้สภาพพื้นที่เป้าหมาย โดยการจัดประชุมประชาคม พบปะแกนนำ บันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อแสวงหาความร่วมมือ รวมทั้งสำรวจและรวบรวมข้อมูลและการติดตามข้อมูลความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ปัญหาเสพติด

2. แต่งตั้งคณะทำงานพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ มอบอำนาจการดูแลเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร
3. ประชุมจัดแบ่งพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายในการดำเนินงาน พร้อมจัดชุดปฏิบัติการประจำตำบล/หมู่บ้าน ทำหน้าที่ปลูกพลังมวลชน ขับเคลื่อนกระบวนการประชาคม สร้างความเข้มแข็งหมู่บ้าน/ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
4. ประชาสัมพันธ์ และสร้างความรับรู้/ความเข้าใจให้ประชาชนหมู่บ้าน ตามหลักการศาสนาและแนวทางดำเนินงานแบบชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
5. จัดชุดปฏิบัติการ การตั้งจุดตรวจ-จุดสกัด ทำการเฝ้าระวังพื้นที่เป้าหมายเพื่อค้นหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด คัดกรองบุคคลและครัวเรือน และนำเข้าสู่กระบวนการ/กิจกรรมชุมชนบำบัดรักษา
6. ขอรับงบประมาณสนับสนุน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตำบลบ้านกลาง หรือองค์กรเอกชน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพทีม พัฒนาคณะความรู้และจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือ เช่น อบรมให้ความรู้ในการป้องกันยาเสพติดและสร้างแกนนำในชุมชน อบรมเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อบรมเชิงปฏิบัติการ (แลกเปลี่ยนเรียนรู้) สุขภาพจิตศึกษา ในมิติทางศาสนา เปิดใจบำบัดอารมณ์ ฟันฟูทักษะการรู้คิด ปรับพฤติกรรมสู่แนวทางศาสนาบำบัด เสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง สร้างวัดขึ้นใจ เวทีต่าง ๆ (ละหมาดวันศุกร์ กลุ่มต้นกล้าแห่งความดี กลุ่มมุสลิมะ โรงเรียน-โรงเรียนสอนศาสนา งานกีฬา ฯลฯ) เสริมสร้างการใช้สัมพันธ์ภาพชุมชนและสิ่งแวดล้อม (แข่งขันกีฬา จิตอาสา ทำคุณประโยชน์)
7. เยี่ยมเยียน ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ผ่านการบำบัดรักษา รวมทั้งมอบหมายบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่ติดตามช่วยเหลืออย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดอีก
8. สืบสวนหาข่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อดำเนินการจับกุม/ขยายผลเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องและยึดทรัพย์และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพิ่มเพื่อน เพิ่มข่าย ขยายพลังชุมชน เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีความก้าวหน้าขึ้น อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างกำลังใจให้ซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับปัญหายาเสพติด
9. การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน และการส่งต่อความยั่งยืน-ส่งมอบพื้นที่ให้ผู้นำชุมชน เพื่อดำเนินการต่อเนื่อง
10. รายงานผลการปฏิบัติงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในภาพรวมเสนอต่อศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภออ่าวลึก อย่างต่อเนื่อง
11. การติดตามประเมินผลตามระยะที่กำหนด โดยให้ยังคงดำรงการติดต่อ สื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย และชุดปฏิบัติการกับเป้าหมายได้ตลอดเวลา
12. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามที่ได้รับมอบหมาย



ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดกระบวนการป้องกัน แก้ไข และการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีเครือข่ายชุมชนล้อมรั้วให้การดูแลช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ตำบลบ้านกลาง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ชัดเจน
- มีการขึ้นทะเบียน ศูนย์คัดกรอง ณ รพ.สต.บ้านกลาง กรณีการลงคัดกรองในพื้นที่แบบทีมเครือข่าย
- เกิดเวทีการเรียนรู้ การสร้างภูมิคุ้มกันวัดขึ้นใจที่ต่อเนื่อง เช่น เวทีการละหมาดวันศุกร์ กลุ่มมุสลิมะ ทุกวันพฤหัสบดี กลุ่มการเรียนรู้การสวดตาดีกา วันเสาร์-อาทิตย์ โดยหลักการของศาสนา

- เครือข่ายชุมชนลุ่มรักษ์ มีการประชุมสร้างภูมิคุ้มกันวัคซีนใจ สร้างแกนนำดูแลกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนบำบัด จำนวน 12 คน ตอนนี้อยู่ระหว่างการติดตาม
- เกิดช่องทางพิเศษ ในการส่งต่อผู้ป่วยยาจิตเวช เสพติด ระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย
- กองทุนช่วยเหลือประชาชนยากไร้กลุ่มเปราะบางและผู้พิการ กองทุนแม่ของแผ่นดิน กองทุนช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิต นำทีมโดยท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง ธนาคารขยะช่วยเหลือเป็นค่าอาหารกลางวัน แก่เด็กนักเรียนตาบอด นำโดยคณะกรรมการมัสยิด
- ผู้กรณีที่ผ่านมาการบำบัดที่ว่างงาน มีงานรองรับโดยผู้นำชุมชน
- มีเครือข่ายดูแลความปลอดภัย ตรวจสอบความสงบของหมู่บ้านยามค่ำคืน ตรวจสอบเวรยาม ตรวจสอบสถานที่ราชการ ในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียง
- เกิดกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์ สานสัมพันธ์ประชาชนในพื้นที่ กีฬาหมู่บ้าน กีฬาตำบล งานวันสำคัญทางศาสนา งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลางและองค์กรเอกชน การจัดงานเลี้ยงน้ำชาสมทบทุนสร้างมัสยิด โดยคณะกรรมการมัสยิด
- พัฒนางานชุมชนยั่งยืนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ และได้รูปแบบการดำเนินงานชุมชนเข้มแข็ง ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน





พชอ. กับงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตโดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและจากชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง

ผู้เขียนผลงาน นางสาวสุชาดา นวนทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าบอน



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ได้ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมและบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยกำหนดเครือข่ายภาคประชาชนและ Family Care Team ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพ โดยบูรณาการกับพื้นที่เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต) และใช้เครื่องมือ 4 องค์ประกอบ TPAR ได้แก่ T: Team ทีมสุขภาพระดับตำบลที่มีศักยภาพ P: Plan แผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม A: Activity กิจกรรมหรือบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย R: Result ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในชุมชน การดำเนินงานเน้นบทบาทของภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาพดี และระบบสุขภาพยั่งยืน พร้อมส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชนเพื่อลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ ลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้ ภายใต้อำเภอ พชอ. ได้เชื่อมโยงกับประเด็นนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยสมัชชาสุขภาพ มีเป้าหมายร่วมคือ “คนป่าบอนไม่ทิ้งกัน” และกำหนดให้มีการคัดเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ตามบริบทของพื้นที่ตามแนวทางการพัฒนา DHSPCA ด้วยกลไกบันได 5 ชั้น ตามเกณฑ์ UCCARE



การดำเนินงาน

1. การกำหนดประเด็นปัญหา ได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ.และกรรมการระดับตำบล (พชต.) ได้ประเด็นปัญหา 3 ประเด็น คือ 1) อุบัติเหตุทางถนน 2) สุขภาพจิตและยาเสพติด 3) กลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาส แม้ว่าอำเภอป่าบอนจะจัดประเด็นปัญหา สุขภาพจิตและยาเสพติด ไว้เป็นลำดับที่ 2 แต่ได้มีการดำเนินการควบคู่กับการแก้ไขปัญหาหลัก
2. การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดย 1) กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนปฏิบัติการ ภายใต้อำเภอ 4 ประเด็น ได้แก่ สร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพจิต สร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิต (วัคซีนใจ) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพจิต 2) ลงนามบันทึกความข้อตกลงร่วมกัน MOU กับหน่วยงานทุกภาคส่วน ชี้แจงเป้าหมายการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการลงสู่พื้นที่ 3) ดำเนินงานกิจกรรมตามแผนงาน 4) สรุปผลการดำเนินงาน

1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

1.1 การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่ พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวน 9 ราย (18.96 ต่อแสนประชากร) ส่วนใหญ่อายุ มากกว่า 60 ปี สาเหตุมาจากปัจจัยกระตุ้นประสบปัญหาชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤต ร้อยละ 66.66 วิธีทำร้ายตนเอง ผูกคอตาย 100% นอกจากนี้ในชุมชนยังพบปัญหาสุขภาพจิตผู้ที่ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V ที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 14 ราย รวมถึงมีการแต่งตั้งคณะทำงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และจากชุมชน จำนวน 1 คณะ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต อำเภอป่าบอง โดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม จำนวน 4 แผนงานโครงการ

1.2 การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพจิต จากกิจกรรมให้ความรู้เรื่องประชาสัมพันธ์ เรื่องการสร้างสุขภาพจิตที่ดี สร้างได้ง่าย ๆ ด้วยตนเอง ให้ความรู้เรื่องประชาสัมพันธ์ เรื่องการค้นหา 5 สัญญาณเตือนประชาสัมพันธ์ MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจเช็คสุขภาพใจ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านเวทีต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ดำเนินการครอบคลุม 50 หมู่บ้าน (100%)

1.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิต (วัคซีนใจ) จากการทบทวนชุมชน ผลพบว่า ความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของคนในชุมชนจากโปรแกรม Mental Health Check-in ร้อยละ 87.75 (ปานกลางถึงมาก) ระดับวัคซีนใจในชุมชนวัดจากการประเมินของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข มี 16 คะแนน ชุมชนมีวัคซีนใจในระดับ (B) หมายถึงว่า ชุมชนมีความสามารถในการเสริมสร้างวัคซีนใจและจัดการกับวิกฤตได้ระดับดี แต่ยังมีบางประเด็นที่ต้องพัฒนาให้ดีขึ้น ทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อน รวมถึงทรัพยากรที่มีในชุมชน พบว่า ชุมชนในอำเภอป่าบอง มีความกังวลในเรื่องการสร้างความปลอดภัย การมีมาตรการความปลอดภัยในชุมชนและมีการฝึกซ้อมสม่ำเสมอ จุดแข็งในการดำเนินงานได้แก่ ผู้นำเข้มแข็ง/มีการพัฒนาตลอดเวลา/ให้ความช่วยเหลือ อุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ คนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ขาดการมีส่วนร่วม สร้างแผนชุมชน ได้แผนงานโครงการ 4 แผนงาน คือ แผนสร้างชุมชนรู้สึกปลอดภัย กิจกรรมซ้อมแผนรับมือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตก่อเหตุความรุนแรงในชุมชน แผนสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพจิต แผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิต (วัคซีนใจ) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และแผนพัฒนาศักยภาพ

2. ผลลัพธ์ถึงประชาชน จากการดำเนินการวัคซีนใจในชุมชน และการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตด้วยกลไก พชอ. สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

- ระดับความเชื่อมั่น ในการเป็นผู้นำในกระบวนการชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการมีความเชื่อมั่นระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน มีผลระดับความเชื่อมั่น ระดับ มากที่สุด
- ผลการเรียนรู้ เรื่องการดำเนินงานวัคซีนใจ หลังการเข้าร่วมกระบวนการ สูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโครงการ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05
- ผลจากการดำเนินงาน ตามแผนงานโครงการ แผนสร้างชุมชนรู้สึกปลอดภัย ได้มีการซ้อมแผนรับมือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตก่อเหตุความรุนแรงในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพจิต 5 สัญญาณเตือน ในประชาชนทั่วไปครอบคลุมทุกหมู่บ้าน 100% มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว จำนวน 1 ครั้ง

ผู้ป่วย SMI-V จำนวน 15 คน ได้รับการติดตามดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่นในพื้นที่ แบบบูรณาการ ครบ 100% อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ในปี 2567 ณ 30 มิถุนายน 2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.12 ต่อแสนประชากร ไม่เกินเกณฑ์ ทีมนำสุขภาพจิต (Mental Health Leader) อำเภอป่าบองได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต ครบ 100%



เป็นช่องทางที่ให้ประชาชนทั่วไป ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตขอรับคำปรึกษา มีการให้บริการปรึกษาปัญหาส่วนตัว ปัญหาวิกฤต ตลอด 24 ชม. โดยผู้รับการให้คำปรึกษารู้สึกปลอดภัยและสบายใจมากกว่าการพบแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญแบบตัวต่อตัว และนอกจากนี้ในช่องทางดังกล่าวยังสามารถสืบค้นข้อมูลการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินทางด้านสุขภาพ



พชอ. กังงานสุขภาพจิต

Together for Mental Wellness: Uniting District Efforts for Comprehensive care

ระบบการดูแลผู้สูงอายุสุขภาพ สุขใจ ห่วงไกลซึมเศร้า

ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง แขวงพระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

ผู้เขียนผลงาน 1. นางอรรณณ ลิขิตพรสวรรค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

2. นางยุภาพร เฟื่องเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. นางวจิราภรณ์ ดาวอรุณ นักจิตวิทยาชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง เขตวัฒนา มีจำนวนหลังคาเรือน 70,693 หลังคาเรือนจำนวนประชากรแฝง 50,000 คน จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 48,526 คน มีสิทธิในศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง 35,733 คน (ข้อมูล ณ 2 มิ.ย. 67) จำนวนชุมชนทั้งหมด 20 ชุมชน จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 19 แห่ง จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ 159 คนจำนวน Caregiver ที่อบรมทั้งหมด 80 คน และยังคงปฏิบัติงานอยู่ 38 คน ชมรมผู้สูงอายุ 3 ชมรม มีผู้สูงอายุ 1,731 คน ทั้งนี้ ชุมชนสุเหร่าสามอิน แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา เป็นพื้นที่ชุมชนแออัดภายใต้ความรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง มีจำนวนประชากร 4,638 คน ชาย 2,172 คน หญิง 2,466 คน พบผู้สูงอายุจำนวน 200 คน ประชากรส่วนมากเป็นวัยทำงานแต่ยังมีครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พบว่ามีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 24.59

ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 และสำนักงานเขตวัฒนา ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุ รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันจัดทำโครงการเสริมสร้างพลังใจและการสื่อสารในผู้สูงอายุ และการสร้างสุข 5 มิติ เพื่อเสริมสร้างความสุขและพลังใจให้กับผู้สูงอายุพร้อมฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเป็นแกนนำหลักในการเข้าไปดูแลและติดตามผู้สูงอายุที่พบปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน



การดำเนินงาน

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)

ขั้นที่ 1 ระบุวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสุเหร่าสามอิน แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา เป็นแกนนำหลักในการเข้าไปการสำรวจความสุขของผู้สูงอายุ และความต้องการของชุมชน เพื่อมาจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของชุมชน โดยการดึงแกนนำของชุมชนเข้ามาร่วมเรียนรู้ในหลักสูตรเสริม

สร้างพลังใจและการสื่อสารในผู้สูงอายุ การสร้างสุข 5 มิติ และดูแลและติดตามผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นที่ 2 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวางแผน การจัดตั้งคณะทำงาน

ขั้นที่ 3 มีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินงาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเป็นแกนนำหลักในการเข้าไปดูแลและติดตามผู้สูงอายุที่พบปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน เพื่อพัฒนาอย่างยั่งยืน มีรายละเอียด แผนการดำเนินงาน ดังนี้ การประชาสัมพันธ์การคัดกรองสุขภาพจิตและประเมินความสุขผู้สูงอายุ การเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต การดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง ใช้หลัก 4 ส และการจัดอบรมแกนนำสร้างสุขในชุมชน

ขั้น 4 ประเมินผลของโครงการที่ได้ร่วมกันทำ การติดตามผลดำเนินงานแผนการเสริมสร้างความสุข 5 มิติ และเสริมสร้างพลังใจให้กับผู้สูงอายุพร้อมฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกในผู้สูงอายุในชุมชนผ่านการประชุมประจำเดือน อาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งรายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2Q plus และประเมินความสุข



ผลลัพธ์ที่ได้

output มีการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการบูรณาการทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัตถุประสงค์ของ ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำหลักในการเข้าไปคัดกรองสุขภาพจิต คัดกรองความเครียด ST5 คัดกรองซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q โดยโปรแกรม Mental health Check In การสำรวจความสุขของผู้สูงอายุและความต้องการของชุมชน เพื่อมาจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของชุมชน

Outcome การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง ใช้หลัก 4 ส คือ 1) สังเกตดูแลใจอย่างองค์รวม 2) ใส่ใจ เข้าใจปัญหา 3) เสริมสร้างดูแลใจ 4) ส่งต่อเชื่อมโยง การประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ระดับความพึงพอใจ ต่อกิจกรรมมาก-มากที่สุด ร้อยละ 94.74 ความประทับใจในการเข้าร่วม ร้อยละ 100 พบว่า มีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 75 ซึ่งมีมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2Q plus พบว่า มีความเสี่ยงร้อยละ 26.31 ได้ทำการสำรวจความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 77.03 ระดับพลังใจมาก ร้อยละ 73.69 ผู้สูงอายุชายมีระดับคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 90 สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 78.13 ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 90 สูงกว่าผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 85.7 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป สูงกว่าผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี จากข้อมูลความสุขของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป แต่มีผู้สูงอายุ 70-79 ปี ที่รู้สึกว่าตนเองมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป จะพบว่าเมื่อผู้สูงอายุยิ่งสูงวัยมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งควรส่งเสริมให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น ได้รับการติดตามต่อเนื่อง

Impact ในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุให้มีความพร้อมทำให้มีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 ส. คือ สังเกตดูแลใจอย่างองค์รวม โดยแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ให้เข้าใจปัญหา เสริมสร้างดูแลใจ และส่งต่อเชื่อมโยงศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพทั่วไปปกติ การที่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการดูแลสังคมจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสื่อสารระหว่างคนในครอบครัว มีความเข้าใจในตนเองและญาติผู้ดูแลมากขึ้น สามารถมีความสุขด้วยกิจกรรมที่ชื่นชอบได้ โดยไม่พึ่งพิงญาติมากเกินไป ส่งผลให้มีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในชุมชน



➢ การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โดยศูนย์บริการสาธารณสุข 21วัดธาตุทอง ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแกนนำหลักในการเข้าไปประเมินคัดกรองสุขภาพจิต ดูแล สอบถามความต้องการ และติดตามผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินติดตามผลรายเดือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข มีแบบรายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2Q plus อาสาสมัครสาธารณสุขที่ส่งต่อให้กับพยาบาลทุกเดือนมีแบบรายงานการติดตามโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

➢ ระบบการดูแล ช่วยเหลือ และส่งต่อ โดยมีทีมเยี่ยมบ้าน ที่มีสหวิชาชีพครบ





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลขุนยวม

โรงพยาบาลขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผู้เขียนผลงาน นางอนุสรณ์ รุ่งเรือง



ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีปัญหาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศมาโดยต่อเนื่อง และจากข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่ปี 2557-2566 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ อยู่ระหว่าง 9.86-17.26 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับในปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2567) พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 9.41 ต่อแสนประชากร พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง และพบในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นมากที่สุด สาเหตุปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายมาจากปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 97.70 ป่วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 50.57 เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ร้อยละ 28.74 ใช้สุรา ร้อยละ 14.94 ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 13.7 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 13.79 และติดสารเสพติด สำหรับอำเภอขุนยวม พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ติด 1 ใน 3 ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อยู่ระหว่าง 17.00-42.50 ต่อแสนประชากร ปีละ 2-8 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 97.75 วิธีการใช้แขวนคอ ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต 49.12 ปี ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นในพื้นที่และส่งผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ในชุมชน

จากที่มาและความสำคัญดังกล่าว ทีม 3 หมอ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงได้นำโปรแกรมสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวมาใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่จะเข้ามาเติมเต็มการทำงานเชิงรุก ในพื้นที่ ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สามารถเฝ้าระวัง ติดตามดูแล ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



การดำเนินงาน

1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตระดับอำเภอ และร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงาน
2. ทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และญาติคนใกล้ชิด ติดตามดูแลต่อเนื่องทุกราย
3. จัดทำ Work Flow ในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่
4. สร้าง Line Group ส่งต่อข้อมูลการติดตาม ดูแล ในพื้นที่โดยหมอครอบครัว
5. จัดกิจกรรมอบรมพัฒนาทีม 3 หมอ สู่ชุมชนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายทุกพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิต รวมทั้งเน้นกระบวนการคัดกรอง ครอบคลุมทุกตำบล
6. จัดการประชุมภาคีเครือข่าย โดยนำเสนอปัญหาการฆ่าตัวตายและจิตเวชฉุกเฉิน พื้นที่เสี่ยง 2 เดือนต่อครั้ง

7. ซ้อมแผนรับมือผู้ป่วยจิตเวช/สารเสพติด ที่มีอาการคลุ้มคลั่งก่อความรุนแรงในชุมชน
8. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เป็นพี่เลี้ยงมาจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ ให้กับแกนนำในอำเภอขุนยวม
9. อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง สำหรับญาติ ผู้ดูแล กลุ่มแกนนำในพื้นที่อำเภอ

ผลลัพธ์ที่ได้

1. จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดลงจากปี 2566 จาก 8 ราย เป็น จำนวน 4 ราย
2. จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ลดลงจากปี 2566 จาก 7 ราย เป็น 0 ราย
3. อาสาสมัครสาธารณสุข (หมอคนที่ 1) มีทักษะในการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 75

นวัตกรรมเด่น

“แบบคัดกรองสุขภาพจิต 2 ภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง)”

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอขุนยวม ได้มีการเสนอแนวคิดการพัฒนาการแปลภาษาชนเผ่า ในพื้นที่ โดยให้ รพ.สต.นำไปต่อยอด โดยมีการวางแผน แปลภาษาเป็นภาษากะเหรี่ยง และภาษาม้ง ในพื้นที่เขตตำบลแม่อุคอ นำไปทดลองนาร่องในพื้นที่ รพ.สต.แม่แจ๊ะ ตำบลแม่ยวมน้อย ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล ประกอบด้วยชนเผ่ากะเหรี่ยง เป็นกลุ่มเสี่ยงวัยผู้สูงอายุ อ่านหนังสือไม่ได้ ใช้ภาษาถิ่นหลัก/ภาษาชนเผ่าเป็นหลัก จึงทำให้การสื่อสารโดยการคัดกรองมีความคลาดเคลื่อน ไม่ตรงตามที่แบบประเมิน จึงทำให้ต้องมีทำเป็นแบบประเมินภาษาถิ่นขึ้นมา โดยเป็นแบบประเมินคัดกรองซึมเศร้าและประเมินความเครียดแบบ 2 ภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) โดยใช้กับกลุ่มเสี่ยง ทุกกลุ่มวัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงพื้นที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยง พร้อมถ่ายรูปกับสื่อส่งมาปรึกษาในกลุ่มไลน์ อสม.





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

การพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยกลไก 3 หมอ

คปสอ.น้ำปาด อำเภอเมืองน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอเมืองน้ำปาดพบปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ตั้งแต่ปี 2553 ได้แก่ 1) ปัญหายาเสพติด พบว่าผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้า กัญชา และไอซ์ พบว่าในปี 2564-2566 มีจำนวน 115, 57 และ 157 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20-50 ปี ประกอบอาชีพ รับจ้างและการเกษตร ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ในการเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย 2) ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากข้อมูลปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วย SMI-V จำนวน 9, 11 และ 31 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มมากขึ้นซึ่งสาเหตุการแพร่ระบาดของสารเสพติด และเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดไม่ไปตามแพทย์นัด ในปี 2566 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 31 คน พบว่ากินยาไม่ต่อเนื่องทำให้อาการกำเริบ ก่อเหตุทำร้ายตนเอง จำนวน 3 คน ทำร้ายคนในครอบครัว จำนวน 24 คน 3) ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ข้อมูลในปี 2564-2566 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.17, 8.27 และ 16.62 ตามลำดับ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบสวนทางระบาดวิทยาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายพบว่ามีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ป่วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 66.67 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 50.00 ใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 16.67 มีประวัติทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 25.00 พบว่ามีปัจจัยกระตุ้น อาการจิตเวชกำเริบ (ซึมเศร้า โรคจิตจากสารเสพติด) ร้อยละ 50.00 พืชหรือฤทธิ์จากสารเสพติด ร้อยละ 58.30 และมีสัญญาณเตือน ร้อยละ 91.67

จากปัญหาของพื้นที่ดังกล่าวพบว่ามีสาเหตุหลักจากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และการขาดระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรวมถึงการขาดแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน



การดำเนินงาน

1. พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอเมืองน้ำปาด
2. พัฒนาแนวทางการดูแลส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
3. พัฒนาศักยภาพทีมแกนนำเครือข่าย
 - 3.1 การดูแลผู้ป่วย SMI-V เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา เช่น การซ่อมแผนฉุกเฉินทีมในการส่งต่อผู้ป่วย SMI-V
 - 3.2 การพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน เช่น
 - 3.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่น จัดประชุมให้ความรู้แกนนำ ผู้นำชุมชน และ อสม. พร้อมทั้งสร้าง Line กลุ่ม เพื่อใช้ในการสื่อสาร

กลุ่มผู้ป่วย SMI-V

- ไม่เกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงจากพฤติกรรมจากผู้ป่วย SMI-V ในหมู่บ้าน
- ผู้ป่วย SMI-V ที่มีอาการรุนแรงได้รับการส่งต่อสำเร็จ ร้อยละ 100
- ผู้ป่วย SMI-V ในหมู่บ้าน/ชุมชน คงอยู่ในการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง ร้อยละ 80

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ร้อยละ 100
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 16.80
- กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 100

กลุ่มประชาชนทั่วไป

- ผลการประเมินสุขภาพจิตประชาชนใน MHCI จำนวน 3,478 คน
- กลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 100

นวัตกรรมเด่น

“กลุ่มไลน์ประสานใจปลอดภัยในชุมชน ไทน้ำปาด”

เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อความรุนแรงในชุมชน เมื่อครอบครัวหรือผู้พบเหตุการณ์แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือไปยังระบบ 191 และ 1669 ระบบส่งการจะอยู่ที่จังหวัดอุดรดิตถ์แล้วส่งการมาที่ศูนย์อำเภอทำให้การออกช่วยเหลือล่าช้า ระบบการออกเหตุของ 1669 ถ้าเจ้าหน้าที่ตำรวจยังไม่ถึงที่เกิดเหตุทีม 1669 จะไม่ออกเหตุได้เนื่องจากกังวลเรื่องความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้การปฏิบัติงานระงับเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือมีความล่าช้าเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน จากปัญหานี้พบว่าขาดการสื่อสารข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนำส่งผู้ป่วยกับทีมผู้ให้การรักษาในโรงพยาบาลชุมชนหรือบางครั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ไม่ได้มีการประสานงานทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ได้เตรียมรับผู้ป่วยทำให้เกิดความล่าช้าได้ และผู้ป่วยกลุ่มนี้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดเป็นผู้ดูแลที่มีความชำนาญเมื่อไม่มีการประสานงานมาก่อนจึงไม่ทราบและไม่ได้เตรียมประวัติการรักษาไว้ เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยได้ “กลุ่มไลน์ประสานใจปลอดภัยในชุมชน ไทน้ำปาด” มีเป้าหมายเพื่อใช้สื่อสารในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

TO BE NUMBER ONE ร่วมกับ 3 หมอ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสไตล์ทรายทองวัฒนา
โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา อำเภทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

ผู้เขียนผลงาน นางจันทนา วิมลจิตระสอาด



ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564-2566 มีอัตราตายเท่ากับ 6.48, 8.53 และ 7.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ จังหวัดกำแพงเพชร เท่ากับ 10.86 ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ อำเภทรายทองวัฒนา เท่ากับ 26.71 ต่อแสนประชากร และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง และพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและวิธีการที่ทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ ผูกคอ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลทรายทอง จึงได้มีการนำเสนอข้อมูลสุขภาพจิต และสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ในการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ การประชุมของภาคีเครือข่ายระหว่างสาธารณสุข หรือท้องถิ่นต่างๆ เพื่อเป็นการสะท้อนปัญหา และร่วมกันคิด ออกแบบการแก้ปัญหาาร่วมกันตามบริบทของพื้นที่ เนื่องจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและ ยาเสพติดที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงได้เกิดแนวคิดการบูรณาการงานร่วมกับทีม 3 หมอในชุมชน รวมทั้งให้ภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ไปพร้อมกับการทำงานขับเคลื่อน งานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ร่วมกับทีม 3 หมอ โดยนำโครงการ TO BE NUMBER ONE ภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 มาพัฒนางานในการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนในแบบฉบับทรายทอง วัฒนา



การดำเนินงาน

1. ประชุมวางแผน คืบข้อมูล จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ พัฒนาศักยภาพ คัดกรอง และค้นหาผู้ป่วย ในเวที ประชุมประจำเดือนทุกเดือนร่วมกับทีม อำเภอ TO BE NUMBER ONE และ ทีม 3 หมอ
 2. จัดกิจกรรมโดยบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายไปพร้อมกับการขับเคลื่อนงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ทำงานร่วมกับทีม 3 หมอ โดยมีกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มราชสีห์ กลุ่มชุมชน กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยทีน และกลุ่มจูเนียร์ ภายใต้กลยุทธ์ 3 ยุทธศาสตร์ ร่วมกับเทคนิค 7 ย.
- รมณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแส สอบถาม พูดคุย ให้กำลังใจ การกินยา ฝัาระวังสัญญาณเตือน ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า รมรงค์ ลด ละ เลิก การดื่มสุรา ยาเสพติด อาการทางจิต 5 อย่าง หากพบ ความเสี่ยง ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. เพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่รวดเร็ว

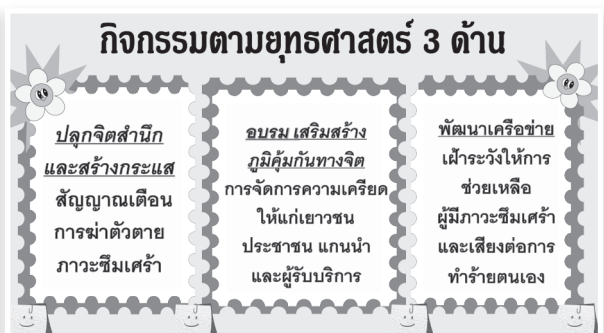
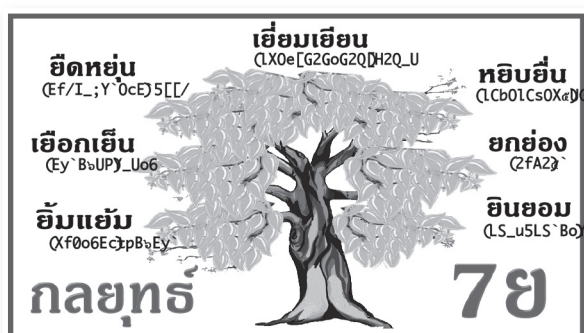
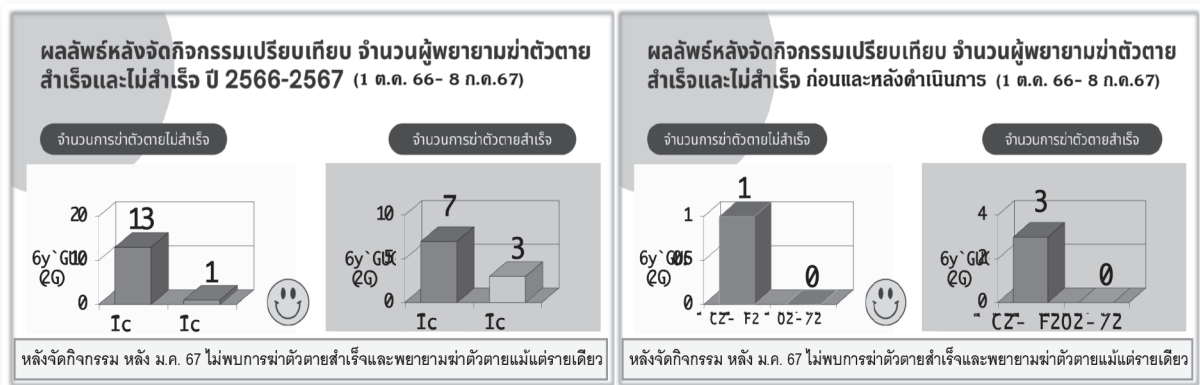
- เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต อบรมการให้การปรึกษา โรคซึมเศร้า จิตเภท ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง คนติดสุรา ยาเสพติด การจัดการความเครียด และการให้คำปรึกษาในรูปแบบการแนะนำเบื้องต้น และการช่วยเหลือเบื้องต้น ครอบครัวสุขภาพด้วย 3ก (กิน กอด กราบ) ให้กับกลุ่มเป้าหมาย

- สร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง นอกเหนือจากทีม 3 หมอ ขยายให้ครอบคลุมหลากหลายเครือข่ายร่วมกับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ประสานท้องถิ่นเข้ามาดูแลเรื่องสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง แกนนำชุมชน 38 หมู่บ้าน รพ.สต. 4 แห่ง ชมรม อสม. 5 แห่ง โรงเรียน 14 แห่ง วัดทุกแห่ง ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์เด็กเล็ก พัฒนากรชุมชน อบต. 2 แห่ง อปท. 1 แห่ง รวมทั้ง สภอ. ทราญทองวัฒนา และฝ่ายปกครอง



ผลลัพธ์ที่ได้

หลังจัดกิจกรรมตามแผนงานโดยบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ขับเคลื่อนไปกับการงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ร่วมกับทีม 3 หมอ ส่งผลให้การเข้าถึงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เกินเป้าหมายตลอดระยะเวลาดำเนินงาน 7 เดือน ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายและตายสำเร็จแม้แต่รายเดียว





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

3 หมอ 3ส 4ก ศูนย์สุขภาพชุมชนสาขาหมู่บ้านสมชาย เครือข่ายโรงพยาบาลบางกรวย
ศูนย์สุขภาพชุมชนสาขาหมู่บ้านสมชาย เครือข่ายโรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
ผู้เขียนผลงาน น.ส.กัญวิทย์ ถาวรรีย์พัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บางสีทอง
น.ส.นันทพร ยันนาดี เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญการ
นางผ่องจิตต์ พิรุณรัตน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตและ
ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในจังหวัดนนทบุรี นำมาซึ่งการสูญเสียของประชากร ก่อนวัยอันควร จากข้อมูล
ในระบบเฝ้าระวัง ผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506s) ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ
2.18, 2.01 และ 1.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีแนวโน้ม
ที่ลดลง แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอ พบว่า อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
สูงกว่าค่าเป้าหมายในระดับประเทศ เมื่อวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนทำร้ายตนเอง พบว่า ปัญหา
เศรษฐกิจ (ร้อยละ 44.4) เป็นปัจจัยกระตุ้นอันดับแรก รองลงมา คือ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
(ร้อยละ 33.33) ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 27.78) โรคทางจิตเวช
(ร้อยละ 27.78) และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-59 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวน 2 ใน 3 ราย ไม่เคยมีสัญญาณเตือน
ในการฆ่าตัวตายมาก่อน แสดงให้เห็นว่าคนใกล้ชิด ครอบครัว รวมถึงชุมชน อาจจะยังขาดความใส่ใจ ความเข้าใจ
ในการดูแลช่วยเหลือและการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน จึงได้นำโปรแกรมการป้องกันปัญหา
การฆ่าตัวตายในชุมชน “Community Set Zero” มาใช้ในการเตรียมความพร้อมของชุมชน เพื่อให้เข้ามามี
ส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการวางแผนเป้าหมาย วางแผนกลยุทธ์ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
โดยการใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน 4 ยุทธศาสตร์ คือ ลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ยับยั้ง
ความคิด หยุตพฤติกรรม กระบวนการติดตามผู้บาดเจ็บ ครอบครัว และป้องกันการทำซ้ำ และผลักดันขับเคลื่อน
การดำเนินงานตามแผนของชุมชน เพื่อสร้างความแข็งแกร่งทางใจให้กับสมาชิกในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดการเกิดปัญหา
สุขภาพจิต และลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จได้



การดำเนินงาน

ประยุกต์ใช้แนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาใช้ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 การผลักดันเชิงนโยบายและสร้างความสำคัญของผู้บริหาร/ผู้นำในระดับพื้นที่ โดยการ
คืนข้อมูลสถานการณ์การฆ่า ตัวตายในเวทีสำคัญต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนเพื่อหาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน ผ่านเครื่องมือของกรมสุขภาพจิตที่ชื่อว่า community set zero โดยมีการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ภายใต้เครื่องมือ community set zero

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและแนวทางการพัฒนากระบวนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย key success factor คือ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหมอที่ 1 (พบเร็ว ส่งต่อ ติดตาม)



ผลลัพธ์ที่ได้

1. มีการพัฒนาศักยภาพต้นแบบชุมชนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และทีม 3 หมอในพื้นที่ในการร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเชิงรุกภายใต้ โปรแกรมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (community set zero) ครอบคลุมทั้งตำบลบางกรวย
2. ปี 2566 พบประชากรอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 3 ราย และจำนวน 2 ใน 3 รายนั้นเกิดขึ้นในพื้นที่ของตำบลบางกรวย แต่ในปี 2567 ยังไม่พบผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ



นวัตกรรมเด่น

“3 หมอ 3ส 4ก ศูนย์สุขภาพชุมชนสาขาหมู่บ้านสมชาย เครือข่ายโรงพยาบาลบางกรวย”

เกิดจากการออกทำงานเป็นทีมในพื้นที่ ยังไม่มีแผนการทำงานที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม จึงได้มีการสร้าง และกำหนดกระบวนการทำงานชัดเจน เพื่อเป็นมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตคนในชุมชน

3 หมอ (หมอคน 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว)

3 ส (สอดคล้องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง)

- **สอดคล้องมองหา (Look)** โดยค้นหาผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น ผู้ที่แสดงอาการ เศร้าโศกเสียใจ รุนแรงกินไม่ได้นอนไม่หลับ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

- **ใส่ใจรับฟัง (Listen)** อย่างตั้งใจ รวมทั้งใช้ภาษากาย เช่น จับมือโอบกอด เพื่อช่วยให้ผู้สูญเสีย บอกเล่าอารมณ์ ความรู้สึก คลายความทุกข์ในใจ

- **ส่งต่อเชื่อมโยง (Link)** โดยให้ความช่วยเหลือ ตามความจำเป็นพื้นฐาน ให้พยายามติดต่อ ครอบครัวหรือชุมชนให้ ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตก่อนที่จะส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ที่เหมาะสมต่อไป

4 ก (กระบวนการ แกนนำ กิจกรรม เก็บ)

- **ก กระบวนการ** เป็นกระบวนการคุณภาพ P D C A ในทุกกระบวนการ
- **ก แกนนำ** มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำในพื้นที่อยู่เสมอ
- **ก กิจกรรม** การดำเนินกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
- **ก เก็บ** เก็บและส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นความลับ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

“ลันจีเหมืองใหม่โมเดล” กลไกการสร้างส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหাসุขาพจิต
และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประชาชนทุกช่วงวัยด้วยพลัง บ.ว.ร.

รพ.สต.บ้านคลองเหมืองใหม่ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขาพจิตและการฆ่าตัวตายของประชาชนในภาวะวิกฤติ เมื่อปี 2562 เป็นปัญหาในระดับชาติ ซึ่งตำบลเหมืองใหม่มีประชาชนได้รับผลกระทบจำนวนมาก จากการศึกษาผลกระทบของประชาชนพบว่าได้รับผลกระทบด้านจิตใจทุกกลุ่มวัย การสืบค้นปัญหาสุขาพจิตจากเวทีสัญจรรับฟังความคิดเห็นของประชาชน 10 หมู่บ้าน ทำให้ทราบถึงประเด็นปัญหาสุขาพจิตที่เกิดขึ้นและหาภาคีเครือข่ายชุมชนในการติดตามประเมินภาวะสุขาพจิตของประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย ใช้เครื่องมือที่ผ่านการรับรองจากกรมสุขาพจิต ภาวะซึมเศร้า ในวัยเด็กเรียนและวัยรุ่น ร้อยละ 19.9 และ 7.3 ตามลำดับพบความเครียดวิตกกังวลส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจที่ต่ำกว่าคนปกติในวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.9 และ 28.2 ตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขาพจิตตำบลบ้านคลองเหมืองใหม่ได้นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาจัดทำแนวทางการดำเนินงานโดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาในประเด็นปัญหาสุขาพจิตในแต่ละกลุ่มวัย และออกแบบการดำเนินงาน กลไก “ลันจีเหมืองใหม่โมเดล” โดยเริ่มนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้เป็นกลไกในการดำเนินงานสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาสุขาพจิตและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประชาชน



การดำเนินงาน

มีนโยบายและแนวทางในการส่งเสริมการรวมกลุ่ม/เครือข่าย โดยได้จัดเวทีสัญจรชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ และร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย บ.ว.ร. (บ้าน วัด ราชการ) มีการจัดตั้งคณะทำงานระดับตำบลครอบคลุมทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและประชาชนขึ้น 4 คณะ คือ คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการด้านการส่งเสริมสุขาพจิต คณะกรรมการด้านการส่งเสริมการศึกษา และคณะกรรมการสร้างความสงบสุขในชุมชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานแต่ละคณะ นโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของตำบลเหมืองใหม่เน้น 4 สร้าง คือ 1) สร้างทีมงานดูแลสุขาพจิตในระดับชุมชน นักส่งเสริมสุขาพจิตชุมชน (นสข.) โดยผ่านการอบรมโดยทีมงานสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลอัมพวาและศูนย์สุขาพจิต ที่ 5 2) สร้างเครื่องมือประเมินสุขาพจิต 3) สร้างช่องทางการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษารับเรื่องราวทุกข์และศูนย์กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขาพจิต

สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลเมืองใหม่ 4) สร้างสรรค์นวัตกรรมที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชนและทีมงานภาคีเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกมิติอื่น ๆ ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนควบคู่การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ทำการศึกษาวิจัยผลกระทบของประชาชนในภาวะวิกฤติเพื่อทราบถึงขนาดความรุนแรงและคืนข้อมูลให้กับประชาชนในพื้นที่ ร่วมสร้างความตระหนักถึงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

จัดทำฐานข้อมูล (Inform) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและข้อเท็จจริงในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น “ศูนย์เยียวยาใจประชาชนทุกกลุ่มวัยด้วยพลัง บ.ว.ร.” ขึ้น เป็นศูนย์เผยแพร่ความรู้การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน โดยทีมงานสหวิชาชีพ การรับปรึกษาปัญหา เรื่องร้องเรียนต่าง ๆ การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในชุมชน และเป็นศูนย์กลางการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์ที่ได้

1. การสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน กระบวนการที่ดำเนินงานในทุกขั้นตอนเกิดจากการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตครอบคลุมในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุ และไม่พบการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่จนถึงปัจจุบัน

2. ได้รับคัดเลือกให้เป็นชุมชนต้นแบบที่มีความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต และเป็นพื้นที่ชุมชนท้องถิ่นต้นแบบด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีการอบรมพัฒนาศักยภาพนักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน (นสข.) จำนวน 70 คน การเกิดเครือข่ายร่วมดำเนินงานในรูปแบบภาคีเครือข่าย บ.ว.ร. (บ้าน วัด และราชการ)

3. การขับเคลื่อนกลไกการทำงานของชุมชนควบคู่กับการพัฒนาเชิงนโยบายของหน่วยงานภาครัฐ มีผลการดำเนินงานของสถานบริการด้านสุขภาพสอดคล้องกับตัวชี้วัดกรมสุขภาพจิต 3 มิติ คือ 1) มิติด้านประสิทธิผล คือ ชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กนักเรียน จนทำให้มีระดับ EQ ดีขึ้น เด็กในกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยครอบครัวจนมีปัญหาน้อยลง 2) มิติด้านคุณภาพการให้บริการ รพ.สต.บ้านคลองเหมืองใหม่ สามารถบูรณาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตชุมชนและสอดคล้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออัมพวา (พขอ.) จัดทำคลินิกดูแลให้ปรึกษาด้านสุขภาพจิตและสร้างทีมนักส่งเสริมสุขภาพชุมชน เกิดกลไกการดูแลสุขภาพจิตในระดับบุคคล ระดับครอบครัวและระดับชุมชนจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในทุกปี 3) มิติด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน กลไกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเหมืองใหม่ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน 5 ด้านคือสุขภาพร่างกาย ครอบครัวอบอุ่น เศรษฐกิจชุมชน สังคมน่าอยู่ และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ได้รับการยกระดับเป็นต้นแบบชุมชนสุขภาพดี (Healthy City Model) ของกรมอนามัยปี 2567



เป็นกลไกการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีสัญจรโดยภาคีเครือข่าย ในชุมชนร่วมกับประชาชนตำบลเหมืองใหม่ โดยมีการร่วมคิดค้นรูปแบบกลไก ใช้ชื่อ “ลีนจี” พิเศษเศรษฐกิจ ของประชาชนตำบลเหมืองใหม่ เพื่อสร้างสัญลักษณ์ในการสร้างส่วนร่วมของประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหา ของประชาชนตามศักยภาพและบริบทของพื้นที่ตำบลเหมืองใหม่ วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ใช้หลัก 5 ท.ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน คือ “ทีม (การสร้างทีมงาน ในชุมชนพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น) ทุน (ระดมทรัพยากรในชุมชน ร่วมแสวงหา ร่วมใช้ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม) ทำ (ร่วมรู้ ร่วมคิด และร่วมทำ ความร่วมมือทุกภาคส่วน) ทน (มีความอดทน ยอมรับและปรับปรุง แก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นร่วมกัน) และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้กลยุทธ์ “P-I-R-A-B” ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในพื้นที่





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยกลไก 3 หมอ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว



ที่มาและความสำคัญ

อำเภออรัญประเทศเป็นพื้นที่ชายแดน และกำลังพัฒนาเป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ มีแนวโน้มประชากรแฝงเพิ่มขึ้น และแรงงานต่างด้าวมีทั้งอยู่ประจำ และไป-กลับ เมื่อประชากรมาอาศัยอยู่หนาแน่น ก็มีปัญหามากมายตามมา อาทิ ปัญหาเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันและค่าครองชีพที่สูงกว่าทั่วไป ปัญหายาเสพติดที่มีการเข้าถึงง่าย ปัญหาครอบครัวการหย่าร้าง ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยพบว่าอำเภออรัญประเทศมีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดสระแก้ว ซึ่งในปี 2566 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 24.98 ต่อแสนประชากร มีการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี มากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 พบในช่วงวัยผู้สูงอายุ จำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 35.29 (ข้อมูลจากกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลอรัญประเทศ ณ วันที่ 1 ก.ค. 67) จากปัญหาดังกล่าวทำให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออรัญประเทศ นำมาเป็นหนึ่งในประเด็นในการขับเคลื่อนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย กลไก 3 หมอ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว



การดำเนินงาน

ขั้นที่ 1 วางแผน (Planning)

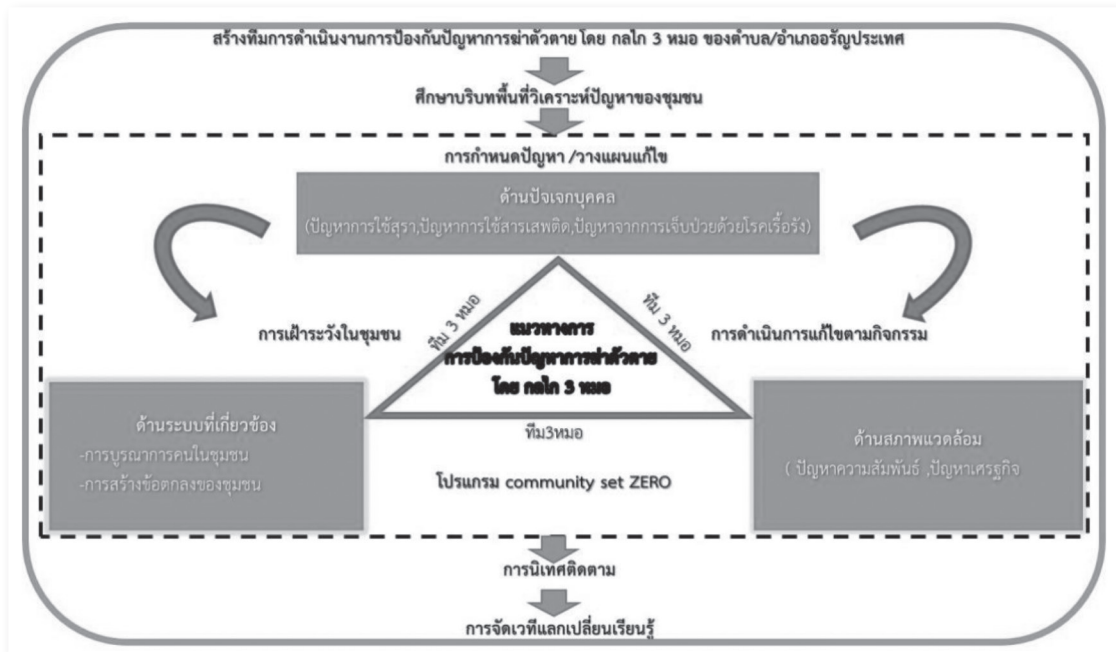
1. ศึกษาข้อมูลและบริบทของพื้นที่เตรียมการประชุมก่อนการดำเนินงาน
2. แต่งตั้งคณะกรรมการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย กลไก 3 หมอ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
3. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและใช้โปรแกรม Community set ZERO ในการพัฒนาทีม 3 หมออำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
4. วางแผนการดำเนินงาน อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน (Action)

1. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยกลไก 3 หมอ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ตามบริบทพื้นที่
2. กำหนดนโยบายการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย กลไก 3 หมอ อำเภออรัญประเทศ ตำบลสู่ระดับหมู่บ้าน
3. เสนอแผนปฏิบัติการ การกำหนดนโยบายการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย กลไก 3 หมอ อำเภออรัญประเทศ ตำบลสู่ระดับหมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1. การนิเทศติดตาม ประเมินผล สังเกต การดำเนินงาน
2. ประเมินการมีส่วนร่วมระหว่างและหลังดำเนินงาน



แนวทางในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยกลไก 3 หมอ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสระแก้ว

การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย กลไก 3 หมอ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสระแก้ว เริ่มดำเนินการจากการสร้างทีมการดำเนินงานการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย กลไก 3 หมอของตำบล/อำเภอศรีสะเกษ กำหนดปัญหาซึ่งพบว่าอำเภอศรีสะเกษ แบ่งปัญหาออกเป็น ด้านปัจเจกบุคคล (ปัญหาการใช้สุรา ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) ด้านสภาพแวดล้อม (ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาเศรษฐกิจ) อำเภอศรีสะเกษ ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านระบบที่เกี่ยวข้องโดยใช้โปรแกรม Community set ZERO ผ่านกลไก 3 หมอในดำเนินการเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของชุมชน ตามบริบทของพื้นที่นำมาสู่การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

สถานีสุขภาพใจ (Mental Health Station)

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ผู้เขียนผลงาน นายคณัย บุญมี เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

นางประครอง ประภีระนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางจันทิมา สว่างไสว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

การจัดตั้ง Mental Health Station ในชุมชนบ้านหนองหนอง หมู่ 8 เป็นจุดบริการตรวจเช็คสุขภาพใจ เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพใจ ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว กลุ่มวิตกกังวล โรคจิตเภท ฯลฯ ที่ประชาชนสามารถใช้บริการได้ด้วยตนเองและมีข้อมูลเพื่อสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนเข้าใจเข้าถึง และสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคทางสุขภาพจิตเรื้อรังได้ภายใต้แนวคิด “เข้าถึงง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้ด้วยตนเอง และก่อให้เกิดความตระหนัก” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดระบบสุขภาพจิตดิจิทัลสำหรับเพิ่มสมรรถนะประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง เพื่อเพื่อจัดให้มีสถานีสุขภาพใจ (Mental Health Station) ต้นแบบในการส่งเสริม เฝ้าระวัง ฟันฟูสุขภาพจิตคนในชุมชน เพื่อสนับสนุนแนวทางและรูปแบบสถานีสุขภาพใจ (Mental Health Station) กลุ่มเป้าหมายการให้บริการ ประชาชนทั่วไปที่มีความสนใจ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคทางสุขภาพจิต ประชาชนกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิตและยาเสพติด หรือผู้ที่ดูแลสุขภาพตนเองไม่อยู่ในระบบการรักษาของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ นอกจากนี้ยังใช้กลไกของระบบ 3 หมอ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแล จากผลการดำเนินงานพบว่า อสม.มีความพึงพอใจในการใช้ชุดอุปกรณ์ ร้อยละ 95 และยังพบว่า ผู้นำชุมชน ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจในการใช้บริการ สถานีสุขภาพใจ (Mental Health Station) ร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า หากกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ครอบคลุมมองด้านบวกของผู้ป่วย ชุมชนให้การดูแลไม่ตีตรา ลดมลทิน จะช่วยลดอุบัติการณ์ของอาการกำเริบและลดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงได้ ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่ง ที่สามารถแก้ไขปัญหานี้ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยได้โดยตรง และเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการเสริมพลังชุมชนสามารถดูแลคนในชุมชนเองได้ จึงได้นำสู่การวิจัยครั้งนี้



การดำเนินงาน

1. คัดเลือกจุดจัดตั้ง Mental Health station ใช้พื้นที่ศาลาประชาคมชุมชนบ้านหนองหนอง หมู่ 8 กำหนดบทบาทของทีมบริหารและคณะทำงาน
2. จัดหาชุดเครื่องมือในการใช้ในจุดบริการ Mental Health station

3. เตรียมความพร้อมด้านสถานที่ในการตั้งจุดบริการ มีป้ายสื่อสารข้อมูลวิธีการตรวจเช็คสุขภาพใจด้วยตนเอง การเฝ้าระวัง การฟื้นฟู มีรายละเอียดการแปรผลที่ได้ที่จุดบริการ และมีการให้บริการโดย อสม.เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตอยู่ประจำจุดบริการในระยะแรกเพื่อแนะนำการให้บริการอุปกรณ์และการลงทะเบียนกรอกข้อมูล

4. อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนเยาวชน ประชาสัมพันธ์ในการเข้าใช้บริการในจุดบริการ Mental Health station ผ่านเสียงตามสายของชุมชน การประชุมประจำเดือน รณรงค์สร้างกระแสในชุมชน การจัดรายการวิทยุ และสื่อโซเชียลต่าง ๆ

5. ดำเนินงานให้บริการ Mental Health station โดยเมื่อมีผู้รับบริการที่ Mental Health station อสม. ที่ให้บริการ ณ จุดบริการ Mental Health station แนะนำการตรวจสุขภาพใจประจำเดือนทุกเดือน จะมีการแปลผลในระดับต่าง ๆ ตามดัชนีสุขภาพใจที่กรอกลงไป และทำการ ประมวลผล

6. พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชดำเนินการติดตามข้อมูล/ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยง เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7. นำผลการติดตาม มาวิเคราะห์และเรียบเรียงในกลุ่มภาวะทางด้านสุขภาพจิตต่าง ๆ ว่าได้รับการติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วมีผลทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร โดยติดตามประเมินผลทุก 1 เดือน

ผลลัพธ์ที่ได้

ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนชาวบ้านหนองหนอง มีความพึงพอใจ ในการใช้ชุดอุปกรณ์ Mental Health station ที่ ร้อยละ 90 และผู้รับบริการ ณ จุดบริการ Mental Health stations มีความพึงพอใจที่ร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังลดภาวะเครียด ซึมเศร้า อัตราการป่วย อัตราการขาดนัดขาดการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในพื้นที่ลดลงจากร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 35 อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพ อสม.สาขาสุขภาพจิตในพื้นที่ส่งเสริมให้ ประชาชนเขตเมืองเข้าถึงจุดบริการในชุมชน ที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่พร้อมให้บริการอยู่ตลอดเวลา ถือเป็น บริการที่ใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่

นวัตกรรมเด่น

กระเป๋ายาใจ ห่วงใยสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย

กระเป๋ที่ทำจากวัสดุเศษผ้าเหลือใช้นำมาประดิษฐ์ให้เป็นกระเป๋าทรงสูง ราคา 50 บาทต่อใบ อสม.สาขาสุขภาพจิตแต่ละแลวกจะมีกระเป๋ายาใจ ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย คือเวลาติดตามเยี่ยมบ้านจะนำกระเป๋าดัดตัวไปด้วย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทางใจแต่ละคนแต่ละ Case สำหรับคนที่เข้าข่ายกลุ่มเสี่ยง กักตัวคนเดียว ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยจิตเวชเฝ้าระวังอาการทางจิต ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ณ จุดบริการ Mental Health station ทุกสาย





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

บูรณาการ 3 หมอรวมใจป้องกันดูแลประชาชนและผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุก อำเภอปากชม จังหวัดเลย

โรงพยาบาลปากชม ตำบลปากชม อำเภอปากชม จังหวัดเลย

ผู้เขียนผลงาน นพ.สรรคเพชร หอมสมบัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากชม



ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ปัจจุบันมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจนถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมีอุบัติการณ์สูงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วย NCDs 2) โรคจิตเวชเรื้อรัง รวมถึงกลุ่มที่ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจกลุ่มตกงาน เป็นหนี้ขาดรายได้กลุ่มที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับครอบครัวที่มีแนวโน้มของความพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น พื้นที่อำเภอปากชมเป็นพื้นที่ติดชายแดน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดจำนวนมาก ทำให้ประชาชนมีปัญหาในเรื่องสุขภาพจิตค่อนข้างมาก จากทะเบียนโรงพยาบาลปากชม มีผู้ป่วยจิตเวชที่อยูในการดูแลย้อนหลัง ดังนี้ ปี พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งหมด 315 ราย มีอาการกำเริบ จำนวน 17 ราย, ปี พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งหมด 343 ราย มีอาการกำเริบ จำนวน 17 ราย, ปีพ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 377 ราย มีอาการกำเริบ จำนวน 19 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 433 ราย มีอาการกำเริบ จำนวน 22 ราย และ ปีพ.ศ. 2566 (ต.ค. 65-ก.ย. 67) จำนวนทั้งหมด 593 ราย มีอาการกำเริบ จำนวน 1 ราย ปี พ.ศ. 2567 (ต.ค. 67-มี.ค. 67) จำนวนทั้งหมด 581 ราย มีอาการกำเริบ จำนวน 1 ราย แม้ว่า คป.สอ.ปากชม จะมีการดำเนินการคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหานี้มาอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี 2566 พื้นที่อำเภอปากชมพบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4 ราย คิดเป็น 9.46 ต่อแสนประชากร (เป้าหมายไม่เกิน ๒.๓๖ ต่อแสนประชากร) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมาก โรงพยาบาลปากชมจึงเร่งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น หัวใจสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องทำในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ยังไม่พัฒนาไปสู่การป่วยทางจิตและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชในการป้องกันการฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ด้วย



การดำเนินงาน

แนวทาง : แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน สรรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ ดำเนินการจัดการประชุม คณะกรรมการ และทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เดือนละ 1 ครั้ง) จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แกนนำเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อสม. จัดตั้งแกนนำเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชประจำคุ้ม แบ่งพื้นที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างทั่วถึง

กลางทาง : จัดตั้งศูนย์คัดกรอง ติดตาม บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่ติดยาเสพติดระดับตำบล จัดตั้งศูนย์บูรณาการ 3 หมอ กำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลทางด้านสุขภาพจิตตั้งแต่บุคคลทั่วไปในชุมชน เริ่มจากการให้คำปรึกษา การคัดกรองสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะก่อนป่วย ขณะป่วยและหลังป่วย ระดับหมู่บ้าน จัดตั้งชมรมดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย อสม./แกนนำชุมชน ติดตามดูแลการรักษาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช อย่างสม่ำเสมอ โดยอาศัยหลักการสร้างความคุ้นเคยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวช เข้าใจและได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ประสานหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือ หรือผู้ป่วยเกินความสามารถที่จะควบคุมได้

ปลายทาง : รพ.สต. และอสม./แกนนำภาคีเครือข่าย 4 สหัชชาลัยทุกซ์ (ทีม 3 หมอ ได้แก่ อสม. (หมอ ประจำตัวคนที่ 1) หมอสาธารณสุข (หมอกคนที่ 2) และหมอโรงพยาบาลชุมชน (หมอกคนที่ 3)/ทีมตำรวจ/ทีมปกครอง/ทีมงานท้องถิ่น) อาศัย อสม. ติดตามเยี่ยม ดูแลการรักษาของผู้ป่วย เดือนละ 2 ครั้ง ในรายที่เป็นกลุ่มป่วยสีแดงให้ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สร้างกลุ่ม LINE ในการติดต่อ พูดคุยปัญหา ประสานงาน และติดตามผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรม อสม.คู่ใจ ร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ กิจกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อต้องการได้รับความช่วยเหลือ พัฒนาระบบการดูแลและการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติสุข มีสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน

ผลลัพธ์ที่ได้

1. แนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน ตามมาตรฐาน
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการส่งต่อรักษา
3. มีแนวทางคู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
4. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมอย่างน้อยร้อยละ 80
5. อัตราผู้ป่วยฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ไม่เกิน 2.36

นวัตกรรมเด่น

บูรณาการ 3 หมอ รวมใจ ป้องกัน บั่อกัน ดูแล ประชาชนและผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุก อำเภอปากชม จังหวัดเลย

บูรณาการ 3 หมอ รวมใจ ป้องกัน ดูแล สุขภาพจิตเชิงรุก อำเภอปากชม จังหวัดเลย คือการกำหนดบทบาทของ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต./PCU แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการบูรณาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีสุขภาพจิตที่ดีป้องกันความเสี่ยงฆ่าตัวที่อาจเกิดขึ้น





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

4 หมอ 4 มิติ ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครราชสีมา

สถานพยาบาลเรือนจำกลางนครราชสีมา

ผู้เขียนผลงาน นางแพรวลี ลีปศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

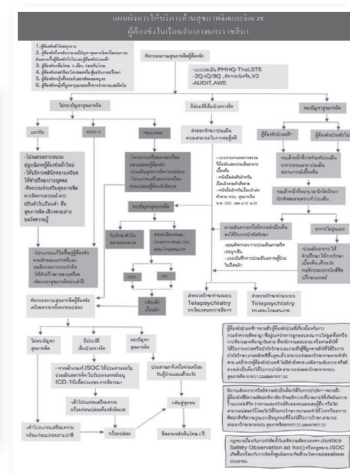
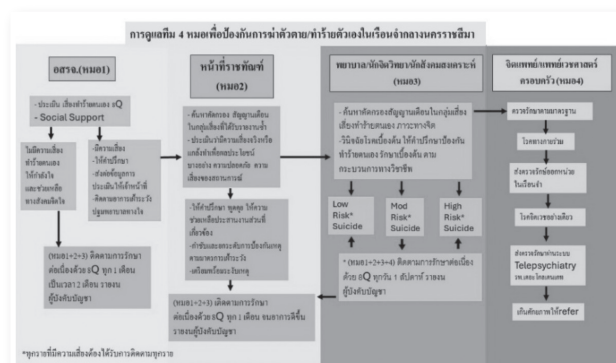


ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลผู้ต้องขังทั้งหมด 3,205 คน ในเรือนจำกลางนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ต้องขังพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผู้ต้องขังรวมทั้งหมดหรือเฉลี่ยเดือนละ 1-2 ราย/เดือน เป็นชาย 13 ราย หญิง 2 ราย เป็นกลุ่มผู้ต้องขังเข้าใหม่ 6 ราย ผู้ต้องขังเก่า 9 ราย โดยพบว่า แหวง/กรีดตนเองมีบาดแผล 8 ราย พยายามผูกคอตาย จำนวน 4 ราย รับประทานน้ำยาล้างจาน/ผงซักฟอก 2 ราย ตบหน้า/ชกตัวเอง/เอาศีรษะโขลกกำแพง 1 ราย กระโดดตึกเรือนนอน 1 ราย รับประทานยาเกินขนาด 1 ราย คิดอยากทำร้ายตนเอง 3 ราย เรือนจำกลางนครราชสีมาจึงมีการนำแนวทางหลักสูตร 3 หมอ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จากกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต มาปรับใช้ตามบริบทของเรือนจำ ผู้เสนอผลงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพในเรือนจำและเป็นเจ้าพนักงานราชทัณฑ์ตามกฎหมาย พ.ร.บ.ราชทัณฑ์ 2560 จึงได้พัฒนาผลงาน เรื่อง “4 หมอ 4 มิติ ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครราชสีมา” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในระยะ 6 เดือน ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 จากการดำเนินการพบว่ามีความโน้มที่ดีขึ้นในการป้องกันการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเองของผู้ต้องขังในเรือนจำ



การดำเนินงาน



1. โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย

เรือนจำกลางนครราชสีมาได้พัฒนาแนวทางและนโยบายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ภายในเรือนจำ โดยมีเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย ครอบคลุมการดูแลทุกด้าน เน้นการให้บริการแบบบูรณาการ โดยแบ่งผู้ต้องเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ต้องขังเข้าใหม่ ถึง 6 เดือน กลุ่มที่ 2 ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษอยู่ในเรือนจำ กลุ่มที่ 3 ผู้ต้อง 2 เดือน ก่อนพ้นโทษ

2. การอบรมเจ้าหน้าที่ (หมอ 2 และหมอ 3) และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) (หมอ 1)
3. การคัดกรองสุขภาพจิต ผู้ต้องขังเข้าใหม่/รับย้าย ผู้ต้องขังเด็ดขาดหรือผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาคดี ผู้ต้องขังต้องโทษ ผู้ต้องขังก่อนปล่อย ควรได้รับการคัดกรองการภาวะซึมเศร้า ความเครียด และโรคทางจิต เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีข้อมูลผู้ต้องขังที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง และเข้ารับการรักษาระบบ
4. การสังเกตหลังรับตัวเข้าเรือนจำ มีการประเมินเป็นประจำทุก 3-6 เดือน หรือเมื่อผู้ต้องขังมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยเรือนจำมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาให้บริการแก่ผู้ต้องขัง
5. การติดตามภายหลังการคัดกรอง (การติดตามพฤติกรรมภายในเรือนจำ การสื่อสาร ทักทายการให้คำปรึกษา การให้การสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมภายในเรือนจำที่ดี) นอกจากนี้การได้รับการติดต่อจากญาติก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการช่วยสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ต้องขัง

ผลลัพธ์ที่ได้

OUTPUT : 1) ผู้ต้องขังได้รับการดูแลสุขภาพจิต มีความรู้ทักษะในการปรับตัว จัดการอารมณ์ และเข้าถึงบริการมากขึ้น 2) อสรจ. มีทักษะ ความรู้ในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา ดูแลเพื่อนผู้ต้องขังได้ 3) เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ สามารถคัดกรอง ให้คำปรึกษา ดูแลควบคุมเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเองของผู้ต้องขังได้มากขึ้น 4) พยาบาลเรือนจำ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ สามารถติดตามดูแลรักษาผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงได้ครอบคลุม

OUTCOME : เน้นความร่วมมือแบบสหวิชาชีพ มีภาคีเครือข่าย สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำได้อย่างยั่งยืน

IMPACT : ผู้ต้องขังไม่เกิดการเสียชีวิตผิดธรรมชาติ ภาพลักษณ์ขององค์กรดีขึ้น ลดความรุนแรงของปัญหาเมื่อกลับเข้าสู่สังคม

นวัตกรรมเด่น

4 หมอ 4 มิติ ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครราชสีมา

พัฒนาและประยุกต์แนวทางดังกล่าว เป็นนวัตกรรม “4 หมอ 4 มิติ ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครราชสีมา” โดยหมอ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) หมอ 2 คือ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ทีมสุขภาพจิต หมอ 3 คือ พยาบาล/นักจิตวิทยาเรือนจำ หมอ 4 คือ จิตแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ 4 มิติ หมายถึง มิติที่ 1 ดำเนินการตามโครงการพระราชทาน จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) สุขภาพจิต การจัดการระบบการแพทย์ทางไกล (Telepsychiatry) มิติที่ 2 การประสานดำเนินการตามหลักทฤษฎีวิทยาอำนาจความสะดวกเกี่ยวกับกระบวนการทางยุติธรรม เพื่อลดความตึงเครียดและการปรับตัวในเรือนจำ มิติที่ 3 เตรียมความพร้อมก่อนปล่อย โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ของเรือนจำ เป็นผู้ดำเนินการประสานญาติและชุมชน ในการเตรียมพร้อมและวางแผนรับมือก่อนปล่อย มิติที่ 4 พัฒนาระบบการบำบัด แก้อาการ ฟันฟู ผู้ต้องขัง และพัฒนาบุคลากรเจ้าหน้าที่เรือนจำให้มีความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมากขึ้น





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

สามหมอร่วมพลังป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ตำบลปราสาท ปี 2567

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปราสาท ตำบลปราสาท อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้เขียนผลงาน: นางอำภา ทวีพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นอยู่ในชุมชนเมือง หรือ ชุมชนชนบท พบว่า มีภาวะวิกฤติมากมาย จากสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ โรคเรื้อรัง จิตเวช การใช้สารเสพติด การเมือง ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์โควิดในปี 2562 ปัญหาเศรษฐกิจที่ถดถอย คนหางานทำยาก สภาพการเงินไม่คล่องตัว ราคาสินค้าเกษตรตกต่ำ ภาวะภัยแล้ง เกษตรกรทำสวนยางประสบปัญหาต้นยางยืนต้นตายทั้งสวน ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียด และแนวโน้มของการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง ในปีงบประมาณ 2567 ตำบลปราสาท มีประชาชนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 รายและผู้ป่วยจิตเวช ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด มีอาการคลุ้มคลั่ง เกิดความรุนแรงในครอบครัว ต้องส่งตัวเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลหลายราย จังหวัดศรีสะเกษ ผลจากการสำรวจจาก Mental Health Check In กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ระหว่าง 1 มกราคม 2564-30 มิถุนายน 2567) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 175,587 ราย พบว่า มีความเครียดสูง 2.81% มีเสี่ยงซึมเศร้า 3.89% เสี่ยงฆ่าตัวตาย 1.89% และภาวะหมดไฟ 0.29% ตำบลปราสาท (ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567-8 มีนาคม 2567) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 54 ราย มีความเครียดสูง 3.70% มีเสี่ยงซึมเศร้า 5.56% เสี่ยงฆ่าตัวตาย 3.70% และภาวะหมดไฟ 4.65% ดังนั้นการผลักดันให้เกิดกลไก การดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมประชาชน ผ่านทีม 3 หมอ ของตำบลปราสาท ให้การช่วยเหลือดูแล เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน



การดำเนินงาน

มีการอบรมวัดชี้แจงในชุมชนเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2567 โดยมีผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย การสร้างความเข้าใจในหลักการเสริมสร้างวัดชี้แจงในชุมชน การทบทวนบริบทของชุมชน จุดอ่อน จุดแข็ง และสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน การสร้างแผนปฏิบัติการในชุมชนโดยยึดหลัก “4 สร้าง” เพื่อให้เกิดความรู้สึกลดภัย ความรู้สึกสงบ ความหวัง และความเข้าใจให้โอกาสในชุมชน โดยใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ที่มีอยู่ในชุมชน การวางแผนการติดตามประเมินผลและผู้รับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรมหลังการอบรม มีการสร้างระบบการรายงาน เดือนละ 1 ครั้ง โดยผู้นำชุมชน และมีการสื่อสารใน Line กลุ่ม อสม. ซึ่งชุมชนสามารถใช้ line กลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้รับการแก้ไขปัญหาเร็ว ตรงจุด

มีกิจกรรม 3 หมอ และนำ 4 สร้างวัคซีนใจมาใช้ในชุมชน โดย

วัคซีนที่ 1 สร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย

- สร้างมาตรการร่วมกันของชุมชนในการป้องกันและสร้างความปลอดภัยในชุมชน ตำบลปราสาท มีการสร้างมาตรการความปลอดภัย (จัดเวรยามรักษาความปลอดภัย และมีการฝึกซ้อมมาตรการความปลอดภัยในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ)

- มีการสื่อสารให้ความรู้ในการดูแล/ป้องกันตัวเองและผู้อื่น (ประชุมชี้แจงเชิงนโยบาย เครือข่าย การดำเนินงานร่วมกับแกนนำชุมชนดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน/วัคซีนใจระดับบุคคล/ป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายในชุมชน Community Set Zero พัฒนาศักยภาพทีมนำด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ Mental Health Leader พัฒนาศักยภาพให้กับทีม 3 หมอในพื้นที่)

วัคซีนที่ 2 สร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ

มีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน สม่าเสมอ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ ผ่อนคลาย ความเครียด และความกังวล ให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่าย อสม. รพ.สต. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง และประชาชนทั่วไป และมีการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน โดยใช้ แบบประเมิน on line แบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน สำหรับประชาชนทั่วไป และผู้นำ

วัคซีนที่ 3 สร้างชุมชนที่รู้สึกมีความหวัง

สนับสนุนการแก้ไขปัญหา เยียวยาและเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือให้คนในชุมชนกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติให้การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจท้องถิ่น สร้างอาชีพและรายได้ของคนในชุมชน จัดกิจกรรมตาม ประเพณีและศาสนา กิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์และสร้างขวัญกำลังใจในชุมชน สร้างกิจกรรมส่งเสริมขวัญและกำลังใจ โดย ให้ประธานชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น ครูพรหมณ์ ทำพิธีบายศรีสู่ขวัญให้กับสมาชิก ครอบครัว ที่ตกอยู่ใน ภาวะคับขัน และแบ่งปันประสบการณ์ สร้างความหวัง

วัคซีนที่ 4 สร้างชุมชนที่เข้าใจ ให้โอกาส

ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว คนที่รักและคนในชุมชน มีการเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือ ผู้ที่มีปัญหา ให้โอกาสผู้ป่วยและผู้เปราะบางได้มีกิจกรรม มีการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สร้างความเข้าใจและเห็นใจ ไม่มีอคติ ไม่รังเกียจ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวชก้าว รุนแรงกลับสู่ชุมชน มีการส่งเสริม สนับสนุนชุมชน สื่อสารให้ความเชื่อมั่น ให้ความรู้ สร้างความไว้วางใจกับคนในชุมชน และเห็นใจผู้ป่วยที่หายแล้วให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติ โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่ถูกต้อง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. องค์กรปกครองท้องถิ่น ประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชนให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ตอกย้ำ ภาพลักษณ์ เหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ให้ปล่อยผ่านเหตุการณ์ที่ร้าย ๆ

2 ใช้ในชุมชน โดยใช้ศักยภาพในชุมชน (ดียงศักยภาพ/ประสานภาคีเครือข่าย) และใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน (ส่งเสริม สนับสนุน ผู้นำให้เข้มแข็ง จัดตั้งแกนนำ จิตอาสา ให้ความรู้ที่ถูกต้อง เผยแพร่ข้อมูล ความรู้สู่ชุมชน สร้างความรักสามัคคีในชุมชน และส่งเสริมให้มีกิจกรรม เพื่อนบ้านสัมพันธ์ เข้าไปถามไถ่ เยี่ยมเยียน)



ผลลัพธ์ที่ได้

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนมากขึ้น มีการจัดตั้งเวรยามเพื่อรักษาความปลอดภัยให้เด็กนักเรียน ศพด. และ โรงเรียน มี อปพร.อยู่เวรยามหน้าโรงเรียนเช้า-เย็น เดิมมีปัญหาชายไทยเข้าไปใน ศพด. และมีการคุกคาม ทางเพศเด็กในศูนย์ หลังมีการอบรมใช้วัคซีนใจในชุมชน และมีมาตรการการป้องกันความปลอดภัยในชุมชน ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ ไม่มีรายงานเหตุการณ์คุกคามเด็ก

2. ชุมชนมีความมั่นใจในความปลอดภัย มีความหวัง มีความสุข
3. ภาควิเคราะห์ ประชาชน อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน มีการประสานงานกันมากขึ้น
4. ประชาชนมีความตระหนักรู้การป้องกันการฆ่าตัวตายในครอบครัวมากขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
5. ผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ จำนวนทั้งสิ้น 28 ราย ผู้ป่วยได้รับการรับยาต่อเนื่องครบทุกคน ตลอดช่วงเวลาของการทำวัคซีนใจ 4 เดือน ทั้งนี้ มีผู้ป่วย 3 คน ที่เคยอยู่ในระยะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ปัจจุบันผู้ป่วยทั้ง 3 คน อยู่ในระยะสงบ
6. ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย หลังจากได้ทำการอบรมวัคซีนใจในชุมชนแล้ว ชุมชน อสม.มีการเฝ้าระวัง โดยสังเกตอาการตรงแดง 5 ประการ ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง ได้มีการเฝ้าระวัง และส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เรวซัน และเจ้าหน้าที่ที่มีการลงพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาทันทีที่ได้รับรายงาน ทำให้ไม่มีรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จ





ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

สว.ลำปลอก Model ของเครือข่ายบริการอำเภอปะเหลียน

โรงพยาบาลปะเหลียน ตำบลท่าข้าม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

ผู้เขียนผลงาน 1. นายแพทย์สุภพงษ์ หาญวัฒนกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะเหลียน

2. นางธัญลักษณ์ เพ็ชรหวน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปะเหลียน

3. นางสาวณัฐรดา ปราบแทน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก



ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอปะเหลียน 3 ปีย้อนหลัง อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จจากปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นอัตรา 5.45 ต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นอัตรา 4.48 ต่อประชากรแสนคน และในปีงบประมาณ 2566 คิดเป็นอัตรา 6.01 ต่อประชากรแสนคน สำหรับสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านลำปลอก 3 ปี ย้อนหลัง อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จจากปีงบประมาณ 2564 มี 1 ราย ต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2565 มี 0 รายต่อประชากรแสนคน และในปีงบประมาณ 2566 มี 2 รายต่อประชากรแสนคน จากการสอบสวนโรคพบว่าอยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุทั้ง 3 ราย โดยมีสาเหตุเกิดจากไม่มีผู้ดูแลหลัก โดนทอดทิ้ง และมีโรคประจำตัวเรื้อรังทางกาย ซึ่งจากสาเหตุเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ จากการทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสำรวจ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านลำปลอกนั้น ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 60-70 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว มีความพอเพียงของรายได้ ขาดผู้ดูแลหลัก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะในระดับปานกลาง (56.82%) รองลงมาภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (21.97%) และเป็นซึมเศร้ารุนแรง (6.06 %) จากปัญหาดังกล่าวได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่ในการคัดกรอง 2Q plus ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปทุกรายจำนวน 317 ราย โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกสำรวจเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ มีการฟื้นฟูจิตใจผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นการใช้ “วัคซินใจ” ระดับบุคคลให้ประชาชน มีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) “วัคซินใจ” ระดับครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ในระดับครอบครัว เพิ่มศักยภาพของครอบครัว ส่วนระดับชุมชน องค์กร มุ่งเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันในระดับชุมชน/องค์กร เพื่อให้คนในชุมชน/องค์กรร่วมมือร่วมใจกัน ด้วยการทำให้เกิดภูมิคุ้มกันชุมชนด้วยการสร้าง “วัคซินใจในชุมชน” เพื่อลดผลกระทบ ได้มีการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผ่านระบบไลน์ โดยมีภาคเครือข่ายเข้าร่วม พัฒนาระบบบริการและองค์ความรู้เทคโนโลยี รวมถึงแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นแบบ Stepped Care มีระบบส่งต่อเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน



1. ทางเครือข่ายโรงพยาบาลพะเยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพะเยา ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ทีมอาสาสมัครหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก ได้มีการจัดประชุมร่วมทีมเพื่อปรึกษา และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นไปตามกรอบแผนงานเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่

2. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพะเยาและทีมได้ลงมาเยี่ยมพื้นที่ เพื่อติดตาม ดูแล และกำกับการร่วมทั้งสร้างความรอบรู้ให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง

3. ได้มีการจัดตั้งทีม จุดแจ้งรับเหตุของการฆ่าตัวตาย ผ่านระบบไลน์และทางโรงพยาบาลพะเยาได้มีการส่งข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องดูแลร่วมกันเป็นทีม ติดตามต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยงและไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีก ได้มีการส่งต่อพบจิตแพทย์ โรงพยาบาลต๋องขี้เหล็ก และประสานนัดพบจิตแพทย์ประจำปี ที่ โรงพยาบาลต๋องขี้เหล็ก

4. ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก ได้มีการจัดทำวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก ตำบลพะเยา อำเภอพะเยา จังหวัดต๋องขี้เหล็ก ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก ได้มีการจัดทำโครงการกายดี ใจแจ่ม ชุมชนเข้มแข็ง เพื่อรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นและสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป

5. เจ้าหน้าที่และทีมอาสาสมัครของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก ได้มีการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q plus ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทุกวัย จำนวน 317 ราย

6. เมื่อพบภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย อสม จะแจ้งเจ้าหน้าที่ รพสต บ้านลำปลอกทันที จากนั้นทางเจ้าหน้าที่ ได้ลงไปประเมิน 9Q และ 8Q ซ้ำเมื่อพบมีภาวะเสี่ยง 9Q มากกว่า 7 และ 8Q positive แจ้งผ่านระบบไลน์ ส่งต่อคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพะเยาเพื่อดูแลต่อตามมาตรฐานการบริการ



1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ จากการดำเนินงาน สว ลำปลอก Model พบว่า ในปีงบประมาณ 67 รอบที่ 1 ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ และผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล ส่งต่อและ ติดตาม ไม่มีการทำร้ายตัวเองซ้ำ สำหรับจำนวนเครือข่าย ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน 6, 7, 10, 13 และทีมเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพะเยา สำนักงานสาธารณสุขและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำปลอก อสม รวมทั้งหมด 60 คน ที่เข้าการดำเนินงาน จำนวน ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 556 คน ที่เข้าร่วม

2. ผลลัพธ์ถึงประชาชน พบว่า ผู้สูงอายุ ทั้งหมด 317 ราย ได้รับการคัดกรอง 2Q plus ทั้งหมดจำนวน 317 ราย พบ 2Q positive 16 ราย ได้รับการติดตาม 9Q ครบทั้ง 16 ราย หลังติดตาม 9Q พบ 9Q positive จำนวน 4 ราย ดูแลให้ได้รับการติดตาม 8 Q ทั้ง 4 ราย พบ 8Q positive จำนวน 3 รายได้รับการติดตาม ดูแล ทั้ง 3 ราย ส่งผลให้ ในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566-30 พฤษภาคม 2567 ไม่พบ ผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ



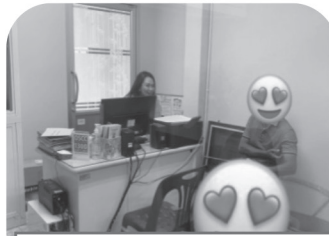
ประชุมทีมเครือข่าย



สร้างความรอบรู้ให้ชุมชนรวมทั้งประเมิน
คัดกรอง 2Q plus ผู้สูงอายุในพื้นที่



การสื่อสาร สว. กลุ่มเสี่ยงผ่าน
ระบบไลน์ภาคีเครือข่าย



ส่งต่อ case กลุ่มเสี่ยงมายัง
คลินิกสุขภาพจิต รพ. ปะเหลียน



ติดตามเยี่ยมบ้าน



ทีม 3 หมอกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3 Doctors: Multidisciplinary Strategies for Suicide Prevention

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค และชุมชนเลี้ยงปลอกทวิวัฒนา เขตบางแค กรุงเทพมหานคร

ผู้เขียนผลงาน 1. นายแพทย์ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค

2. ร้อยเอกหญิงสุทธิตยา หงษ์ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. นางนวล อ่วมเปี่ยม อาสาสมัครสาธารณสุข และประธานชุมชน



ที่มาและความสำคัญ

ในพื้นที่เขตบางแค มีชุมชนทั้งหมด 50 ชุมชน เป็นเขตที่มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับที่ 1 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 192,253 คน จำนวนบ้าน 96,515 หลังคาเรือน และจำนวนผู้ดูแลสูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver: CG) จำนวน 39 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มีนาคม 2566) โดยงานอนามัยชุมชนรับส่งต่อผู้ป่วย (HHC Refer) ปี 2566 จำนวน 817 ราย 5 อันดับแรกพบว่า โรคทางจิตเวช อันดับที่ 1 ร้อยละ 30.11, โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.32 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.32 โรคมะเร็งทุกชนิด ร้อยละ 11.75 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.44 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566) และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เขตบางแคที่ไปรับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 554 รายป่วยโรคจิตเภทและโรคหลงผิด 184 ราย (33.21), โรคซึมเศร้า 166 ราย (29.96) โรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์ 29 ราย (5.23) และผู้ป่วยจิตเวชจากสุรา/ยา/สารเสพติด 29 ราย (5.23) เป็นต้น (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2565-สิงหาคม 2566) จากสถานการณ์สุขภาพจิตชุมชนเลี้ยงปลอกทวิวัฒนาแขวงบางแคเหนือ เขตบางแค ปี 2566 พบปัญหาสุขภาพจิต อันดับหนึ่ง คือ ภาวะเครียดจากเศรษฐกิจ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเวชจากสุรา/ยา/สารเสพติด ตามลำดับ พบผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนได้ให้ข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รายที่หนึ่งไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชและรายที่สองอยู่ในระหว่างการรักษาในสถานพยาบาล จากสถานการณ์ดังกล่าว ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค ภาควิชาเครือข่าย และชุมชนร่วมกันวางแผนกลยุทธ์ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตโดยโปรแกรม Mental health Check In, ได้จัดทำโครงการพัฒนาต้นแบบป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนภายใต้ระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2566 และปี 2567 และโครงการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตระดับชุมชนแคร่จิต แคร่ใจ บางแคปลอดภัย ปี 2567 การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปรับบริการ Mobile clinic สุขภาพจิตจากทีมแพทย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มารับการตรวจผู้ป่วยจิตเวชในศูนย์บริการสาธารณสุขกลุ่มกรุงธนใต้ทุกวันศุกร์แรกของเดือนที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ



กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)

ขั้นที่ 1 ระบุวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ

ขั้นที่ 2 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวางแผน การจัดตั้งคณะทำงานในการกำหนดแนวทางส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยใช้โปรแกรมการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (หยุดการฆ่าตัวตายในชุมชน) COMMUNITY SET ZERO จนเกิดเป็นแผนการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

ขั้นที่ 3 มีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินงาน คณะทำงานดำเนินงานการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยใช้หลักการบทบาทหน้าที่ 3 หมอ, ระบบการคัดกรองเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดและระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชตามความเสี่ยงก่อให้เกิดความรุนแรง และโครงการพัฒนาต้นแบบป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงมีกลุ่มไลน์ในการติดตามผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ กลุ่มไลน์ไตรภาคีประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สำนักงานเขตบางแค เพื่อส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่หรือกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเพื่อติดตามอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

ขั้นที่ 4 ประเมินผลของโครงการที่ได้ร่วมกันทำ การติดตามผลดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนผ่านการประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งรายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2Q plus และระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ของศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชนโดยมีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้การสนับสนุน



output 1) ประชาชนได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต คัดกรองความเครียด ST5 คัดกรองซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q โดยโปรแกรม Mental health Check In และคัดกรอง SMIV สถิติผู้มารับบริการงานคัดกรองสุขภาพจิต คัดกรองความเครียด คัดกรองซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2567 ในกลุ่มคลินิกโรคทั่วไป 5 ราย คลินิกโรคเรื้อรัง 4,626 ราย คลินิกฝากครรภ์ 1 ราย คัดกรองในชุมชน 2,625 ราย คลินิกสุขภาพเด็กดี 1010 ราย (1 ตุลาคม 2566-30 เมษายน 2567) พบผู้มีปัญหาซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 11 ราย ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิ

ในปี 2563-2567 (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2566-30 เมษายน 2567) มีการคัดกรองผู้มารับบริการคลินิกบำบัดยาเสพติด (คลินิกก้าวใหม่พลัส) ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 443, 311, 409, 267 และ 113 ราย ตามลำดับ

ปี 2567 พบผู้มีปัญหาซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ราย ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิ

ปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566-30 เมษายน 2567) สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง (Home Health Care) 92 ราย

2) ประชาชนในชุมชนเลียบคลองทวีวัฒนา แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค ปี 2566 ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต 92 ราย พบผู้มีปัญหาซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิ

3) ภาศึเครือข่ายและประชาชนในชุมชนร่วมกันดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน เนื่องจากการส่งต่อทั้งจากเครือข่ายภายนอก เช่น โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลต่าง ๆ และระบบการส่งต่อจากเครือข่ายในพื้นที่บางแค ได้แก่ OPD ห้องตรวจโรคทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค การส่งต่อของอาสาสมัครสาธารณสุข ประธานชุมชน ประชาชนในพื้นที่ นับเป็นความสำเร็จของการทำงานความร่วมมือของเครือข่าย

4) ประชาชนได้รับการอบรมโครงการพัฒนาต้นแบบป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ภายใต้ระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2566 และปี 2567 จำนวน 70 ราย ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

outcome 1) พบกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนในชุมชนเลียบคลองทวีวัฒนา ปี 2566 พบการฆ่าตัวตาย จำนวน 2 ราย และในปี 2567 ไม่พบการฆ่าตัวตายในชุมชน

2) กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย ที่พบจากการคัดกรองในชุมชนเลียบคลองทวีวัฒนา จำนวน 5 ราย และได้เข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาล

impact ในปี 2566 อัตราการ Re-admit พบจำนวน 4 ราย คิดเป็น 3.66% ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง (Home Health Care) 109 ราย และในปี 2567 อัตรา การ Re-admit พบจำนวน 2 ราย คิดเป็น 2.17% ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง (Home Health Care) จำนวน 92 ราย

นวัตกรรมเด่น **ขยะแลกบุญ**

กิจกรรม “ขยะแลกบุญ” จัดขึ้นเพื่อให้คนในชุมชนร่วมกันคัดแยกวัสดุรีไซเคิล นำขยะมารวมกันในจุดที่ชุมชนกำหนด และการขายขยะเป็นรายได้มาร่วมทำบุญ เป็นกองทุนในชุมชน โดยเก็บเข้าบัญชีกองทุนแม่ของแผ่นดิน เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง กลุ่มใช้สารเสพติดในชุมชน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเลียบคลองทวีวัฒนาและหมู่บ้านใกล้เคียง เขตบางแค กรุงเทพมหานคร และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานเขตบางแค ร่วมสร้างบุญร่วมกันในการร่วมบริจาคขยะรีไซเคิล ในการดำเนินการ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหาร จำนวน 5 ราย





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

PH UP Strong Together

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

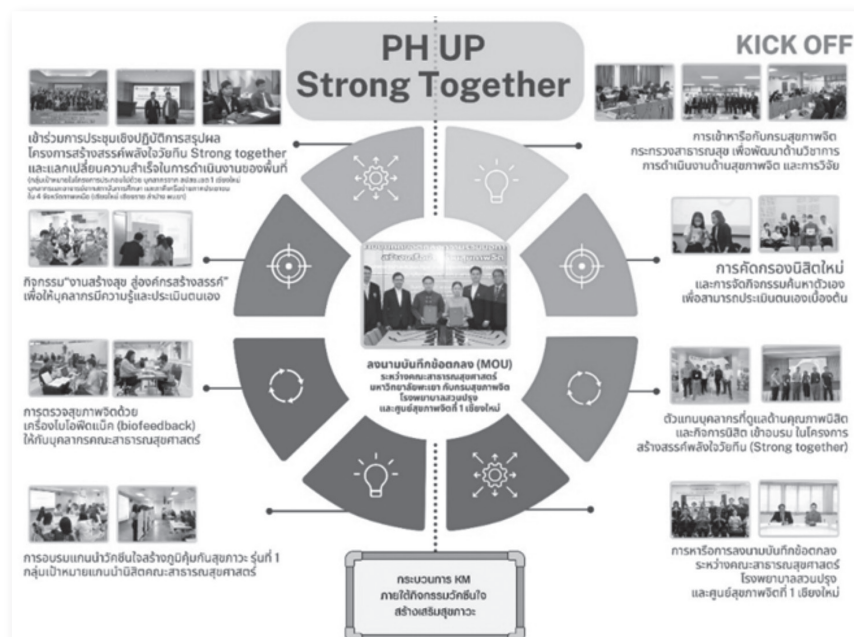


ที่มาและความสำคัญ

ในสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตในภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2565 มีอัตราฆ่าตัวตายและสำเร็จ 15.31 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ และสถิติผู้พยายามฆ่าตัวตายมากถึง 1,816 ราย โดยร้อยละ 50 เป็นกลุ่มวัยเรียน มีช่วงอายุ 10-24 ปี ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย จำนวน 214 ราย จังหวัดเชียงใหม่ 198 ราย จังหวัดลำปาง จำนวน 138 ราย และจังหวัดพะเยา จำนวน 132 ราย (ที่มา: ข้อมูล รง 506S ปีงบประมาณ 2565) ในส่วนของมหาวิทยาลัยพะเยาพบรายงานการเข้ารับบริการศูนย์ให้คำปรึกษานิสิต ผลสำรวจจากการมารับบริการในปี 2563-2566 โดยเรียงจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ได้แก่ ปัญหาซึมเศร้า ปัญหาการเรียน และปัญหาครอบครัว มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี นิสิตที่สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ส่วนหนึ่งได้เข้ารับบริการเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ส่วนงานกิจการนิสิตของคณะสาธารณสุขศาสตร์จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว พร้อมหาแนวทางการแก้ไขป้องกัน คณะสาธารณสุขศาสตร์จึงประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของนิสิต ในหลาย ๆ มิติ ประกอบด้วย มิติภาวะความเครียด (ST-5) มิติด้านภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (9Q) และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) และได้จัดกิจกรรมที่เป็นแนวทางในการลดปัญหานี้ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาจารย์ นิสิต เน้นการประเมินคัดกรองและให้คำแนะนำเบื้องต้น กิจกรรมเสริมสร้างพลังใจวัยทีน “strong together” ร่วมกับโรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เชียงใหม่ ในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การให้คำปรึกษา รวมไปถึงการส่งต่อ และเครือข่ายเพื่อดูแลช่วยเหลือติดตาม และการสร้างกิจกรรมจากนิสิตในการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและเป็นรูปแบบที่ชัดเจน



การดำเนินงาน



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มีการพัฒนาศักยภาพนิสิต และบุคลากร ให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษา และคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น พร้อมทั้งมีแนวทางในการส่งต่อไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ดำเนินการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนิสิตและบุคลากร ระยะที่ 1 พบว่า ด้านภาวะความเครียด (ST-5) ร้อยละ 6.7 5.6 18.9 และ 68.9 ตามลำดับ ด้านภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (9Q) ร้อยละ 0.6 5.0 12.8 และ 81.7 ตามลำดับ และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ร้อยละ 1.7 1.7 6.1 และ 90.6 ตามลำดับ
- จัดอบรมสร้างทีมแกนนำ ทั้งในกลุ่มบุคลากรและนิสิตเพื่อมาเป็นกลุ่มแกนนำในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และแนวทางการส่งต่อเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงในระดับคณะ
- การจัดกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจและการจัดการตนเอง “กาดฮิลใจ” เพื่อให้นิสิตและบุคลากร ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการแสดงกิจกรรมเสริมสร้างทักษะตามความต้องการของผู้เข้าร่วม
- พัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว ในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ “PHUP โสมฮัก ฮิลใจ ้วยทิน”

นวัตกรรมเด่น “PHUP โสมฮัก ฮิลใจ ้วยทิน”

ตามที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ ดำเนินโครงการ ด้านสุขภาพองค์กรวม ในการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ทำให้ได้ข้อมูลปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นำไปสู่การวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม (ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนิสิต) เพื่อหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสม โดยได้รูปแบบแนวทางการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจ การจัดการตนเองและการพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ นอกจากนั้นจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเข้าถึงกิจกรรมหรือการรับบริการได้อย่างทั่วถึง จึงทำให้สนใจพัฒนานวัตกรรมที่ทำให้นิสิตและบุคลากร สามารถคัดกรองตัวเองเบื้องต้น และเข้าถึงบริการเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ที่ชื่อว่า “PHUP โสมฮัก ฮิลใจ ้วยทิน” ประกอบไปด้วย 1) แบบประเมินความสุรรายวัน 2) ตรวจสอบสุขภาพใจ (MENTAL HEALTH CHECK IN) 3) จัดการตัวเองอย่างไร เมื่อเจอปัญหาไม่สบายใจ 4) ตารางนัดหมายนักจิตวิทยา 5) เบอร์โทรฉุกเฉิน สายด่วนสุขภาพจิต 6) ตารางนัดหมายอาจารย์ที่ปรึกษา





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

รัก(ษ์)ใจ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์



ที่มาและความสำคัญ

การยุคสมัยที่เปลี่ยนไปการใช้ชีวิตของเยาวชนรุ่นใหม่มีการปรับเปลี่ยนค่อนข้างสูง โซเชียลมีผลกับการดำรงชีวิตอย่างมาก นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์เป็นหนึ่งในหลายๆ แห่งที่นักศึกษาอยู่ในสังคมโซเชียลอีกทั้งสังคมครอบครัวที่บิดา-มารดาทำงานต่างจังหวัด ทำให้นักศึกษาอยู่กับปู่-ย่า ตา-ยาย ที่มีวัยต่างกันหรือบางครอบครัวนักศึกษายู่กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่ญาติทางสายเลือด พบภาวะกดดันทางครอบครัว มีปัญหาทางการเงิน ขาดการดูแลเอาใจใส่ ความรักในครอบครัว อีกประการหนึ่งคือนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ส่วนใหญ่จะเป็นนักศึกษาจากต่างจังหวัดที่ย้ายมาศึกษาต่อ มาพบสภาพแวดล้อมใหม่ๆ มีเพื่อนใหม่ ทำให้ต้องมีการปรับตัวค่อนข้างสูง ในรายที่ปรับตัวได้จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ แต่ในรายที่ปรับตัวไม่ได้ ประกอบกับการมีปัญหาส่วนตัวจะทำให้ปรับตัวได้ยาก ไม่กล้าปรึกษาใคร จะเก็บความกดดันในทุกเรื่องไว้ที่ตนเอง จึงก่อให้เกิดความเครียดมีปัญหาสุขภาพใจ



การดำเนินงาน

มหาวิทยาลัยมีระบบกลไกการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษา 3 ระบบย่อย ดังนี้

1. ระบบเสริมสร้างกำลังใจ

- บุคลากรในหน่วยงานสำนักวิชาการศึกษาทั่วไปและกองบริการการศึกษา ออกแบบรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางใจ เพื่อให้ให้นักศึกษาได้เข้าใจมิติการส่งเสริมสุขภาพใจ การดูแลและป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

- ศูนย์ส่งเสริมบัณฑิตศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ได้จัดทำหลักสูตรเพื่อส่งเสริมทักษะชีวิต เพื่อดูแลนักศึกษาที่มีความเครียดจากปัญหาทางการเงิน

- กองพัฒนานักศึกษา และงานพัฒนานักศึกษาของจัดกิจกรรม ชมรม/ชุมนุม เพื่อลดปัญหาความเครียดจากการเรียน และเพิ่มทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหา

2. ระบบประเมินสุขภาพ(ใจ) และคัดกรอง

- มหาวิทยาลัยได้จัดกิจกรรมชี้แจงการดำเนินงานการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลและให้คำปรึกษานักศึกษา ได้แก่ ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา และระบบประเมินสุขภาพใจออนไลน์ (คัดกรองเบื้องต้น) ใช้เกณฑ์การประเมินผลของกรมสุขภาพจิต ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและรายงานผลต่อคณบดี รวมถึงได้ประสานงานกับระบบให้คำปรึกษาในการนัดหมายนักศึกษากลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อเข้ารับการปรึกษาเป็นรายบุคคลกับผู้เชี่ยวชาญ

3. ระบบให้คำปรึกษา ดำเนินการโดยศูนย์ให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพใจ

การให้คำปรึกษาเป็นการดูแล 3 ส่วน ได้แก่ นักศึกษากลุ่มปกติ มาขอรับคำปรึกษาเรื่องทั่วไป ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ของกองพัฒนานักศึกษารับฟัง และหาแนวทางช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษาปัญหาเรื้อรังทางใจ จากนักศึกษาที่ผ่านการคัดกรองด้วยระบบอาจารย์ที่ปรึกษา 8Q 9Q มีผลประเมินอยู่ในระดับเสี่ยงสูงจะได้รับการดูแลให้คำปรึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ คณะครุศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 9 ท่าน หากมีนักศึกษาที่ประเมินจากผู้เชี่ยวชาญแล้วว่าควรพบแพทย์ ทางศูนย์รัก(ษ์)ใจจะประสานทางโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ แล้วนำส่งนักศึกษาไปโรงพยาบาลทันที



ผลลัพธ์ที่ได้

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

1. อาจารย์ที่ปรึกษาของมหาวิทยาลัย มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น รวมทั้งการคัดกรองและแนวทางการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต
2. มีกิจกรรม Home Room อาจารย์ที่ปรึกษากับนักศึกษา ของทุก ๆ คณะ เพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาได้พบและพูดคุย รวมถึงคัดกรองนักศึกษาที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เพื่อจะได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษาและเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์ต่อไป
3. กิจกรรมดูแลนักศึกษากลุ่มเสี่ยงรุนแรง โดยคณะกรรมการศูนย์รัก(ษ์)ใจ มีผู้เชี่ยวชาญมาประจำห้องเพื่อรองรับนักศึกษากรณีต้องการคำปรึกษาเร่งด่วน และมีระบบ line official ในกรณีที่นักศึกษาต้องการปรึกษา และมีเครื่อง biofeedback ในการตรวจคัดกรองความเครียดของนักศึกษาเบื้องต้น

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

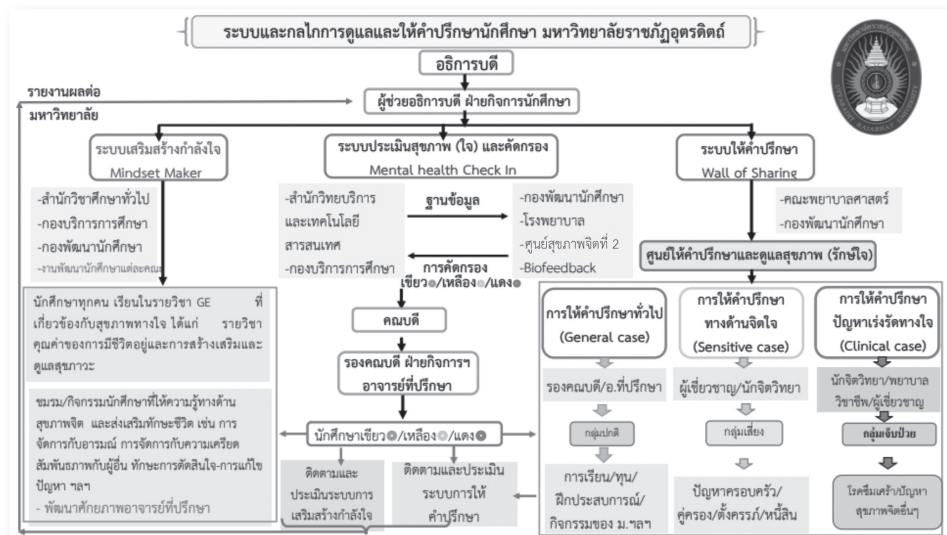
- อาจารย์ที่ปรึกษาได้ทราบและรู้วิธีการในการสังเกตพฤติกรรม การให้คำแนะนำ และขั้นตอนการประสานงานเจ้าหน้าที่ศูนย์รัก(ษ์)ใจ
- นักศึกษาได้มีสถานที่ที่สามารถเข้าถึงเป็นที่พึ่งทางใจ มีบุคลากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา



นวัตกรรมเด่น

“ศูนย์รัก(ษ์)ใจ”

มหาวิทยาลัยให้ความสำคัญกับนักศึกษาในทุกๆ มิติ ทั้งด้านการเรียนการสอน ความเป็นอยู่และด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสภาพจิตใจ เนื่องจากนักศึกษาโดยส่วนใหญ่ของมหาวิทยาลัยมาจากต่างจังหวัด มาอยู่หอพัก จึงพัฒนานวัตกรรมเป็นระบบกลไกการดูแลและให้คำปรึกษานักศึกษา โดยการดำเนินงานร่วมกัน รวมถึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลนักศึกษา และแสดงถึงความร่วมมือจากภายนอกมหาวิทยาลัย





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

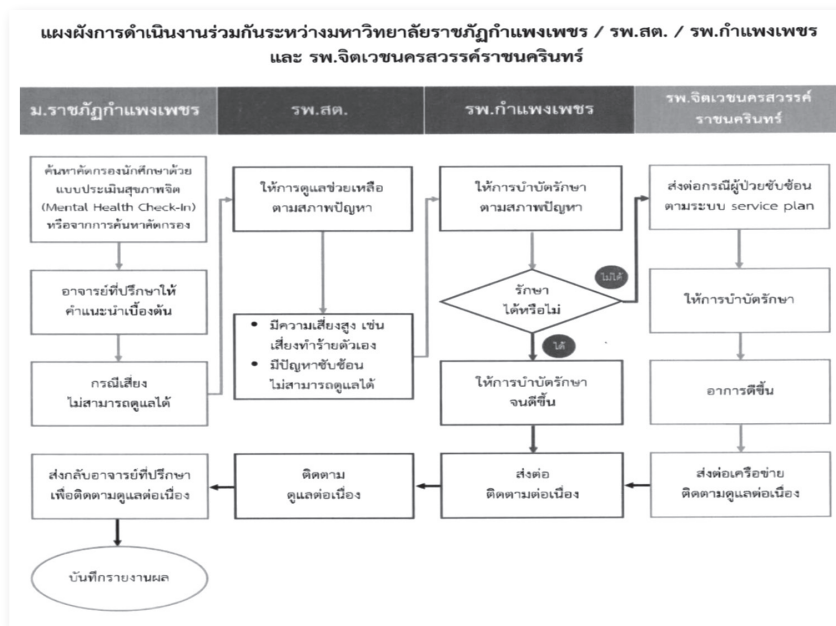
การดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร



ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตผ่านระบบ Mental Health Check-In กลุ่มอายุ 18-25 ปี มีผู้ประเมินสุขภาพจิต จำนวน 124,511 ราย พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 19,711 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.83 มีความเสี่ยง ซึมเศร้า จำนวน 23,593 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.95 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 15,088 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.12 โดยเขตสุขภาพที่ 3 มีผู้ประเมินสุขภาพจิต กลุ่มอายุ 18-25 ปี จำนวน 13,057 ราย พบผู้ที่มีความเครียดสูง จำนวน 816 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 มีความเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 985 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.54 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 614 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.70 (ข้อมูลวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2565) โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง ในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “โครงการคู่มือช่วยดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ” ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยการผลักดันให้มีระบบดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ซึ่งมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรให้ความสำคัญกับนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพใจ เนื่องจากมีนักศึกษาที่เข้ามาเล่าเรียนจากหลายจังหวัด ทั้งในส่วนของจังหวัดกำแพงเพชร ตาก พิจิตร สุโขทัย และจังหวัดอื่นๆ โดยมีนักศึกษาจำนวนประมาณ 5,600 คน ที่จะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับเพื่อน สังคม และสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ รวมถึงเรื่องของการเรียนจึงส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตด้านการอยู่ร่วมกัน และการศึกษาเล่าเรียน จึงประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาได้ทำแบบประเมินสุขภาพใจ (Mental Health Check-In) จากนั้นนำข้อมูล มาวิเคราะห์ แล้วให้การช่วยเหลือกับนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ โดยดำเนินการตาม FLOW CHART การดำเนินงานร่วมกันระหว่าง มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุม โรงพยาบาลกำแพงเพชร และโรงพยาบาล จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์



 ผลลัพธ์ที่ได้

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

1. บุคลากรและนักศึกษา ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพใจผ่าน Mental Health Check in เพื่อให้ทราบสถานะสุขภาพใจของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย วิเคราะห์ผลและนำข้อมูลมาออกแบบ กิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่เหมาะสม และสามารถให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง ได้ถูกต้อง ทันเวลา
2. บุคลากรทางการศึกษา และผู้นำนักศึกษาได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช รวมถึงมีทักษะการให้ความช่วยเหลือ หรือการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่บุคลากรหรือนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต จำนวน 150 คน รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาได้รับการพัฒนาด้านการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงมีทักษะการให้ความช่วยเหลือหรือการให้การปรึกษาเบื้องต้น

ผลลัพธ์ถึงบุคลากร

มีรูปแบบการดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยที่ชัดเจน รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพทีมงานในมหาวิทยาลัยเพื่อให้ความช่วยเหลือ หรือการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่บุคลากรหรือนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น



มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

@Mind คลินิกกำลังใจ RMUTT ทุกปัญหามีทางออก

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ผู้เขียนผลงาน นางสาววารุณี มีนุ่งบุญ



ที่มาและความสำคัญ

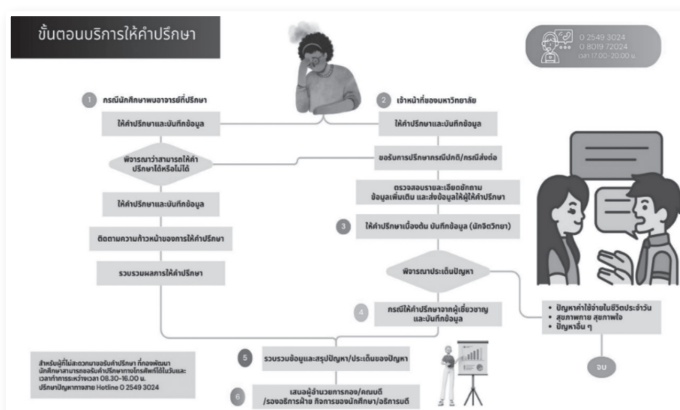
จากผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) ในกิจกรรมตรวจสุขภาพนักศึกษาใหม่ ประจำปีการศึกษา 2566 ทุกคณะ จำนวน 5,523 ราย พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,678 ราย (ร้อยละ 30.38) โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 1,289 ราย ระดับปานกลาง 323 ราย และระดับรุนแรง จำนวน 66 ราย ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพคนไทยด้วย Mental Health Check in ในปี 2565 พบกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 237,208 คน เป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย สูงกว่ากลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ ซึ่งจากการดำเนินงานในมหาวิทยาลัยพบปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว การเรียน และความกังวลในอนาคต ส่งผลให้นักศึกษามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต จึงมีแนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันภายในมหาวิทยาลัยกับเครือข่ายในกลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลวิทยาเขตอื่นๆ และหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อให้นักศึกษาได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ประสานส่งต่อ รวมทั้งติดตามต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยการจัดตั้งหน่วยบริการให้คำปรึกษาและคลินิกกำลังใจ (Mind Counseling RMUTT) ตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา โดยมุ่งบริการภายใต้แนวคิด “ปกปิด-ปลอดภัย-เปิดใจ” อีกทั้งยังได้สร้างความร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต ในการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือกันในโครงการ “คู่เครือข่ายดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ” ระหว่างมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล 9 แห่ง เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการทำงานให้เกิดผลกับนักศึกษาอย่างเท่าเทียม และทั่วถึงในแต่ละเขตสุขภาพ



การดำเนินงาน

1. โครงสร้างการทำงานของกองพัฒนานักศึกษา มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนานักศึกษานักศึกษาให้คำปรึกษาแนะนำและขับเคลื่อนการพัฒนา และมีผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษาเป็นผู้ควบคุมการทำงาน มีหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมกิจการนักศึกษา ให้บริการจัดสวัสดิการแนะแนวการศึกษาและอาชีพ

2. ขั้นตอนการให้บริการงานบริการให้คำปรึกษา ได้แก่ สำรวจและคัดกรอง บริการให้คำปรึกษา ประสานส่งต่อ/ติดตาม สร้างเครือข่ายโดยดึงการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายภายนอกมหาวิทยาลัย และเผยแพร่ข้อมูล และจัดกิจกรรมด้านสุขภาพจิต



- เกิดแกนนำอาจารย์ที่ปรึกษา และแกนนำนักศึกษา มากกว่า 1,000 คน ซึ่งมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตเข้าถึงได้ครอบคลุมในทุกกลุ่ม รวดเร็ว เป็นปัจจุบัน และร่วมกันแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างทันทั่วทั้ง
- เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีการเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยในระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 4 นำไปสู่การเป็นต้นแบบศูนย์ Student Wellness Club ประจำปี 2567 ภายใต้เครือข่าย U-LIVE By MHESI ของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
- ผู้รับผิดชอบงานฝ่ายแนะแนวการศึกษาและอาชีพของมหาวิทยาลัย มีความเชื่อมั่น และพร้อมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลทั้งกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้บริหาร อาจารย์ ผู้ปกครอง ผู้นำนักศึกษา ส่งผลให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน นักศึกษาใช้ชีวิตได้อย่างราบรื่น สำเร็จการศึกษา และมีอาชีพที่มั่นคง

“คลินิกกำลังใจ ที่พักใจให้วัยทีน”

จากการดำเนินงานบริการให้คำปรึกษาที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปที่การพูดคุย เพื่อช่วยเหลือในเชิงสังคม แต่ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษายังคงอยู่ กองพัฒนานักศึกษา จึงได้จัดตั้งคลินิกกำลังใจขึ้น เพื่อให้นักศึกษาเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันทั่วทั้ง และได้รับการช่วยเหลือตามประเด็นปัญหา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยขั้นตอนจะมีนักแนะแนวการศึกษาและอาชีพ นักวิชาการศึกษาของมหาวิทยาลัย ให้คำปรึกษาเบื้องต้น พร้อมทั้งพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย เพื่อร่วมกันช่วยเหลือตามสภาพปัญหา เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ประสานฝ่ายกองทุนในมหาวิทยาลัย พัฒนาสังคมความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด และสถานประกอบการ ในการจัดหางานให้นักศึกษามีรายได้พิเศษระหว่างเรียน ส่วนปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยจะจัดรถรับส่งนักศึกษาในการไปรับยาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ในจังหวัดปทุมธานี และปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ ประสานกองทุนสุขภาพนักศึกษาเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายเกินกว่าสิทธิ์ที่ตนได้รับอยู่ ให้เบิกค่าใช้จ่ายตามประกาศกองทุนได้ตามที่จ่ายจริง เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน จะส่งต่อเพื่อพบนักจิตวิทยาคลินิก และพบจิตแพทย์ที่มาให้บริการในคลินิกกำลังใจ ในวันเสาร์ที่ 2, 3 และ 4 ของเดือน หากประเมินแล้ว พบว่า มีความเสี่ยงสูง จำเป็นจะต้องได้เข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน จะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลธัญบุรี โดยเร็วที่สุด อีกทั้งยังมีการเชื่อมต่อกับครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อร่วมกันดูแลนักศึกษา





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

การสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนที่ถูกระรานทางไซเบอร์โดยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดควบคุมกิจกรรมและละครสร้างสรรค์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี



ที่มาและความสำคัญ

ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองตามความเป็นจริงและมีความถ่อมตน ซึ่งต่างจากการยึดถือตนเองเป็นใหญ่ที่เป็นการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่าตนเองเก่งกว่าเหนือกว่า อันเป็นการโอ้อวดหรือแสดงออกมากเกินไป เยาวชนที่ไม่รู้จักสมรรถภาพและคุณลักษณะของตนเองจะไม่สามารถ ประสานอัตลักษณ์ของตนกับโครงสร้างของสังคมได้อย่างกลมกลืน จะรู้สึกว่าเหว ชี้ก้างวล ไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง จนอาจกลายเป็นอันธพาล ตีดาเสพติด ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและต่อสังคม ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (Kaewkangwan, 2011) จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าเยาวชนที่มาเข้ารับการ ปรึกษา ณ ศูนย์ให้คำปรึกษา PBRU Wellness Mind Clinic ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการสำรวจพบปัญหาการถูกระรานทางไซเบอร์ ส่งผลกระทบทั้งในเรื่องของการเรียน เรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว เยาวชนบางรายมีการ เก็บตัว ซึมเศร้า หวาดกลัวสังคม มีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่มีความหวังความภาคภูมิใจในชีวิต และเยาวชนคิดว่า ตนเองรู้สึกไม่เป็นที่รัก เช่น คิดว่าตัวเองเป็นคนเรียนไม่เก่ง ไม่สวย พุดไม่รู้เรื่อง เปรียบเทียบชีวิตตนเองกับผู้อื่น เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิด มาใช้ผสมผสานกับเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยวิธีนี้ผู้ให้การศึกษาทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้รับการปรึกษา ได้เข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบน โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติดังนี้เป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้รับการปรึกษาได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่มควบคุมกิจกรรมละครสร้างสรรค์ เพื่อช่วยให้เขาประเมินการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่เป็นปมปัญหาที่เกิดขึ้นในใจได้ แสดงออกผ่าน เรื่องราวละครสร้างสรรค์ โดยมีผู้ให้การศึกษาพร้อมที่จะรับฟังปัญหา เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด ความรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ตลอดจนการสร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดขึ้นใน ระหว่างการให้การศึกษา



การดำเนินงาน

การสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนที่ถูกระรานทางไซเบอร์โดยการให้การศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิด ควบคุมกิจกรรมละครสร้างสรรค์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) และกลุ่มทดลองระยะติดตามผล



ผลลัพธ์ที่ได้



ความภาคภูมิใจในตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี



นวัตกรรมเด่น



โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดควบคู่
กิจกรรมละครสร้างสรรค์



มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก

ผู้เขียนผลงาน นายทวิชกร ชุนภักดี นักจิตวิทยา กองพัฒนานักศึกษา



ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก โดยกองพัฒนานักศึกษา มีหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมการมี สุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผ่านการให้บริการในงานสถานพยาบาล โดยมีกลุ่มงานย่อยในการให้บริการด้าน 4 ด้าน ด้วยกัน คือ 1) Mental Health Service การบริการด้านสุขภาพจิต โดยมีการให้บริการ Counselling psychology (การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา), Occupational therapy (กิจกรรมบำบัด) Psychological test (การทดสอบทางจิตวิทยา) 2) Educational guidance การแนะแนวการศึกษา 3) Vocational guidance การแนะแนว อาชีพ และ 4) Social and Personal guidance การแนะแนวส่วนตัวและสังคม เป็นการจัดให้มีระบบในการดูแลบริการนักศึกษาด้านสุขสภาวะทางจิต ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ ให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตให้นักศึกษา โดยในทุกภาคการศึกษาจะมีการคัดกรองด้วย แบบประเมิน RMUTTO Happy Wellness และ MENTAL HEALTH CHECK IN เพื่อทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต และการประเมินพลังใจแก่นักศึกษา โดยผลการคัดกรองจะเป็นฐานข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในด้าน ต่างๆ ทั้งการส่งเสริมป้องกัน การดูแลช่วยเหลือ และการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ผ่านการให้บริการให้คำปรึกษาทาง จิตวิทยาผ่านช่องทางต่าง ๆ การพัฒนาศักยภาพแก่นักศึกษาในการค้นหากลุ่มเสี่ยง ดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อ อาจารย์ภายใต้โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist) รวมทั้งการขับเคลื่อน ร่วมกับเครือข่ายภาคีด้านสุขภาวะทางจิต อาทิ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 กรมสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลทั้ง 9 แห่ง เครือข่ายการให้การปรึกษา เชิงจิตวิทยาและแนะแนวการศึกษา และอาชีพสำหรับนิสิตนักศึกษาระดับอุดมศึกษา (สกอ.) เป็นต้น เพื่อส่งเสริมองค์ความรู้และการบริการด้านสุขภาพจิตและการส่งต่อเพื่อการรักษา เพื่อให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่รอบด้าน



การดำเนินงาน

การดำเนินงานดูแลสุขภาวะทางร่างกายและสุขภาวะทางจิตใจแก่นักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก แบ่งออกเป็น 3 ช่วงกระบวนการ ได้แก่ ช่วงต้นน้ำ (Upstream) ช่วงกลางน้ำ (Midstream) ช่วงปลายน้ำ (Downstream)

1. ช่วงต้นน้ำ (Upstream) : Policy, Work Flow, Work shop การคัดกรองแบบประเมิน RMUTTO Happy Wellness/แบบประเมิน MENTAL HEALTH CHECK IN (2Q/8Q/9Q) (General Health Questionnaire)/แบ่งกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มรุนแรง

2. ช่วงกลางน้ำ (Midstream) : แนวทางการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมป้องกัน ด้านดูแลช่วยเหลือและด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน

3. ช่วงปลายน้ำ (Downstream) : การส่งต่อเพื่อการรักษา/การดูแลติดตามการรักษา/การประสานงานร่วมกับผู้ปกครอง/รายงานผลการต่อผู้บังคับบัญชา (กรณีแพทย์ประเมินเรียนได้ตามปกติ/กรณีต้องพักรักษาตัว)/ประสานงานกับหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัย (ด้านการเรียน)/สรุปผลการดำเนินงานเป็นรายบุคคลและรายปีเพื่อนำเป็นข้อมูลในการแก้ไขระบบในปีถัดไป



ผลลัพธ์ที่ได้

- พัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาในการค้นหากลุ่มเสี่ยง ดูแลช่วยเหลือและส่งต่ออาจารย์ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)
- พัฒนาศักยภาพอาจารย์/บุคลากรด้านการศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมให้คำปรึกษาเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือนักศึกษากลุ่มเสี่ยง
- การคัดกรองเชิงรุก ด้วย Mental Health Check In และ แบบประเมิน RMUTTO Happy wellness
- การดำเนินงานรณรงค์และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตด้วยชมรม To Be Number One ภายใต้กรอบแนวคิด “ปรับทุกข์สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ”
- การคัดกรองนักศึกษาและบุคลากร Happy University มหาวิทยาลัยแห่งความสุข
- การซ่อมแผนเผชิญเหตุวิกฤตสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ปีงบประมาณ 2567 โดยศูนย์สุขภาพจิต ที่ 6 กรมสุขภาพจิต
- กิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้และทักษะการป้องกันอาชญากรรม ภายใต้โครงการ “เครือข่ายมหาวิทยาลัยป้องกันอาชญากรรม”
- การพัฒนาสุขภาวะที่ดีของนักศึกษา มทร.ตะวันออก การเผยแพร่องค์ความรู้และแนวทางการให้บริการผ่าน ช่องทาง Social Media ในรายการ “ชวนกันมานั่งคุย BY BUSIT”



นวัตกรรมเด่น

“เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)”

เป็นนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการนำเอาเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน เพื่อให้การเชื่อมโยงการทดสอบคัดกรองนักศึกษาสะดวกยิ่งขึ้น และลดขั้นตอนในการทำงาน การมีขั้นตอนมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และขั้นตอนในการ ช่วยเหลือนักศึกษา โดยเป็นขั้นตอนในการฝึกและพัฒนาแกนนำนักศึกษาเพื่อช่วยเหลือดูแลและส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นกระบวนการที่นำเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วทั้ง ในส่วนของ Application แบบวัดในการคัดกรองและประเมินเบื้องต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยง ช่องทางการส่งต่อเพื่อรับ บริการให้คำปรึกษา รวมทั้ง ทักษะสำหรับการเผชิญเหตุเบื้องต้น



มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

Mind Care Center

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ผู้เขียนผลงาน นายคุณากร พลเยี่ยม นักวิชาการสาธารณสุข



ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จมีอัตรา 6.68, 8.21 และ 8.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, 2565) ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา และพบความชุกกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น ร้อยละ 49.8 นักศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะความเครียด วิตกกังวล ปัญหาความสัมพันธ์ มีนักศึกษาจำนวนมากที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจในช่วงที่เรียนอยู่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเรียนที่หนัก ความกดดันทางวิชาการ และปัญหาชีวิตส่วนตัวสามารถทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดความเครียดสะสมหรือความเครียดส่วนเกินจนเกิดผลเสียซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยทางจิตจนเกิดป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ส่งผลกระทบต่อการเรียน การใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยตามมาในอนาคต

ศูนย์บริการวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ได้เล็งเห็นถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา จึงมีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดระบบดูแลสุขภาพจิต สามารถช่วยเหลือนักศึกษา มีช่องทางในการเข้าถึงบริการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้นักศึกษาเกิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient; RQ) และสามารถก้าวข้ามวิกฤตต่าง ๆ ไปได้



การดำเนินงาน

- กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย โดยคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ตัวแทนจากแต่ละคณะเพื่อวางแผนกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเกิดเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน โดยการบันทึกข้อตกลงร่วมกัน ภายใต้โครงการ “คู่มือช่วยดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ”
- พัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานและสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย หลักสูตรของกรมสุขภาพจิต ร่วมกับทีมสุขภาพจิตเขต 7
 - อบรมหลักสูตรการจัดการเหตุฉุกเฉินภาวะวิกฤต ICS100 ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ร่วมกับภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
 - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและวางระบบการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เชื่อมโยงระบบส่งต่อร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

3. ระบบการประเมินสุขภาพจิตด้วย โปรแกรม Mental Health check in โดยให้นักศึกษาแต่ละคนจะได้ประเมินปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง

- เป็นเครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพจิตของนักศึกษาในเบื้องต้น หากพบกลุ่มเสี่ยงส่งต่อเข้าสู่ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ดูแลในระดับคณะ และสามารถขอเข้ารับคำแนะนำจากห้องให้คำปรึกษา “ฮิลใจ”

4. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย และมีห้องให้คำปรึกษาสุขภาพจิต “ฮิลใจ”

- พื้นที่ปลอดภัยในการดูแลสุขภาพใจ เสริมภูมิคุ้มกันทางใจ นักศึกษา
- การสื่อสารรณรงค์จัดมหกรรมสุขภาพจิต ร่วมกับงานสัปดาห์สุขภาพจิตร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
- สอดแทรกเนื้อหาการดูแลสุขภาพจิตในกิจกรรมในมหาวิทยาลัย เพจ Facebook ของมหาวิทยาลัย
- ด้านการส่งเสริมและป้องกันโดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาคัดกรองเชิงรุก ด้านการดูแล

ช่วยเหลือโดยออกแบบระบบบริการระบบส่งต่อจุดรับแจ้งเหตุระบบ Fast tract ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืนโดยการจัดการข้อมูลเพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

5. การติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีการคืนข้อมูลการดำเนินงานในเวทีประชุม คณะกรรมการดูแลนักศึกษาในมหาวิทยาลัย

ผลลัพธ์ที่ได้

➢ เกิดเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน ในการขับเคลื่อนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยมีความเข้มแข็ง

➢ นโยบายการดำเนินงานในระดับที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ดูแลทุกคนมีส่วนร่วม มีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับให้คำปรึกษานักศึกษาในมหาวิทยาลัย เกิดระบบส่งต่อนักศึกษากลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

➢ ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน เกิดระบบการทำงานที่เชื่อมต่อ

➢ นักศึกษาเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ง่ายขึ้นผ่านการประเมินคัดกรองตนเองผ่านโปรแกรม Mental Health check in กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตมีระบบการติดตามดูแลช่วยเหลือ กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด “ศูนย์ Mind care center ประเมินสุขภาพใจ” และมีระบบส่งต่อดูแลกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลคู่เครือข่าย โรงพยาบาลเสลภูมิอย่างมีระบบ

นวัตกรรมเด่น Mind care center

การจัดตั้งศูนย์ “Mind care center” ขึ้นมาเพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย การเข้าถึงบริการการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกผ่านระบบ Mental Health check in และการบริการให้คำปรึกษา โดยมีระบบนัดการให้คำปรึกษาออนไลน์ เชื่อมโยงระบบการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มเสี่ยงสามารถได้รับการดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระบบสาธารณสุขใกล้บ้านและโรงพยาบาลคู่เครือข่าย





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

ทำปฐพีฉบับ Token key

มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ผู้เขียนผลงาน 1. ดร.ปาริญา ราพา

2. ผศ.อภิเดช โยชนิเยื้อน

3. นายประทวน เนตรแสงสี

อาจารย์ คณะครุศาสตร์



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเริ่มสูงขึ้น ในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 พบว่า กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 12.83 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่ อยู่ในโรงเรียนและสถานศึกษา (สรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ 2 ปี 2566) สอดคล้องกับผลการประเมิน สุขภาพจิตนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลยด้วย Mental Health Check In ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565- 1 มีนาคม 2567 จำนวน 1,058 คน พบว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 269 คน คิดเป็นร้อยละ (36.8%)

ดังนั้น มหาวิทยาลัยราชภัฏเลยได้ตระหนักถึงความสำคัญหากนักศึกษามีปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ การเรียน การใช้ชีวิต มหาวิทยาลัยจึงได้ดำเนินการส่งเสริมโดยเก็บข้อมูลสุขภาพของนักศึกษา อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังหรือป้องกันแบบเชิงรุกโดยผ่านการคัดกรอง Mental Health Check In เพื่อแบ่ง กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหา รวมทั้งยังมีการจัดการอบรมให้ความรู้และแนวทางการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจแก่นักศึกษา นอกจากนี้ยังมีอาจารย์ และบุคลากรภายในมหาวิทยาลัยที่คอยดูแล ช่วยเหลือ และขับเคลื่อน การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อนักศึกษาใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในยุคศตวรรษที่ 21 ได้



การดำเนินงาน

มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย มีกระบวนการทำงานแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ให้นักศึกษาทำแบบคัดกรอง (Mental Health Check In) เพื่อแบ่งกลุ่มของนักศึกษาหลัง การคัดกรอง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มปกติ 2) กลุ่มเสี่ยง และ 3) กลุ่มมีปัญหา ตาม Flow chart แนวทาง การดำเนินงานระบบดูแลสุขภาพใจนักศึกษา กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ เขตสุขภาพที่ 8

ขั้นตอนที่ 2 มีการพัฒนาความรู้สุขภาพจิตและทักษะการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจโดยอาจารย์ บุคลากร และนักศึกษา มีแนวทางการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมและการป้องกัน 2) ด้านการดูแล ช่วยเหลือ และ 3) ด้านการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลติดตามการรักษาโดยกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง จะถูกติดตามด้วย R8EOC โดยมีทีมสหวิชาชีพโทรศัพท์เยี่ยมเพื่อประเมินคัดกรองซ้ำและให้คำปรึกษารายบุคคล และกลุ่มผู้ป่วยได้รับการติดตาม ด้วย R506Dashboard และมีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตด้วยระบบ R8 Mental Health SIS

เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลทุกกลุ่ม ซึ่งผลการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจนักศึกษา พบว่า นักศึกษาได้รับการช่วยเหลือสุขภาพจิตเบื้องต้นโดยมหาลัย 25 คน และได้รับการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิต

ในระบบสาธารณสุข 257 คน โดยมีการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย การรายงานผลต่อผู้บังคับบัญชา และสรุปผลการดำเนินงานรายปีการศึกษา

จุดเด่นการดำเนินงาน

1. ด้านการส่งเสริมและป้องกัน

- พัฒนาศักยภาพอาจารย์ที่ปรึกษา นักศึกษาแกนนำ และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเข้าร่วมการอบรมการดูแลช่วยเหลือการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

- การคัดกรองเชิงรุก โดยให้นักศึกษาทำแบบประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น MHCI เทอมละ 1 ครั้ง

2. ด้านการดูแลช่วยเหลือ

- มหาวิทยาลัยราชภัฏเลยมีศูนย์สนทนาศณะแนวการศึกษาและอาชีพ ที่มีห้องให้คำปรึกษาและอาจารย์ทางด้านจิตวิทยา/เจ้าหน้าที่ประจำ คอยให้บริการ โดยมีช่องทางในการเข้ารับบริการที่หลากหลายเพื่อให้นักศึกษาเลือกใช้บริการตามความเหมาะสมของแต่ละคน เช่น Walk in, LINE Application, Messenger

- การติดตามดูแลนักศึกษา มหาวิทยาลัยมีเครือข่ายหอพักที่ช่วยดูแล เฝ้าระวัง ให้ข้อมูลและประสานงานกับทางมหาวิทยาลัย

3. ด้านการบูรณาการความร่วมมือ

- มหาวิทยาลัยจัดทำ MOU กับกรมสุขภาพจิต ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายกับหน่วยงานในพื้นที่ในการดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย รวมถึงพัฒนาระบบส่งต่อติดตามผู้ที่มีปัญหาความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น



ผลลัพธ์ที่ได้



1. เกิดกระบวนการทำงานเชิงรุกในการคัดกรองนักศึกษาเพื่อเข้าสู่กระบวนการส่งเสริม ป้องกัน และการช่วยเหลือ

2. มีแนวทางในการปฏิบัติการช่วยเหลือ ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือจากระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ศูนย์สนทนาศณะแนวการศึกษาและอาชีพ



นวัตกรรมเด่น



ทำปู้ปรับปู้ Token key

เนื่องจากนักศึกษาเข้าระบบการคัดกรอง MHCI จำนวนน้อย ทางศูนย์สนทนาศณะแนวการศึกษาและอาชีพ จึงได้กำหนดระบบ Token key ขึ้นเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเข้าสู่ระบบการคัดกรองเพิ่มขึ้น

ระบบ Token key เมื่อนักศึกษาเข้าระบบการคัดกรองจะได้รับ Token key ซึ่งนำไปใช้ในการสะสมชั่วโมงกิจกรรมได้





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

BRU Student Well-Being Center

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพะนักศึกษา (Student Well-Being Center) มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์



ที่มาและความสำคัญ

ปี 2561 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ได้เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง จึงยังได้รับความสนใจจากนักเรียนและผู้ปกครอง ทั้งในจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดที่ใกล้เคียง ทำให้มีผู้สนใจมาสมัครเข้าศึกษาต่อเป็นจำนวนมาก ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และทางจิตใจ ทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ เนื่องจากต้องห่างไกลจากการดูแลของครอบครัว ต้องดูแลและรับผิดชอบตัวเอง มีสังคมที่หลากหลายมากขึ้น และมีอิสระในการใช้ชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจทำให้นักศึกษาบางส่วนเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหรือรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกวิธีเท่าที่ควร เช่น การคิดทำร้ายตนเอง การส่งผลกระทบและเกิดปัญหาในด้านเรียน ด้านส่วนตัวและสังคม จากการเปลี่ยนแปลงนั้น อาจนำไปสู่การเกิดการสูญเสียตามมาในภายหลัง

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพะนักศึกษา (BRU Student Well-Being Center) จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2561 เพื่อที่จะช่วยพัฒนาให้นักศึกษาได้คิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมไปถึงการได้พัฒนาตนเองตามความถนัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถค้นพบอัตลักษณ์ที่สำคัญของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการประกอบอาชีพในอนาคตได้อย่างประสบความสำเร็จ



การดำเนินงาน

มีระบบการทำงานที่เน้นการทำงานเชิงรุก และให้ความสำคัญกับการคัดสรรคนเข้ามาทำงานในศูนย์ เพราะเราเชื่อว่าบรรยากาศที่ดีจะส่งผลต่อการช่วยเหลือนักศึกษาที่ดีได้ อีกทั้งยังขยายการมีส่วนร่วมไปยังส่วนที่สำคัญ เช่น รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาทุกคณะ องค์กรนักศึกษา สภานักศึกษา รวมไปถึงนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ส่วนนี้เราจึงก่อตั้งชมรม “Happy Being” ขึ้นมาเพื่อให้นักศึกษาได้ส่งต่อสุขภาวะที่ดีในกันและกัน เมื่อมีทีมงานที่เข้มแข็งแล้วเราจึงพยายามออกไปมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยการบริการรับฟังทางจิตวิทยารูปแบบนอกสถานที่ (Outing and Outdoor) ตามพื้นที่สาธารณะ เพื่อฝึกประสบการณ์ให้กับสมาชิกในชมรมและอาจารย์ในการช่วยเหลือผู้อื่น สร้างสังคมที่ดีใกล้ตัวเรา

มิติด้านสุขภาพจิต เราเองให้ความสำคัญมาก ๆ โดยมีการสร้างระบบบริการปรึกษาสำหรับนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย และมีเครื่องมือในการคัดกรองเบื้องต้น โดยได้รับการสนับสนุนจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 ด้วยการแนะนำเครื่องมือ Mental Health Check In มาใช้ในสถานศึกษา รวมไปถึงมีบริการปรึกษาออนไลน์และออนไลน์

ทั้งการเปิดเพจบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เปิด Line OA ในการติดต่อขอรับบริการปรึกษา สำคัญที่สุดคือเรามีทุนสนับสนุนให้นักศึกษาได้เข้าถึงบริการปรึกษากับจิตแพทย์คลินิกเอกชน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ อีกด้วย

มิติด้านบุคลากร เราส่งเสริมบุคลากรของศูนย์ในการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการปรึกษาของกรมสุขภาพจิต เพื่อมาบริการนักศึกษาให้ถูกหลักการ และยังมีทุนให้อาจารย์และนักศึกษาที่สนใจในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านจิตใจหรือศาสตร์ที่น่าสนใจในการเข้าอบรมอีกด้วย เช่น Design thinking การเขียนเพื่อการบำบัด ศิลปะเยียวยาจิตใจ เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่ได้

1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

- 1.1 จำนวนเครือข่ายที่สนับสนุน เช่น ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เครือข่ายรองคณบดีทุกคณะ สภานักศึกษา องค์การนักศึกษา ชมรมทูปีนัมเบอร์วัน ชมรม Hobby เครือข่ายครูแนะแนวประจำจังหวัด
- 1.2 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและบริการอยู่ในเกณฑ์ดีมากทุกกิจกรรมที่ได้ดำเนินการจัด เช่น บริการปรึกษา การอบรมทักษะเบื้องต้นในการปรึกษา ตลาดนัดนักศึกษา และกิจกรรมพัฒนาตนเอง
- 1.3 จำนวนผู้เข้าร่วมทุกกิจกรรมต่อปี โดยประมาณ 300 คน (ไม่นับรวมกิจกรรม talk เชิงเสวนาในงานปฐมนิเทศนักศึกษาที่มีการจัดขึ้นทุกปี)

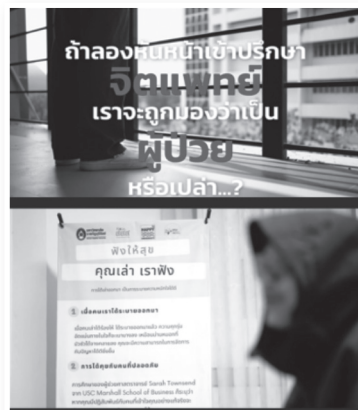
2. ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- 2.1 จำนวนของนักศึกษาและบุคลากรที่ใช้บริการปรึกษา 20-30 คนต่อปีการศึกษา ความพึงพอใจต่อบริการปรึกษายอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

นวัตกรรมเด่น

อย่าปล่อยให้ปัญหาของคุณเรื้อรัง เราฟังได้

นวัตกรรมคลิปสื่อสารการเข้าถึงบริการปรึกษาสำหรับนักศึกษา เป็นคลิปความยาวประมาณ 2 นาที ผ่านช่อง YouTube ของศูนย์ โดยทำคลิปจะมี QR CODE ให้สแกน เพื่อขอใช้บริการปรึกษาได้ในทันที เมื่อต้องการ ข้อดี คือสามารถเผยแพร่ใช้ซ้ำได้บ่อยๆ เนื้อหาเข้าใจง่าย และสามารถส่งประชาสัมพันธ์ได้ในทุกช่องทางออนไลน์ โดยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในช่วงโฮมรูมผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา ในงานปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ และเผยแพร่ผ่านเครือข่ายรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาของแต่ละคณะ





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

การเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตด้วยมิตรช่วยกันสัมพันธ์น้องพี่ มีเครือข่ายคุณใจ

มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผู้เขียนผลงาน นางมุขจรินทร์ สุทธิสัย อาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการ



ที่มาและความสำคัญ

ปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคซึมเศร้า 1,195 ราย มารับการรักษา 3,811 ครั้ง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 111 ราย มารับการรักษา 128 ครั้ง ปี พ.ศ. 2567 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในจังหวัด เท่ากับ 20,405 ราย จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย เท่ากับ 758 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ผู้ป่วยนอกด้วยโรคซึมเศร้า 6,538 ราย มารับการรักษา 18,353 ครั้ง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 632 ราย มารับการรักษา 753 ครั้ง โดยในปี พ.ศ. 2565 และพ.ศ. 2566 พบโรคซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 468 รายและ 447 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มความรุนแรงของปัญหา ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการฆ่าตัวตาย มหาวิทยาลัยราชภัฏ ศรีสะเกษ ได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบการช่วยเหลือและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต เพื่อขับเคลื่อนงาน ดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ “คู่มือ เครือข่ายดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ” ปัญหาและอุปสรรคที่พบในสถาบันที่ส่งผลการดำเนินการด้านการเสริม สร้างภูมิคุ้มกันทางจิตและการให้การดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต คือ ปัญหาของการรับส่งต่อข้อมูล และแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องของนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต การใช้ระบบ Mental Health Check In มีการจัดเก็บและคัดกรองข้อมูล แต่ยังไม่สามารถนำมาดำเนินการต่อได้อย่างเป็นรูปธรรม ข้อจำกัดในบริบทของ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ได้แก่ การรับทราบและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ให้ความรู้ ความเข้าใจการดูแล ตนเองด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตและการบริการของนักศึกษาและบุคลากรยังมีอยู่อย่างจำกัด การ สังเกตสัญญาณเตือนของครอบครัว สังเกตของเพื่อนในการให้คำปรึกษา และสมรรถนะของอาจารย์ที่ให้ คำปรึกษาในการใช้เทคนิคเชิงลึกเพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้ขอรับการปรึกษา รวมถึงข้อจำกัดของระบบและ กลไกการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตเป็นไปอย่าง ต่อเนื่อง และยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีดำเนินการโครงการขึ้นเพื่อให้เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือและเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันทางจิตที่มีเครือข่ายในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง และลด อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต



การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนงานร่วมกับเครือข่ายด้านสุขภาพจิต การสำรวจทรัพยากรที่อยู่และวางแผนการปรับปรุง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงานและวางแผนระยะเวลาการดำเนินงานและกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่เหมาะสม **ขั้นตอนที่ 2** จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของแกนนำนักศึกษา ในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต รู้สัญญาณเตือน และการเข้าใช้ระบบ Mental Health Check In และการปกปิด

ข้อมูลของนักศึกษา และช่องทางการติดต่อเพื่อขอรับการช่วยเหลือด้วยระบบเพื่อนช่วยเพื่อน และระบบอาจารย์ที่ปรึกษา **ขั้นตอนที่ 3** จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษา การรู้จักนักศึกษาเป็นรายบุคคล และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการแนวทางที่เอื้อต่อการดำเนินการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต ร่วมกันระดมสมองเพื่อเสนอร่างระบบการดูแลส่งต่อในสถาบัน ครูอาจารย์ ผู้ปกครอง บุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาในสถาบันการศึกษา **ขั้นตอนที่ 4** ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน นำเสนอระบบและกลไกการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต **ขั้นตอนที่ 5** ประชุมสรุปแนวทางเผยแพร่รูปแบบการดูแลช่วยเหลือด้านภูมิคุ้มกันทางจิตในมหาวิทยาลัย และแนวทางในการนำเสนอเป็นนโยบายต่อผู้บริหารมหาวิทยาลัย **ขั้นตอนที่ 6** การถอดบทเรียนแก่นำสู่การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตที่ดี ได้ผลลัพธ์การดำเนินงาน แก่นำนักศึกษาจำนวน 100 คน ได้นำสมรรถนะด้านแก่นำการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตที่ได้รับมาถ่ายทอดความรู้และร่วมแชร์ประสบการณ์การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตแก่นักศึกษาใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผลลัพธ์ที่ได้

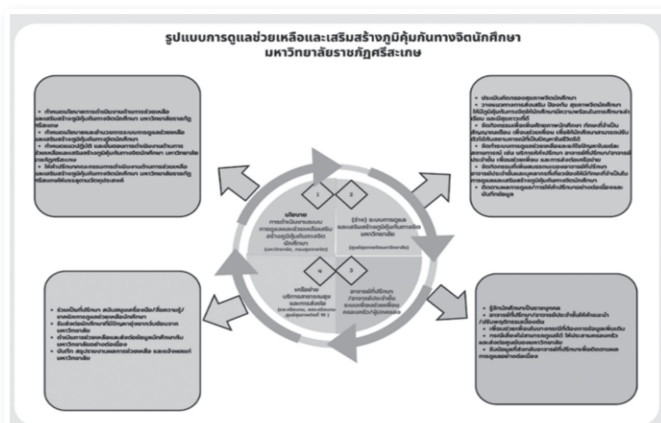
1. แก่นำนักศึกษาจำนวน 150 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิต และสามารถเป็นแกนนำเพื่อช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้จิต และสามารถให้การช่วยเหลือเพื่อนนักศึกษาตามแนวปฏิบัติเมื่ออยู่ในภาวะปกติ มีความเสี่ยง และเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง
2. อาจารย์ที่ปรึกษาจำนวน 100 คน ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษา สามารถคัดกรองสุขภาพจิตและมีแนวทางในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตแก่นักเรียน นักศึกษามากขึ้นครู/อาจารย์มีสมรรถนะในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต และสามารถให้การช่วยเหลือแก่นักเรียน นักศึกษาได้ตามแนวปฏิบัติ เมื่ออยู่ในภาวะปกติ มีความเสี่ยง และเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง
3. รูปแบบการดำเนินการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตของนักศึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องของมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 1 รูปแบบ

Outcome Impact

1. นักศึกษาใหม่แรกเข้าศึกษาได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยระบบ Mental Health Check In จำนวน 1,000 คน คิดเป็น ร้อยละ 100
2. มีระบบขั้นตอนและแนวทางในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาและแนวปฏิบัติในการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงมากที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น
3. อาจารย์ที่ปรึกษา และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนักศึกษามีแนวทางและระบบที่เอื้อต่อการดำเนินการด้านให้การช่วยเหลือด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตที่ชัดเจน

นวัตกรรมเด่น

รูปแบบการดำเนินการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตของนักศึกษา





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

YRU Mental Health

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

ผู้เขียนผลงาน นางสาวกานธี มุขอ นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์



ที่มาและความสำคัญ

ตามที่มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ “คู่มือช่วยดูแลจิตใจก้าวสู่คนไทยคุณภาพ” ระหว่างมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง กับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจนักศึกษาให้ครอบคลุมมหาวิทยาลัยราชภัฏทุกแห่ง ตลอดจนบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยราชภัฏในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในมหาวิทยาลัยราชภัฏทุกแห่งได้รับการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต และการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต



การดำเนินงาน

การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

ด้านการให้บริการ

1. ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

1.1 มีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชัน Mental health Check-In โดยจะให้ผู้รับบริการทำการประเมินสุขภาพจิตทุกครั้ง ซึ่งเป็นหนึ่งในขั้นตอนการให้บริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1.2 มีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาประจำหอพัก ด้วยแบบประเมิน 9Q ระยะเวลา 2 เดือน/ครั้ง

1.3 มีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาทุกคน ด้วยแบบประเมิน 9Q ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ระยะเวลา 2 เดือน/ครั้ง

ทั้งนี้ เพื่อสำรวจและแบ่งกลุ่ม เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา และส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป

2. การบริการให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัย โดยเปิดให้บริการ 4 ช่องทาง คือ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ห้องพยาบาล) โดยนักศึกษาสามารถเข้ารับบริการในช่วงเวลาทำการได้ทุกวัน โดยมี นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์เป็นผู้ให้คำปรึกษา คลินิกให้คำปรึกษาประจำหอพักมหาวิทยาลัย โดยนักศึกษาสามารถเข้ารับบริการในช่วงเวลาทำการได้ทุกวัน โดยมีผู้ปกครองหอพักเป็นผู้ให้คำปรึกษา ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น (Friend Corner) บริการช่วยเหลือให้คำแนะนำในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีแกนนำนักศึกษาที่ผ่านอบรมเป็นผู้ให้บริการ ศูนย์ให้คำปรึกษา (health Counselling Center) เป็นความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลากับโรงพยาบาลศูนย์ยะลา นักศึกษาและบุคลากรสามารถเข้ารับบริการได้ทุกวันนอกเวลาราชการ ตั้งแต่ 17.00 -19.00 น. โดยมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษา

3. บริการตรวจวัดความเครียดและสุขภาพหลอดเลือดด้วยเครื่องไบโอฟีดแบ็ค (Biofeedback) ให้กับนักศึกษาและบุคลากร และการได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ โดยทีมวิทยากร ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

ด้านการเพิ่มศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน

จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา พร้อมกับการส่งบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพจิตเข้ารับการอบรมกับหน่วยงานภายนอก และอบรมให้ความรู้กับแกนนำนักศึกษา เพื่อช่วยเหลือเพื่อนนักศึกษาในสาขาและคณะของตนเอง

ด้านการประสานงาน

1. การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก หรือและรับคำปรึกษาในการให้บริการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาและบุคลากร และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กับศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 หรือและรับคำปรึกษาในการให้บริการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาและบุคลากร รวมถึงการส่งต่อและการติดตามผลการรักษากับโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

2. การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ติดต่อประสานงานกับคณะและอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ปกครอง หอพัก เกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตของนักศึกษา และแจ้งผลการประเมิน การรักษากรณีมีการส่งต่อ ติดต่อประสานงานกับผู้ดูแลศูนย์เพื่อนใจวันรุ่น (Friend Corner) เกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตของนักศึกษา และข้อมูลนักศึกษาที่เข้ามาใช้บริการ



ผลลัพธ์ที่ได้

มหาวิทยาลัยได้พัฒนาการดูแลสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยให้มีความเชื่อมโยงกันเป็นระบบ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุน สายวิชาการ และแกนนำนักศึกษา ให้มีทักษะการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่นักศึกษาและบุคลากรที่เข้ามารับบริการ สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านกระบวนการดูแลอย่างใกล้ชิด มีผู้ที่พร้อมจะรับฟังในเวลาที่มีปัญหาและความเครียดได้



นวัตกรรมเด่น

ระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเชิงรุก

การพัฒนากระบวนการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยอย่างเป็นระบบ มีการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในนักศึกษาและบุคลากรด้วยการประเมินสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดเก็บข้อมูลการประเมิน ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ห้องพยาบาล) ผู้ปกครองประจำหอพัก แกนนำนักศึกษา ประจำศูนย์เพื่อนใจวันรุ่น และอาจารย์ที่ปรึกษา มีพื้นที่บริการให้คำปรึกษาดูแลสุขภาพใจ 4 ช่องทาง ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ห้องพยาบาล) คลินิกให้คำปรึกษาประจำหอพัก ศูนย์เพื่อนใจวันรุ่น หากพบว่านักศึกษาหรือบุคลากรมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จึงดำเนินการส่งต่อเข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษา มรย. เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care

มหาวิทยาลัยแห่งความสุขสู่องค์กรสุขภาวะที่ยั่งยืน

กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

ผู้เขียนผลงาน นางสาวมัลลิกา วีระสัย นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพชำนาญการ
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา



ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร โดยกองพัฒนานักศึกษา มีภารกิจในการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการพัฒนางานด้านกิจการนักศึกษาทั้งหน่วยงานภายในและภายนอก เสริมสร้างและพัฒนาทักษะให้นักศึกษา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเป็นสุข รวมทั้งมีภารกิจในการจัดบริการสวัสดิการด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสมแก่นักศึกษาตามความต้องการ รวมทั้งมีการบริการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาที่มีความเครียด ความวิตกกังวล คับข้องใจ ทั้งทางด้านจิตใจ การเรียน ส่วนตัว สังคม รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในด้านต่าง ๆ ให้เป็นไปตามคุณลักษณะบัณฑิตพึงประสงค์หรือตามอัตลักษณ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด

มหาวิทยาลัยยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของนักศึกษา ในลักษณะของการดูแล ประสานงาน ช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริม และให้คำปรึกษา รวมถึงการป้องกัน โดยมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันภายในมหาวิทยาลัย โดยมีนักจิตวิทยาให้คำปรึกษา อาจารย์ นักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการให้บริการปรึกษา และบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลนักศึกษา ผ่านระบบ Onsite และ Online นอกจากนี้มหาวิทยาลัยยังทำความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมตามยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนระบบปัญญาวิเคราะห์เพื่อสร้างเสริม “มหาวิทยาลัยแห่งความสุขสู่องค์กรสุขภาวะที่ยั่งยืน” เครือข่ายกรมสุขภาพจิต โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 เครือข่าย 9 ราชมงคล และเครือข่ายมหาวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) เพื่อให้นักศึกษาได้รับการส่งเสริมป้องกัน และพัฒนาได้อย่างครอบคลุม



การดำเนินงาน

การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

1. มีการทำงานเชิงรุกโดยการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ช่องทางการเข้ารับบริการ รวมถึง Content สารสนเทศด้านสุขภาพใจ การฮีลใจ การสำรวจสภาวะใจตนเอง หรือการสำรวจประเด็นปัญหาจากการลงทะเบียนเข้ารับบริการปรึกษาเพื่อนำมาจัดเป็นกิจกรรม Road Tour เวียนศูนย์การศึกษาของมหาวิทยาลัย รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านกิจกรรมโครงการด้านสุขภาพจิตซึ่งขับเคลื่อนร่วมกับนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติทางจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัย

รามคำแหง ทั้งยังมีบุคลากร และอาจารย์ ที่ได้ผ่านการอบรมอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการการดำเนินการด้านบริการปรึกษา กลุ่มนักศึกษาที่เคยผ่านการอบรม YC ที่เป็นทำหน้าที่เป็นผู้รับฟัง ที่ดีเบื้องต้น ส่งต่อ และประชาสัมพันธ์บริการ

2. มีการนัดหมายจากแบบลงทะเบียน ทั้งในรูปแบบ On-site และ Online อีกทั้งเตรียมความพร้อม จากประเด็นปัญหาเบื้องต้นในแบบลงทะเบียนเข้ารับบริการ แบ่งเป็นปัญหาด้านส่วนตัวและสังคม การเรียน ด้านครอบครัว อื่น ๆ และความหวังต่อประเด็นปัญหาและการเข้ารับบริการ รวมถึงทำแบบวัด (2Q9Q) ในช่วงการลงทะเบียนเข้ารับบริการ)

3. การให้บริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประเมินความเสี่ยง การฝึกคลายเครียดและลด ความวิตกกังวลเบื้องต้น

4. นัดหมายเข้ารับบริการในครั้งต่อไป บันทึกผล ติดตามผล กรณีผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงในระดับสูง และไม่ได้พบแพทย์ แจ้งการเข้าถึงบริการตามสิทธิของตนเองหรือย้ายสิทธิ์มาในสถานพยาบาลเครือข่ายของ มหาวิทยาลัย

ผลลัพธ์ที่ได้

1. อาจารย์ และบุคลากร สามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่นักศึกษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. นักศึกษา ได้เข้าใจและตระหนักรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ตนเอง เพื่อน พี่และน้องภายในคณะ สาขา ภายใต้กิจกรรมทางด้านจิตวิทยา
3. มีการวางแผนการคัดกรอง นักศึกษาเพื่อนำผลจากการคัดกรอง เข้าสู่กระบวนการในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลช่วยเหลือ และพัฒนาในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการรักษา

นวัตกรรมเด่น

1. การดูแลใจผู้ให้บริการ ระบบ Supervision หรือการทำ Case conference
2. นวัตกรรมที่ได้รับจากหน่วยภาคี เครือข่าย Mental Health Check In กรมสุขภาพจิต ศูนย์ 13
3. ดำเนินการจัดสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรและสมดุลระหว่าง ชีวิตกับการทำงานของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ในทุกส่วนงาน ด้วยเครื่องมือวัดความสุข HAPPINOMETER ปีละ 1 ครั้ง





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะ

บริษัท ฮิตาชิ แอสเตโม ลำพูน จำกัด



ที่มาและความสำคัญ

จากการสำรวจข้อมูลจากการตรวจสุขภาพประจำปี รวมถึงการคัดกรองและติดตามภาวะสุขภาพของพนักงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มพนักงานที่มีปัญหาสุขภาพจิตในปี 2565-2566 มีพนักงานทั้งหมด 2,300 ราย แบ่งเป็นจำนวน พนักงานชาย 1,200 ราย พนักงานหญิง 1,100 ราย ผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2566 พนักงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 75 ราย (มากกว่าหนึ่งโรค) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 72 ราย โรคไขมันในเลือดสูง 48 ราย และโรคเบาหวาน 48 ราย และผลการตรวจสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน (ST-5) รายบุคคล กลุ่มจิตเวชเดิมปี 2566 โดยใช้ 1) แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ST-5) รายบุคคล เครียดน้อย 68 % เครียดปานกลาง 16% เครียดมาก 11% เครียดมากที่สุด 4% 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8) ซึมเศร้า เสี่ยงให้คำปรึกษาและพบแพทย์ 13% และฆ่าตัวตาย ควรให้คำปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อบำบัด 2%

ปัจจุบันทางองค์กรให้ความสำคัญในส่วนของการดูแลสุขภาพจิตใจของพนักงานมากยิ่งขึ้นจึงได้นำเครื่องมือการประเมินสุขภาพใจด้วยตัวเอง Mental health check in ของกรมสุขภาพจิต มาช่วยเรื่องสุขภาพจิตใจของพนักงาน พบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า คิดทำร้ายตนเอง รวมทั้งให้การดูแลผู้ที่มีโรคจิตเวชอยู่เดิม เช่น โรคจิตเวช โรคซึมเศร้า เพื่อไม่ให้กำเริบ และจัดทีมสุขภาพจิตส่งแบบประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นให้กับพนักงาน ในรูปแบบ QR code (ผ่าน Admin กลุ่มไลน์ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลพนักงานฝ่ายบุคคล และพยาบาลที่ประสานโดยตรงกับพนักงาน)



การดำเนินงาน

1. การเตรียมความพร้อม

- สำรวจสุขภาพจิต โดยเลือกคัดกรอง ประเมินตามความเหมาะสมขององค์กร
- กำหนดนโยบายแต่งตั้งคณะทำงาน
- วิเคราะห์ปัญหาจากการสำรวจองค์กร

2. การวางแผน

- ตั้งเป้าหมาย
- ประเมินจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม
- กำหนดกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบ

3. การดำเนินการ

- กิจกรรมนันทนาการ เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การจัดงานประจำปี งานกีฬาสี การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อออกกำลังกาย

- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้สุขภาพจิตผ่านเสียงตามสาย การจัดอบรมให้ความรู้ ตัดโปสเตอร์รณรงค์ประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิต มีสถานที่หรือมุมพักผ่อนหย่อนใจให้



ผลลัพธ์ที่ได้

- ข้อร้องเรียนในองค์กร/ที่ทำงาน ลดลง
- อัตราการสาย ลาป่วย ลาออกลดลง
- กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลและส่งต่อ
- ส่งต่อพนักงานไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 ราย ทำให้พนักงานสามารถกลับมาทำงานได้ปกติ



นวัตกรรมเด่น

“Diversity, Equity และ Inclusion (DEI)”

Diversity, Equity และ Inclusion (DEI) คือ ความหลากหลาย ความเสมอภาค การรวมกลุ่มกัน และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สนับสนุนให้มีการจ้างงานบุคลากรโดยปราศจากอคติเรื่องความแตกต่างทางเพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกเพศ ทุกวัย ทำกิจกรรมร่วมกันได้โดยไม่มีกำแพงเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา เพศ ภาษา สีผิว เข้ามาเป็นตัวแบ่งแยก เพื่อให้ธุรกิจดำเนินไปได้มั่นคงและเข้มแข็ง จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นตัวเชื่อมในการจัดกิจกรรมให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมเพื่อรวมกันเป็นหนึ่งเดียวตามนโยบาย One Astemo One our Astemo

โดย DEI มีความจำเป็นต่อการเสริมสร้าง Work Life Balance รวมถึง Work-Family Balance ให้แก่พนักงาน ซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงาน เช่น ความหลากหลายภายใน (Internal Diversity) เป็นความหลากหลายที่ติดตัวของพนักงาน เช่น เพศสภาพ รสนิยมทางเพศ สภาพร่างกาย อายุ สีผิว เชื้อชาติ ฯลฯ ความหลากหลายภายนอก (External Diversity) เป็นความหลากหลายที่เกิดจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลและส่งผลต่อพนักงาน เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ความเชื่อทางศาสนา สถานภาพครอบครัว ที่อยู่อาศัย ฯลฯ ความเสมอภาค (Equity) หมายถึงการปฏิบัติต่อพนักงานด้วยความยุติธรรม และสนับสนุนให้พนักงานเข้าถึงทรัพยากรได้อย่างเท่าเทียม เต็มที่ ไม่ปิดกั้นโอกาส การมีส่วนร่วม (Inclusion) หมายถึง การที่พนักงานซึ่งมีความแตกต่างได้รับการเคารพ ยอมรับ ถูกมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และมีส่วนร่วมในการทำงาน





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

การขับเคลื่อนดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการ

บริษัท ไทยอุตสาหกรรมน้ำตาล จำกัด จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้เขียนผลงาน นายจิรายุ แก้วนครการณ หัตถ์หน้าหน่วยงานความปลอดภัยฯ และหัวหน้าฝ่ายบุคคล



ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน กลุ่มคนวัยทำงานจึงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร ทำให้เกิดการพัฒนาประเทศ และผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก ประกอบกับเกิดวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมได้รับผลกระทบอย่างมาก และมีแรงงานจำนวนมากต้องว่างงานอย่างฉับพลัน ประสบกับปัญหารายได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานในระบบภาคการผลิตที่กระจายตัว ทำงานในอุตสาหกรรมประเภทต่าง ๆ จึงส่งผลให้เกิดภาระงานที่มากขึ้น มีความเหนื่อยล้า และเกิดความเครียด จากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด และ ภาคีเครือข่ายในสถานประกอบการจึงได้มีการขับเคลื่อนโครงสร้างเสริมศักยภาพของเจ้าหน้าที่หน่วยงานความปลอดภัยฯ ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของแรงงานในสถานประกอบการ โดยใช้หลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแบบองค์รวม (Holistic Health Advisor) ขึ้น ซึ่งบริษัทไทยอุตสาหกรรมน้ำตาล จำกัด ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ตลอดจนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้สมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าว เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่หน่วยงานความปลอดภัยฯ ในองค์กรให้สามารถดำเนินการตามหลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแบบองค์รวม (Holistic Health Advisor) และเกิดรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชากรวัยแรงงานในสถานประกอบการตามบริบทของพื้นที่และสามารถใน ดูแลจิตใจพนักงาน กลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขเพื่อตรวจวินิจฉัยรักษาได้



การดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่หน่วยงานความปลอดภัยฯ จำนวน 2 คน เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำหลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแบบองค์รวม (Holistic Health Advisor) ของกรมสุขภาพจิต

2. เจ้าหน้าที่หน่วยงานความปลอดภัยฯ ดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขวัยทำงานให้กับพนักงานในสถานประกอบการ คือ

2.1 ประเมิน BMI หากพบกลุ่มเสี่ยงจะให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2 ประเมินการติดเหล้า และการสูบบุหรี่ ของพนักงาน หากพบกลุ่มเสี่ยงจะทำการประเมินเพื่อวินิจฉัย ยืนยัน และการให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจในการงดเหล้าและบุหรี่ หรือค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่ม และสูบบุหรี่ให้น้อยลง

2.3 ประเมินภาวะสุขภาพจิตของพนักงาน ดังนี้

- ตรวจเช็คสุขภาพใจผ่าน Mental Health Check In ประเภทองค์กร หากพบกลุ่มเสี่ยง จะมีการให้คำปรึกษาเบื้องต้นกรณีเสี่ยงสูงจะส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยการประเมิน 2Q plus หากพบความเสี่ยงประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q (มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง/รุนแรงจะส่งต่อเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข) กรณีประเมินเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วย 8Q แล้วพบมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจะส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นกัน

- ตรวจประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยเครื่อง Biofeedback

2.4 ออกแบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเบื้องต้น และในกรณีที่เครียดมาก เสี่ยงซึมเศร้าจะมีการประสานงานและส่งต่อให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการ

2.5 ออกแบบกิจกรรมสร้างสุขในที่ทำงาน

ผลลัพธ์ที่ได้

มีการประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต แบ่งเป็น

1. การประเมิน BMI การติดเหล้าและการสูบบุหรี่ (พนักงานทั้งในและนอกโรงงานทั้งหมด 579 คน)
2. การประเมินภาวะสุขภาพจิต (พนักงานในโรงงานทั้งหมด 300 คน)

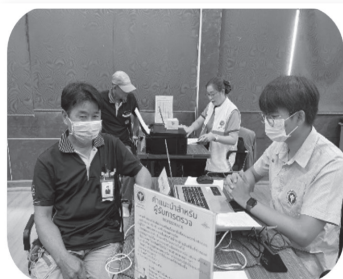
2.1 Mental Health Check In เพื่อให้ทราบสถานะสุขภาพกายและใจของพนักงานในโรงงาน วิเคราะห์ ผลและนำข้อมูลนั้นมาออกแบบกิจกรรมสร้างสุขวัยทำงานที่เหมาะสม

2.2 ประเมินสุขภาพจิตด้วยเครื่อง Biofeedback

3. การจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพกายใจให้พนักงาน เช่น โครงการสุขภาพห่วงใยใส่ใจรักสุขภาพ โครงการ โรงงานร่วมใจส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดัน

นวัตกรรมเด่น “เช็คอิน Care ใจ”

นำระบบตรวจสุขภาพใจ MENTAL HEALTH CHECK IN มาใช้ทั่วทั้งองค์กรเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต ของพนักงานดำเนินการโดยฝ่ายบุคคลได้สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กับพนักงานในองค์กร ทำการประเมิน ตรวจสุขภาพใจ MENTAL HEALTH CHECK IN จากนั้น admin ของสถานประกอบการวิเคราะห์ผล และแปลผล ในกลุ่มเสี่ยงต่ำจะมีการให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยฝ่ายบุคคล กรณีเสี่ยงปานกลาง/สูง จะมีการขอคำปรึกษา จากศูนย์สุขภาพจิตหรือส่งต่อในการขอรับคำปรึกษา พร้อมทั้งติดตามการเข้ารับบริการเป็นรายบุคคล





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

โปรแกรมผู้ช่วยเหลือเพื่อสุขภาพใจของพนักงานในเครือ BMK

บริษัท อินเว (ประเทศไทย) จำกัด อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร



ที่มาและความสำคัญ

บริษัท อินเว (ประเทศไทย) จำกัด (ตั้งอยู่ในนิคมอุตสาหกรรมพิจิตร) เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพจิต ที่เข้มแข็ง และสุขภาพกายที่แข็งแรง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ตลอดจนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบริษัท ฯ ประกอบกิจการผลิตอาหารสัตว์น้ำ ที่มีกระบวนการทำงานของสายการผลิตตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลาคือ ช่วงเช้า (เวลา 06.00-14.00 น.) ช่วงบ่าย (เวลา 14.00-22.00 น.) และช่วงดึก (เวลา 22.00-06.00 น.) และในส่วนของผู้ที่ทำงานที่สำนักงาน จะเริ่มงานเวลา 08.30-17.30 น. ซึ่งด้วยลักษณะงานเช่นนี้ เป็นการทำงานที่ไม่ตรงกับนาฬิกาชีวิตและธรรมชาติของร่างกาย ส่งผลต่อการกิน การนอนที่ไม่เป็นเวลา ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลียได้ รวมทั้งกระบวนการทำงานร่วมกับต่างชาติที่มีความแตกต่างของเวลา ทั้งในการจัดการประชุมและประสานงานหรือสนับสนุนให้งานต่าง ๆ สามารถขับเคลื่อนได้อย่างคล่องตัวตลอด 24 ชม. ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียดและกดดัน ไม่สามารถจัดการแบ่งเวลาส่วนตัวและเวลาทำงานได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้บริษัทฯ เห็นความสำคัญในการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของพนักงานเป็นอันดับแรก ประกอบกับทางกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ กลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น โดยร่วมมือกับทางศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ในการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจเพื่อรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตในทุกระดับ ทั้งตัวบุคคล ตลอดจนมีการขยายผลให้เกิดการดูแลกันในครอบครัว องค์กรและสังคม รวมทั้งบริษัทได้จัดทำระบบดูแลสุขภาพใจให้บุคลากรผ่านโปรแกรมผู้ช่วยเหลือพนักงานในเครือ BMK เพื่อเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และสามารถส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับคำปรึกษาการช่วยเหลือที่เหมาะสมได้



การดำเนินงาน

- การตรวจสุขภาพของพนักงานประจำปี โดย ตรวจสุขภาพพื้นฐานของบุคคล และตามปัจจัยเสี่ยงในการทำงานของพนักงาน ซึ่งหากพบความผิดปกติก็ส่งต่อให้รับคำปรึกษาโดยแพทย์
- การตรวจวัดสุขภาพใจด้วยตนเองผ่าน MENTAL HEALTH CHECK-IN จำนวน 204 คน จากพนักงานทั้งหมด 260 คน คิดเป็น 78.46% พบว่า ภาวะ Burn out ร้อยละ 9.80 เครียดมากที่สุด ร้อยละ 2.94 เสี่ยงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.84 รวมทั้งพบความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 2.45 และระดับปานกลาง ร้อยละ 0.49 โดยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดได้รับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยา ถ้ายังพบความเสี่ยงจึงส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราชต่อไป
- จัดอบรมให้กับพนักงานในสถานประกอบการ หลักสูตร Mental Health First Aider เพื่อสร้างแกนนำในการให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ “โปรแกรมผู้ช่วยเหลือพนักงานในเครือ BMK”

- จัดอบรมให้ความรู้กับพนักงานที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในเรื่อง การจัดการความเครียดและแนวทางส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีให้กับพนักงานประจำปี รวมทั้งรณรงค์กิจกรรมเดือนแห่งการมีสุขภาพจิตที่ดี
- มีระบบผู้ช่วยเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานในเครือ BMK โดยเจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคลขององค์กรเป็นผู้สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้พนักงานในองค์กรรับทราบ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตของพนักงานในทุกระดับ พร้อมทั้งมีการติดตาม รายงานผลการให้คำปรึกษาและประชุมสรุปข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการป้องกันดูแลสุขภาพจิตทุก 3 เดือน



ผลลัพธ์ที่ได้

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

- พนักงานในสถานประกอบการได้รับการตรวจสุขภาพกายและประเมินสุขภาพใจ ผ่าน Mental Health Check in เพื่อให้ทราบสถานะสุขภาพกายและใจของพนักงานในองค์กร นำข้อมูลนั้นมาออกแบบกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่เหมาะสมในสถานประกอบการ
- สร้างแกนนำในการให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ “โปรแกรมผู้ช่วยเพื่อพนักงานในเครือ BMK”
- มีระบบผู้ช่วยเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานในเครือ BMK โดยมีเจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคลเป็นผู้สื่อสารและประชาสัมพันธ์ในการประเมิน/คัดกรองสุขภาพจิต และหากพบกลุ่มเสี่ยงส่งต่อเข้าสู่ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตใจกับนักจิตวิทยาได้โดยตรงผ่านแอปพลิเคชัน ICAS
- ผลลัพธ์ถึงบุคลากร
- มีรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการที่ชัดเจน และระบบผู้ช่วยเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานในเครือ BMK เพื่อดูแลช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยนักจิตวิทยา



นวัตกรรมเด่น

“โปรแกรมผู้ช่วยเหลือเพื่อสุขภาพใจของพนักงานในเครือ BMK”

อันเนื่องมาจากลักษณะงานที่เป็นการทำงานตามช่วงเวลา ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับนาฬิกาชีวิตและธรรมชาติของร่างกาย ส่งผลต่อการกินและการนอนที่ไม่เป็นเวลา ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลียได้ นอกจากนี้สถานการณ์โควิดและการทำงานทำให้พนักงานในเครือของบริษัทฯ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน เช่น Work from home ทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลางาน หรือส่วนตัวที่ชัดเจนได้ ที่ ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียด กัดดัน และภาวะหมดไฟในการทำงานบริษัทฯ จึงได้จัดทำ “โปรแกรมผู้ช่วยเพื่อพนักงานในเครือ BMK” ให้พนักงานรวมถึงครอบครัวของพนักงานได้ใช้โปรแกรมนี้ในการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับนักจิตวิทยาได้โดยตรงผ่านแอปพลิเคชัน ICAS โปรแกรมผู้ช่วยสำหรับพนักงานรวมถึงครอบครัวของพนักงานนี้ กรณีที่พนักงานมีความเครียดสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตใจกับนักจิตวิทยาได้โดยตรงผ่านแอปพลิเคชัน ICAS โดยการโทรปรึกษานักจิตวิทยาได้ฟรี แต่มีการเสียค่าธรรมเนียมในการโทร โดยเจ้าหน้าที่แต่ละคนใน ICAS นี้จะเป็นเฉพาะเรื่อง ๆ ไปตามความเครียดในแต่ละเรื่อง ในบางกรณีเจ้าหน้าที่จะใช้ Application line เพื่อทำการติดต่อกับ case เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายนี้และมีการติดตามผลตามความจำเป็นของแต่ละ case





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

โครงการ Best Practice Healthy Minds at Works

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

บริษัท ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) จำกัด จังหวัดนครนายก



ที่มาและความสำคัญ

หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด บริษัทฯ ได้สูญเสียบุคลากรหลายท่านจากเหตุการณ์นี้ อีกทั้งส่งผล ทำให้พนักงานเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (long Covid) และสภาพจิตใจที่ย่ำแย่จากการสูญเสียคนอันเป็นที่รักในครอบครัวและอาการป่วยที่เรื้อรังทำให้ใช้ชีวิตประจำวันได้ยากลำบาก ทำให้มีพนักงานจำนวนหนึ่งเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลงและถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย สภาพทางสังคม ตลอดจนการยอมรับของเพื่อนร่วมงานแย่ลง บางรายต้องลาออกจากงาน อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจหลังโรคโควิดระบาดยังส่งผลต่อบริษัทฯ และพนักงานอย่างมาก เช่น จำนวนการสั่งซื้อที่ลดลงทำให้บริษัทฯ จำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยการไม่รับพนักงานทดแทน ส่งผลทำให้พนักงานต้องแบกรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดภาวะความเมื่อยล้าทั้งทางกายและจิตใจ ประกอบกับข้อมูลจากการทำ “TPT Engagement One Tyson Survey 2023” เรื่องของ Physical Safety มีคะแนนสูงสุดเป็นอันดับ 1 และข้อมูลสถิติในการลาป่วยของพนักงานในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2566 รวม 14,312 วัน ด้วยเหตุนี้ บริษัทฯ จึงได้ตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจเพื่อช่วยให้พนักงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี แข็งแรงและสามารถลดความเมื่อยล้า ปัญหาดังกล่าว ลงได้



การดำเนินงาน

ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยงาน HRBP หน่วยงานแรงงานสัมพันธ์ หน่วยงาน HRD/OD เป็นผู้ดำเนินการและรับผิดชอบโครงการ ประสานงานร่วมกับหน่วยงานภายในองค์กร และหน่วยงานสนับสนุนจากภาครัฐ โดยดำเนินโครงการ ดังนี้

1. ภายใต้การดำเนินงานให้ได้มาซึ่งความต้องการของพนักงาน Team members' needs หรือปัญหาที่พนักงานเผชิญ บริษัทฯ ใช้แบบสำรวจประจำปีภายใต้ชื่อว่า One Tyson Survey เพื่อให้พนักงานทุกคนสามารถแจ้งความรู้สึก ความคิดเห็นได้อย่างมีอิสระ และผลจากการสำรวจจะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุง
2. TPT Care เป็นกลุ่มไลน์ที่พนักงานจะได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของบริษัทฯ ตลอดจนเป็นช่องทางของการร้องเรียนปัญหาต่าง ๆ
3. Listening Exercise เป็นโปรแกรมการรับฟังปัญหาของพนักงาน เพื่อรวบรวมปัญหา และหาทางออกร่วมกันกับหน่วยงาน

4. ในด้านการให้ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิต บริษัทฯ ได้จัดอบรมให้กับพนักงานในแต่ละระดับ ดังนี้

4.1 อบรมให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต “โครงการอบรมส่งเสริมสุขภาพจิตพนักงานในสถานประกอบการ”

4.2 อบรมให้ความรู้ “โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มหัวหน้า ผู้จัดการ ในสถานประกอบการ”

4.3 อบรมให้ความรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตในองค์กร กับ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

4.4 โปรแกรมการตรวจประเมินความเครียด BIOFEEDBACK

4.5 สร้าง Health Coach ในสถานประกอบการ เบื้องต้นได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมการเป็น Health Coach แล้ว จำนวน 2 ท่าน



ผลลัพธ์ที่ได้

➢ อบรมให้ความรู้ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต “โครงการอบรมส่งเสริมสุขภาพจิตพนักงานในสถานประกอบการ” คณะกรรมการประเมินผลการอบรม : พนักงานมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ และได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต ผลตรวจประเมินสุขภาพจิต : มีเสี่ยงฆ่าตัวตาย 1 เคส เสี่ยงซึมเศร้าระดับปานกลาง 2 เคส

➢ อบรมให้ความรู้ “โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มหัวหน้า ผู้จัดการ ในสถานประกอบการ” กลุ่มเป้าหมายหัวหน้างาน และผู้จัดการ เพื่อเป็นเครือข่าย จำนวน 20 คน คณะกรรมการประเมินผลการอบรม : พนักงานมีความพึงพอใจมาก และได้รับความรู้เทคนิคต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพจิต ผลตรวจประเมินสุขภาพจิต : ไม่พบพนักงานที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และเสี่ยงซึมเศร้า

➢ เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตในองค์กร กับ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย กลุ่มเป้าหมาย ทีมทำงานได้แก่ HR, Employee Relation และ ผู้จัดการที่มีผู้บังคับบัญชามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 3 คน (Senior Manager-Employee Relations & CSR, Laboratory Manager, HRBP)

➢ โปรแกรมการตรวจประเมินความเครียด BIOFEEDBACK กลุ่มเป้าหมาย พนักงานที่มีความเสี่ยงจากผลการทำแบบประเมิน พนักงานที่มีความเครียดจากการทำงานและพนักงานทั่วไป พนักงานมีความพึงพอใจและได้รับประโยชน์มากในการเข้าร่วมโปรแกรม





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

BGH Care ใจ

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

ผู้เขียนผลงาน นางสาวรชยา บู่สามสาย นักวิชาการสาธารณสุข



ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ปี 2564-2566 พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีแนวโน้มเข้ารับบริการคลินิกสุขภาพใจเพิ่มมากขึ้น จำนวน 114 คน 126 คน และ 166 คน จากจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด จำนวน 1,650 คน 1,680 คน และ 1,695 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.91, ร้อยละ 7.50 และร้อยละ 9.79 ตามลำดับ สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ปัญหาทะเลาะกับคนในครอบครัว 2) น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ 3) เครียดเรื่องเศรษฐกิจ หนี้สิน เครียดไม่ระบุสาเหตุ และ 4) ปัญหาด้านสุขภาพ จากสถานการณ์ข้างต้นพบว่าบุคลากรในองค์กรมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดของโรงพยาบาลฯ ไม่ว่าจะเป็นด้านโครงสร้างที่ขยายตัวตลอดเวลา ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จึงทำให้โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพกายพร้อมกับสุขภาพใจควบคู่ไปด้วยกันของบุคลากร เพื่อให้องค์กรพัฒนาและเติบโตไปอย่างมีคุณภาพ



การดำเนินงาน

- สำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิต สุขภาพใจ ของบุคลากรในองค์กร
- วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ผ่านคณะกรรมการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นประธานฯ โดยบรรจุเป็นแผนงานโครงการ “เสริมสร้างพลังใจและพัฒนาทักษะชีวิต อำเภอบ้านแพ้ว ปี 2567” ในแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลฯ โดยมีศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ
- บูรณาการการทำงาน ร่วมกับหน่วยงานภายใน ในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการฯ อาทิเช่น ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ กลุ่มหัวหน้างานการพยาบาล กลุ่มหัวหน้างานสายสนับสนุนฯ รวมถึงเครือข่ายภายนอก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 โดยสร้าง TeamWork กำหนดเป้าหมายร่วมกัน
- การดำเนินงาน



➢ การเสริมพลังใจในองค์กร โดยการเชิดชูการทำความดีและได้รับคำชื่นชมจากผู้รับบริการ การส่งเสริมเชิดชู มอบประกาศเกียรติคุณในรางวัล “คนดี องค์กร” กิจกรรมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วย หรือผู้ที่สนใจ



ใช้กระบวนการ 3P

Purpose : เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพจิตและได้รับการติดตามฟื้นฟูสุขภาพจิต

Process : เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประเมินสุขภาพจิต Mental Health Check-in ตรวจวัดความเครียดด้วยเครื่องไบโอฟีดแบค (Biofeedback) พบความเสี่ยงเข้าระบบการส่งต่อ ด้วยกระบวนการ 3 A 1) Alarm : แจ้งเตือนรายบุคคลที่พบภาวะเสี่ยงจากการคัดกรอง 2) Alert : เฝ้าระวังให้ทันทั่วทั้งในการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา ปรีกษาเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพใจ 3) Action : เริ่มให้คำปรึกษาโดยแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทันที

Performance : อบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Advisor) ในองค์กร

ประเมินความสุข ดีกว่าหรือเท่ากับคนทั่วไป ก่อนอบรมฯ ร้อยละ 80.33 (49/61) หลังอบรมฯ ร้อยละ 90.16 (55/61)

ประเมินความเครียด (ST-5) มากถึงมากที่สุด ก่อนอบรมฯ ร้อยละ 16.39 (10/61) หลังอบรมฯ ร้อยละ 8.20 (5/61) และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ได้รับการติดตามฟื้นฟูสุขภาพจิต ร้อยละ 100 (2/2)



การประเมินสุขภาพจิต Mental Health Check-in ในระบบ INTRANET
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

การเปิดช่องทางออนไลน์ในการประเมินสุขภาพจิตของตนเองได้ตลอด 24 ชม. โดยแชร์ลิงค์ และช่องทาง การประเมินสุขภาพจิต Mental Health Check-in ในระบบ INTRANET โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ซึ่งเป็นช่องทางการประชาสัมพันธ์และสื่อสารกันภายในองค์กร





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

Happy Heart เพราะเรื่องของใจนั้นสำคัญ

บริษัท โทคิน อิเล็กทรอนิกส์ (ประเทศไทย) จำกัด



ที่มาและความสำคัญ

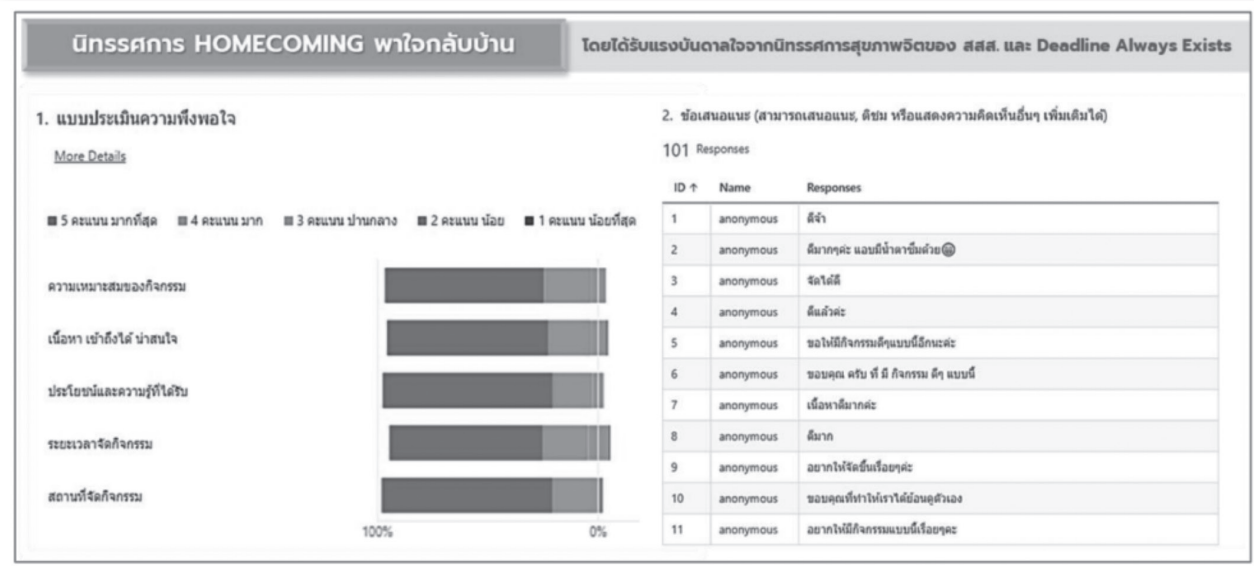
จากผลการประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพใจของพนักงาน โดยใช้เครื่องมือ Mental Health Check-in กับพนักงานจำนวน 1,345 คน ผลพบว่าพนักงานมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าเบื้องต้นเป็นอันดับหนึ่ง รองลงคือภาวะหมดไฟ และภาวะเครียดเป็นลำดับ ดังนั้น บริษัทฯ จึงได้เห็นถึงความสำคัญในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพใจในสถานประกอบการ เพื่อช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพใจ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดอัตราการลาป่วย ลาออก และก้าวสู่องค์กรสร้างสุข



การดำเนินงาน

บริษัทฯ ได้ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพใจให้กับพนักงาน ภายใต้ชื่อโครงการ “Happy Heart เพราะเรื่องของใจนั้นสำคัญ” โดยได้มีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานคือ “KEMET จะดำเนินธุรกิจโดยคำนึงถึงสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงาน ลูกค้า สาธารณชน และสิ่งแวดล้อม” และได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อร่วมวางแผนการดำเนินโครงการให้บรรลุตามเป้าหมายและสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินโครงการดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อวางแผนกิจกรรมในโครงการและดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย
2. การขอรับคำปรึกษาการดำเนินโครงการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี
3. จัดทำโปสเตอร์และคู่มือการใช้งานระบบ Mental Health Check-in และประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้กับพนักงานได้รับทราบผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ และอีเมล
4. กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานออกเป็น 2 กลุ่ม รายละเอียดดังนี้
 - กลุ่มเป้าหมายที่ 1 : พนักงานใน Office จำนวน 145 คน
 - ประชาสัมพันธ์รายละเอียดโครงการให้กับพนักงานครบ 100%
 - พนักงานตอบแบบประเมิน Mental Health Check-in ครบ 100%
 - การให้ความรู้ด้านสุขภาพใจและการตรวจประเมินวิเคราะห์ร่างกายด้วยเครื่อง Bio-Feedback ซึ่งได้รับการ สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี
 - กลุ่มเป้าหมายที่ 2 : พนักงานที่เหลือทั้งหมด จำนวน 1,200 คน
 - ประชาสัมพันธ์รายละเอียดโครงการให้กับพนักงาน ครบ 100%
 - พนักงานตอบแบบประเมิน Mental Health Check-in ครบ 100%
5. ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใจให้กับพนักงาน



โครงการส่งเสริมสุขภาพใจในสถานประกอบการ ถือเป็นบทบาทสำคัญในการร่วมสร้างสรรค์สถานที่ทำงานให้มีความสุข พนักงานมีภูมิคุ้มกันทางใจ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโครงการบรรลุผล ดังนี้

- การมีวิสัยทัศน์ และพันธกิจที่ชัดเจน องค์กรมีวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพใจและสื่อสารให้พนักงานทราบอย่างทั่วถึง
- การมีผู้นำที่มุ่งมั่น ผู้นำองค์กรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมโครงการ
- การมีส่วนร่วมของพนักงาน พนักงานมีส่วนร่วมในการออกแบบ พัฒนา และดำเนินการโครงการ โดยผ่านการประชุมจากตัวแทนคณะกรรมการฯ ประจำเดือน
- การมีทรัพยากรที่เพียงพอ องค์กรมีการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินการโครงการ
- การวัดผลและประเมินผล องค์กรมีการติดตามผลและประเมินผลโครงการอย่างสม่ำเสมอ
- การให้บริการสนับสนุน องค์กรให้บริการสนับสนุนแก่พนักงานที่มีปัญหาสุขภาพใจ
- การสร้างความสัมพันธ์องค์กรมีการสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพใจ





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

CPRAM...CARE พื้นที่พักใจ

บริษัท ซีพีแรม จำกัด (ขอนแก่น)



ที่มาและความสำคัญ

เนื่องจากปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงทำให้คนวัยทำงานต้องมีการปรับตัวทั้งด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่าง ๆ เพื่อให้พร้อมกับการเผชิญกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ต้องออกจากงาน เปลี่ยนรูปแบบการทำงาน รายได้ลดลง ภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงมีโรคทางกายมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะก่อผล กระทบทางจิตใจ บริษัท ซีพีแรม จำกัด (ขอนแก่น) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดีของพนักงาน ซึ่งจะเป็ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดสุขภาพกายที่ดี สุขภาพใจที่ดี และทำให้คุณภาพชีวิตของพนักงานดีขึ้น จึงนำระบบ การประเมิน MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจเช็คสุขภาพใจ มาใช้ในการประเมินสุขภาพใจทั้งของพนักงาน ปัจจุบันและพนักงานเข้างานใหม่ ทำให้พบว่าพนักงานที่ทำแบบประเมินมีผลค่าพลังใจระดับมาก 63% ปานกลาง 33% น้อย 4% ค่าภาวะหมดไฟ (Burn OUT) ระดับปกติ 81% เสี่ยง 19% ภาวะหมดไฟ (Burn OUT) ระดับปกติ 81% เสี่ยง 19% ภาวะเครียดระดับมากที่สุด 1% มาก 2% ปานกลาง 28% น้อย 69% ภาวะซึมเศร้า ระดับไม่มี 80% เล็กน้อย 15% ปานกลาง 4% รุนแรง 1%

บริษัท ซีพีแรม จำกัด (ขอนแก่น) จึงจัดโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ โครงการสร้างสุข เสริมพลังใจ สู้สุขภาพจิตดีคนทำงาน โครงการเสริมสุข เต็มพลังใจ ขจัดภาวะหมดไฟคนทำงาน กล่องรับฟังปัญหาทางใจ CPRAM CARE พื้นที่พักใจ เป็นต้น อีกทั้งบริษัทฯ ได้บูรณาการความร่วมมือในการดูแลสุขภาพจิตในบริษัท ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น มาเป็นทีมสนับสนุนให้ความรู้ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ การใช้เครื่องมือ ในการคัดกรองสุขภาพจิตในเบื้องต้นของพนักงานในบริษัท ร่วมออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทปัญหา ที่พบ และให้คำปรึกษากับพนักงานที่มีผลการประเมินเสี่ยงภาวะหมดไฟ มีภาวะความเครียดและซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้พนักงานเกิดการเรียนรู้ เข้าใจในเรื่องของสุขภาพจิต เสริมพลังใจให้ตนเองและคนรอบข้าง ปรับเปลี่ยนความคิด เกิดการสื่อสารเชิงบวก ขจัดภาวะเครียด ซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในพนักงาน รวมทั้ง สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานมุ่งสู่องค์กรแห่งความสุขเพื่อให้พนักงานเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ภายในองค์กร



การดำเนินงาน

1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานในการดำเนินงานดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงานในองค์กร เพื่อวางแผน วิเคราะห์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตของพนักงาน
2. บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ศูนย์อนามัยที่ 7 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานองค์ความรู้ และเทคนิควิธี รวมถึงระบบการดูแล ส่งต่อร่วมกับทางบริษัท

3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน คณะทำงานในการติดต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต การดูแล สุขภาพกายและสุขภาพจิตแบบองค์รวม โดยการผ่านหลักสูตรการอบรม

- หลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาในองค์กร ร่วมกับกรมสุขภาพจิตและศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
- หลักสูตรนักส่งเสริมสุขภาพในองค์กร ส่องค์กรสุขภาวะ Health Promoter จัดโดยศูนย์วิชาการ

ในเขตสุขภาพที่ 7

4. วางแผนและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต สุขภาพสุขทางในในบริษัท

- จัดทำสื่อให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์/E-mail/Line
- สื่อสารการประเมิน MENTAL HEALTH CHECK IN
- จัดอบรมด้านสุขภาพจิต
- จัดทำกล่องรับฟังปัญหาทางใจ
- จัดพื้นที่สำหรับกิจกรรม CPRAM CARE พื้นที่พักใจ
- สรุปผลการดำเนิน

ผลลัพธ์ที่ได้

- นโยบายการทำงานของบริษัทในการให้ความสำคัญของสุขภาพกายสุขภาพใจของพนักงาน เพื่อมุ่งสู่ องค์กรแห่งความสุข คนทำงานมีความสุข ผลลัพธ์ของงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
- พนักงานให้ความสำคัญ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเพิ่มขึ้น
- การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น อบรมให้ความรู้ สื่อสารประชาสัมพันธ์ การสร้าง ความสุขในองค์กร มีพื้นที่พักใจสำหรับให้คำปรึกษาเบื้องต้น
- มีระบบประเมินสุขภาพจิต mental Health check in กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลและให้คำแนะนำส่งต่อ
- เกิดแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตพนักงานในการบริษัท ช่องทางการคัดกรอง ดูแลส่งต่อในเบื้องต้น และมีพื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาพนักงาน เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการมีสุขภาพจิตในบริษัท

นวัตกรรมเด่น CPRAM...CARE พื้นที่พักใจ

CPRAM...CARE พื้นที่พักใจ คือ การจัดพื้นที่สำหรับพนักงานที่มีปัญหาทางใจ ได้ระบาย ผ่อนคลาย และรับคำปรึกษา โดยทีมงานที่ผ่านการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาเบื้องต้นมาแล้ว รวมถึงแนะนำช่องทางการเข้าถึงการรักษา กับ ทางศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น โดยใช้พื้นที่ อาคารสำนักงานชั้น 3 เป็นมุมสำหรับรับ ปรึกษาปัญหาทางใจ รวมถึง จัดกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกายและใจในวันที่ มีตลาดนัดถนนคนเดิน CPRAM ทุกเดือน





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

เพื่อน ดูแล เพื่อน

กองพันทหารราบที่ 1 กรมทหารราบที่ 13 ค่ายพระยาสุรินทรธรรมธาดา

ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผู้เขียนผลงาน ร.ต.เขตเชาวน์ จิพยัคฆ์ ผึกทหารใหม่ ผลัด 1/67 หน่วยฝึกทหารใหม่ ร.13 พัน.1



ที่มาและความสำคัญ

หน่วยฝึกทหารใหม่ ร.13 พัน.1 มีภารกิจในการฝึกปรับสภาพจากบุคคลพลเรือน ไปสู่การเป็นทหารอาชีพ ทั้งในด้านความรู้ ร่างกาย และสภาพจิตใจ ซึ่งในระยะเวลา 1 ปี จะมีการฝึกทั้งหมด 2 รุ่นการฝึกตามวงจร โดยจะมีการประเมินสุขภาพร่างกาย และสภาพจิตใจของทหารใหม่อยู่เสมอ เพื่อให้ทหารใหม่ไม่เกิดความเครียด และความวิตกกังวลมากเกินไปจนนำไปสู่การเกิดอาการ หรือโรคทางสุขภาพจิต ซึ่งต่อมาหน่วยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของกำลังพล จึงได้ประสานกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 เพื่อแนะแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของตัวกำลังพลเอง เพื่อเป็นหนทางแห่งความสุขที่เกิดจากภายใน (Spontaneous Happiness) และยั่งยืนนาน (Lasting Happiness)

เนื่องด้วยผู้บังคับบัญชามีความห่วงใย และเล็งเห็น ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต และภาวะความเครียด หน่วยฝึกทหารใหม่ ร.13 พัน.1 จึงให้การดูแลเอาใจใส่การปฏิบัติงาน พฤติกรรม และความเป็นอยู่ของทหารใหม่ โดยได้ดำเนินการประสานงาน กับศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 เพื่อเข้ามาดำเนินการอบรมการจัดการสุขภาพจิต และความเครียด ในหน่วยฝึกทหารใหม่ เพิ่มเติมจากวงจรการอบรมของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดสภาวะทางจิตกับทหารใหม่



การดำเนินงาน

ขั้นที่ 1 การประเมินกลุ่มเสี่ยง เพื่อติดตามผล

หน่วยได้ดำเนินการประเมินสภาวะความเครียดร่วมกับ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ตามแนวทางของผู้บังคับบัญชา ในห้วงวันแรกรับตัวทหารใหม่ โดนได้ดำเนินการทำข้อมูลในการจำกัดกลุ่มเสี่ยงสภาวะความเครียด เนื่องจากการปรับตัวเข้ามาเป็นทหารอาชีพ

ขั้นที่ 2 การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ

ดำเนินการประสานขอรับการสนับสนุนจาก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 เพื่อเข้ามาดำเนินการอบรม และแนะแนวทางการดูแลสุขภาพจิต การจัดการความเครียด ให้กับทหารใหม่ เพิ่มเติมจากวงจรการอบรมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

ขั้นที่ 3 การสังเกตอาการ

หลังจากการดำเนินการอบรมจากหน่วยงานต่าง ๆ เสร็จสิ้น หน่วยมีการสังเกตพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของทหารใหม่ อยู่อย่างเป็นประจำ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของทหารใหม่เบื้องต้น

ขั้นที่ 4 การประเมินผล

ตามวงรอบการประเมินผล เพื่อส่งข้อมูลให้กับกรมแพทย์ทหารบก ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการฝึกทหารใหม่ จะสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจนว่าทหารใหม่มีความเครียดลดลง

ผลลัพธ์ที่ได้

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการอบรมทหารใหม่เรื่องการดูแลสุขภาพจิตโดยการสังเกตสัญญาณเตือน (Warning sign) ที่ครูฝึกได้มีการประสานขอคำปรึกษาจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 ในลักษณะของสัญญาณเตือนทางสุขภาพจิตและจิตเวช
2. คัดกรองสุขภาพจิตทหารใหม่ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In และกรณีมีความเสี่ยงสามารถส่งต่อให้คำปรึกษากับครูฝึกและส่งต่อรักษากลุ่มที่เสี่ยงสูงไปยังโรงพยาบาลได้
3. อบรมพัฒนาศักยภาพเรื่องการใส่ใจรับฟังและให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครูฝึกและทหารใหม่
4. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับทหารใหม่

นวัตกรรมเด่น

ป้ายสัญญาณเตือนอาการเสี่ยงต่อสุขภาพจิต “เพื่อน ดูแล เพื่อน”

ระบบสังเกตสัญญาณเตือนปัญหาสุขภาพจิต โดย หน่วยงาน ร.13 พัน.1 ได้จัดทำป้ายสัญญาณเตือนอาการเสี่ยงต่อสุขภาพจิต “เพื่อน ดูแล เพื่อน” โดยขอคำปรึกษาและการสนับสนุนสื่อเทคโนโลยีจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 และนำไปติดตามบริเวณต่าง ๆ ในค่าย และชี้แจงสั่งการให้ทหารใหม่และครูฝึกทุกคนรู้จักสัญญาณเตือนนี้ หากพบคนรอบข้างมีลักษณะอาการเหล่านี้ หรือมีความผิดปกติให้แจ้งครูฝึกตามระบบการดูแล ซึ่งครูฝึกจะมีห้องสำหรับให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตเบื้องต้น และส่งต่อพบแพทย์ต่อไปตามระบบ





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

โครงการเสริมสร้างวัฒนธรรมศาลปกครอง (TRUST)

และองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

สำนักงานศาลปกครองอุดรธานี

ผู้เขียนผลงาน นางสาวพนิดา ฉั่ววิเชียร เจ้าหน้าที่ศาลปกครองชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

ตามนโยบายประธานศาลปกครองสูงสุดด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากรศาลปกครอง คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน เพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรและให้ศาลปกครองเป็นองค์กรแห่งความสุข ส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของคนในองค์กร (Work-Life Balance) ให้เกิดความสมดุล ลดความเครียด ความวิตกกังวล จัดหาแนวทางที่จะส่งเสริมป้องกันและบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากรในองค์กรให้สามารถมีแนวทางในการปฏิบัติตัวและแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และเลขาธิการสำนักงานศาลปกครองได้มอบแนวทางการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีสุขภาวะที่ดี มีความสุขในการทำงาน และส่งมอบผลงานที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรสำนักงานศาลปกครองให้เป็น Smart Person “คนดี คนเก่ง มีความสุขในการทำงาน มุ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนโดยสะดวก รวดเร็ว” ทั้งนี้ สำนักงานศาลปกครองอุดรธานีเป็นหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานเสริมสร้างศาลปกครองให้เป็นองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน ตระหนักและใส่ใจรักษาสุขภาวะทางจิตใจของบุคลากร รวมทั้งสำนักงานศาลปกครองเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งได้ดำเนินกิจกรรมสุขภาวะทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถสนับสนุนภารกิจในการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีและการป้องกันปัญหาสุขภาวะทางจิตให้แก่บุคลากรสำนักงานศาลปกครองอุดรธานี เพื่อให้สามารถสนับสนุนภารกิจในการเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุขเกิดผลสัมฤทธิ์ มีคุณภาพตามมาตรฐานและส่งผลให้การขับเคลื่อนศาลปกครองให้เป็นองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน



การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำรายละเอียดกิจกรรม โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับดูแลสุขภาพจิต ผลการประเมินสถานการณ์ความสุขของบุคลากรสำนักงานศาลปกครอง ประกอบนโยบายผู้บริหารศาลปกครองและผู้บริหารสำนักงานศาลปกครอง รวมทั้งให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ศาลปกครอง หรือแผนแม่บทศาลปกครอง และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอคำแนะนำ/ปรึกษาจากผู้บังคับบัญชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ร่างกิจกรรมสุขภาวะจิตใจภายใต้โครงการเสริมสร้างวัฒนธรรมศาลปกครอง (TRUST) และองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน ซึ่งมีกรอบกิจกรรมดังนี้

1) นำแนวคิด Happy 8 และโมเดลสร้างสุขในการทำงาน (PERMA Model) มาปรับใช้ในกิจกรรมสุขภาวะจิตใจ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กรให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการสังเกตและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การจัดการอารมณ์และความเครียด การสร้างสุขในองค์กร

4) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และสื่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจ ตามแนวทางการเสริมสร้างศาลปกครองให้เป็นองค์กรแห่งความสุข 5) ขยายเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

กิจกรรมสุขภาพจิตใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งหมายให้มีการพัฒนาคุณภาพระหว่างคุณภาพชีวิตที่ดี และการทำงานของบุคลากรของสำนักงานศาลปกครองอุดรธานีให้เกิดความสมดุล ลดความเครียดความวิตกกังวล และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในการทำงานระหว่างกัน การสร้างความสุขในที่ทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข ในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม รวมทั้งสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันและแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพทางจิตให้แก่บุคลากรสำนักงานศาลปกครองอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำหนังสือประสานหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อเชิญเป็นวิทยากรให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตใจภายใต้โครงการเสริมสร้างวัฒนธรรมศาลปกครอง (TRUST) และองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน ตามแผนการดำเนินงาน โดยมีขอบเขตการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความเครียดของบุคลากรสำนักงานศาลปกครองอุดรธานีโดยการคัดกรอง และประเมินสุขภาพจิตโดยใช้ Mental Health Check In จำนวน 3 ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต การจัดการอารมณ์และความเครียด การสร้างภูมิกันทางใจ สร้างความเข้มแข็งทางใจแก่บุคลากรสำนักงานศาลปกครองอุดรธานี จำนวน 4 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กรให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการสังเกต และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การจัดการอารมณ์และความเครียด การสร้างสุขในองค์กร

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจ การจัดการความเครียด การเสริมสร้างพลังใจ ความเข้มแข็งทางใจ ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ Infographic ผ่านช่องทางต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 5 ขยายเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการร่วมกิจกรรม และประเมินผลการจัดกิจกรรม วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ส่วนต่าง ๆ รวมทั้งสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากกิจกรรมฯ และนำเสนอรายงานผลต่อผู้บริหารสำนักงานศาลปกครอง ที่กำกับดูแลหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการเผยแพร่ผลการดำเนินงานและองค์ความรู้ผ่านระบบ Intranet ของสำนักงานศาลปกครอง Intranet ของสำนักงานศาลปกครองอุดรธานี และฐานข้อมูลกลางของสำนักงานศาลปกครอง ช่องทาง \\nod.admincourt.go.th

ขั้นตอนที่ 7 ติดตาม ประเมินผล และประสานการส่งต่อดูแลรักษา/บริการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุดรธานี



ผลลัพธ์ที่ได้

วัน/เดือน/ปี	หลังใจ			ภาวะหมดไฟ (Burn OUT)		ภาวะเครียด (ST-5)				ซึมเศร้าเบื้องต้น (2C)		ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (9C)				ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8C)			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	เสี่ยง	ปกติ	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	เสี่ยง	ปกติ	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
ครั้งที่ 1 6 - 11 ก.ย. 66																			
ร้อยละ	7.89	7.89	84.22	26.32	73.68	55.26	26.32	7.89	10.53	34.21	65.79	78.95	15.79	5.26	0	97.37	2.63	0	0
ครั้งที่ 2 22 - 27 ก.ย. 66																			
ร้อยละ	0	3	13	1	15	8	6	0	2	3	13	14	2	0	0	16	0	0	0
ครั้งที่ 3 1 ก.ค. 67																			
ร้อยละ	0	18.75	81.25	6.25	93.75	50.00	37.50	0	12.50	18.75	81.25	87.50	12.50	0	0	100	0	0	0
ครั้งที่ 4 1 ก.ค. 67																			
ร้อยละ	0	10.71	89.29	10.71	89.29	78.57	14.28	7.14	0	17.86	82.14	100	0	0	0	100	0	0	0





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

My Heart is full

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีบุคลากรในหน่วยงานจำนวน 1,300 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรสายสนับสนุน ลักษณะงานเป็นงานบริการดูแลด้านสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง มีภาวะเครียดความกดดันจากการทำงาน ความคาดหวังของผู้รับบริการ และภาระงานที่มีจำนวนมาก ประกอบกับสภาพสังคม เศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทำให้พบปัญหาเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากร ในเดือนมิถุนายน 2566 ทางโรงพยาบาลได้ทำการสำรวจภาวะหมดไฟจากการทำงานและความเครียด (ST-5) ในกลุ่มบุคลากร จำนวน 114 คน พบว่าบุคลากรมีภาวะหมดไฟจากการทำงานระดับความเสี่ยงอย่างมาก ร้อยละ 6.14 มีภาวะหมดไฟจากการทำงานระดับความเสี่ยงอย่างรุนแรงร้อยละ 3.51 บุคลากรมีภาวะเครียดระดับมากร้อยละ 12.28 ภาวะเครียดระดับมากที่สุดร้อยละ 7.89 ประกอบกับข้อมูลการเข้ารับบริการจากคลินิก สุขภาพจิตปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีบุคลากรเข้ารับ คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 72 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.6 ของบุคลากรทั้งหมด ข้อมูลจำนวนการเข้ารับ คำปรึกษา 183 ครั้ง อีกทั้งยังพบบุคลากรมีความเสี่ยง ในการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย 1 คน จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและ การทำงาน จึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากร เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต ค้นหา ฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ดูแลกลุ่มป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจให้กับบุคลากรโรงพยาบาล ให้มีความเข้มแข็งด้านจิตใจสามารถจัดการ ความเครียดเบื้องต้นได้ และสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย



การดำเนินงาน

ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA ในการดำเนินงาน

ระยะเวลาดำเนินการปีงบประมาณ 2566-2567 (ตุลาคม 2565-กันยายน 2567)

Plan: ดำเนินการการประชุมทีมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระดมความคิดออกแบบ รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพใจบุคลากรโรงพยาบาล ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลงานสร้างเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ส่วนบุคคลฝ่ายพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ อาจารย์ พยาบาลสาขาจิตเวชจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ร่วมออกแบบรูปแบบการดำเนินงานการ ดูแลสุขภาพจิตพนักงานทั้งในสภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยการค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การดูแล ประสานส่งต่อกรณีพบกลุ่มเสี่ยงสูง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพใจในกลุ่ม พนักงาน

Do: ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

- ประชุมทีมวางแผนงาน
- การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทั้งหมด ผ่านระบบโปรแกรมออนไลน์ที่ทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้น
- กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้รับการติดตามเข้าสู่กระบวนการประเมินซ้ำ การดูแลรักษา และดูแลต่อเนื่อง
- จัดระบบการดูแล ประเมินปัจจัยการเกิดความเครียดกรณีที่เกี่ยวข้องกับงาน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานดำเนินงานปรับระบบงานเพื่อให้เหมาะสมกับบุคลากรที่มีความเสี่ยง และเน้นย้ำเรื่องการรักษาความลับ
- กิจกรรม SKT
- กิจกรรมสัปดาห์ส่งเสริมสุขภาพจิต
- จัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลกรณีจิตเวชฉุกเฉิน
- กิจกรรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง My Heart is full
- การเพิ่มบรรจุหลักสูตรการดูแลสุขภาพใจในการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ และวางระบบการคัดกรองประเมินสุขภาพจิตกลุ่มบุคลากรทั้งหมดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

Check: ตรวจสอบกระบวนการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้เป็นระยะ จัดประชุมทีมทบทวนการดำเนินงาน และติดตามสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตจากการเข้ารับคำปรึกษาที่คลินิกสุขภาพจิตทุกไตรมาส

Act: ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ ปัญหา และอุปสรรคที่พบ

ผลลัพธ์ที่ได้

1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ เกิดแนวทาง (Flow) การดูแลสุขภาพจิตบุคลากรโรงพยาบาล มีการดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่วางไว้ มีการดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล
2. ผลลัพธ์ถึงบุคลากร จากการคัดกรองภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้าจำนวนทั้งหมด 1,113 คน คิดเป็นร้อยละ 85.61 ของบุคลากรทั้งหมด พบกลุ่มเสี่ยงสูงจำนวน 32 คน ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยคลินิกสุขภาพจิตทุกราย ดำเนินการปรับย้ายงานให้กับบุคลากรที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสูงจำนวน 1 คน หลังจากนั้นภาวะเครียดซึมเศร้าความคิดทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายลดลง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความสุขมากยิ่งขึ้น

นวัตกรรมเด่น

โปรแกรมคัดกรองภาวะเครียดซึมเศร้าระบบออนไลน์

เป็นโปรแกรมออนไลน์หน้าเว็บเพจ ให้บุคลากรเข้าไปประเมินภาวะเครียด และซึมเศร้าด้วยตนเอง สามารถทราบผลการประเมิน และติดต่อเจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านสุขภาพจิตได้โดยตรง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถดูผลรายบุคคล และภาพรวมของหน่วยงานได้





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

กิจกรรมกายปลอดภัย...จิตใจเป็นสุข

บริษัท เจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน) ศูนย์ปรับปรุงพันธุ์กรรมกึ่งปะทิว อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร
ผู้เขียนผลงาน นางสาวสุริย์รัตน์ วงศ์สุวรรณ ผู้จัดการโรงเพาะฟัก



ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดชุมพรมีประชากรวัยทำงานทั้งหมด 233,926 คน คิดเป็นร้อยละ 11.64 ของประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 ทั้งหมด ทั้งนี้มีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของประชากรวัยทำงานจังหวัดชุมพร จำนวน 143,716 คน (ร้อยละ 61.44) พบว่ามีสัดส่วนประชากรวัยทำงานที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 6,608 คน (ร้อยละ 4.60) และดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 64,189 คน (ร้อยละ 44.66) (ข้อมูลจาก HDC, 2567) ทำให้มีแนวโน้มเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อีกทั้งยังพบปัญหาสุขภาพจิตที่ประชากรวัยทำงานมีภาวะเครียดจากปัญหาสุขภาพกาย ภาวะหมดไฟจากการทำงาน ซึ่งจากการประเมิน Mental Health Check In ของ บริษัท เจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน) ศูนย์ปรับปรุงพันธุ์กรรมกึ่งปะทิว พบว่า มีผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 63 คน จำแนกได้เป็น ผู้ที่มีภาวะเครียด 19 คน (ร้อยละ 30.16) ภาวะหมดไฟจากการทำงาน 3 คน (ร้อยละ 4.76) ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า 4 คน (ร้อยละ 6.35) และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเอง 1 คน (ร้อยละ 1.59) ทำให้ทางสถานประกอบการเห็นความสำคัญของการส่งเสริมและป้องกันทั้งด้านของสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยมีการสนับสนุนองค์ความรู้และหลักสูตรในการดูแลสุขภาพโดยรวม จากภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 อาทิ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 ศูนย์อนามัยที่ 11 เป็นต้น และจึงได้จัดทำกิจกรรมกายปลอดภัย...จิตใจเป็นสุข ขึ้น เพื่อเป็นการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรในสถานประกอบการได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งบุคลากรในสถานประกอบการสามารถนำองค์ความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันกับตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม



การดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย อาชีวอนามัยฯ ได้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ หลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแบบองค์รวม (Holistic Health Advisor) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย อาชีวอนามัยฯ ดำเนินการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต (Mental Health Check In) ของบุคลากรในสถานประกอบการ รวมไปถึงกิจกรรมการคัดกรองดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) หากพบกลุ่มเสี่ยงในเรื่องของสุขภาพองค์รวมจะมีการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญต่อไป

3. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย อาชีวอนามัยฯ มีการประสานงานร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะทิว และโรงพยาบาลปะทิว วางแผนและออกแบบแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตใจในสถานประกอบการ

4. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย อาชีวอนามัยฯ ดำเนินกิจกรรมกายปลอดภัย...จิตใจเป็นสุข ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ในเรื่องของส่งเสริมองค์ความรู้ด้านสุขภาพกายและจิตใจ

- มีการอบรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ด้วย 10 packages ในสถานประกอบการ อาทิ การตรวจวัดดัชนีมวลกายของบุคลากรในสถานประกอบการ ทุก 3 เดือน การจัดกิจกรรมวิ่งก้าวท้าใจ พิชิต 100 วัน 100 แต้มสุขภาพ

- มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้กับผู้บุคลากรในสถานประกอบการ Module 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับบุคคล เสริมสร้างพลังฮึด ฮึด สู้ ให้บุคลากรในสถานประกอบการในการจัดการอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวหลังเจอกับวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายในชีวิตได้ Module 2 การเสริมสร้างวัคซีนใจในครอบครัว Module 3 สัญญาณเตือนและการป้องกันการฆ่าตัวตาย Module 4 เทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น Module 5 การจัดการอารมณ์และความเครียด เช่น การหายใจคลายเครียด การเกร็งกล้ามเนื้อคลายเครียด การนวดคลายเครียด เป็นต้น

5. สรุป ติดตามและประเมินผล กิจกรรมกายปลอดภัย...จิตใจเป็นสุข



ผลลัพธ์ที่ได้

ผลผลิต (Output)

- ได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง
- มีทักษะในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ (Outcome)

ผู้เข้าร่วมโครงการมีสมรรถภาพทางกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สอดคล้องกับเพศและอายุ และมีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตลดลง

ผลกระทบ (Impact)

- ลดปัญหาโรค NCDs และเกิดความเข้มแข็งทางใจในบุคคล ครอบครัว และชุมชนมากขึ้น
- ชุมชนเห็นความสำคัญและจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

Haadthip Mental health (สร้างสุขวัยทำงาน)

บริษัท หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้เขียนผลงาน นางสาวดวงดาว วัฒนพานิช

ผู้จัดการแผนกสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร/ฝ่ายทรัพยากรบุคคล



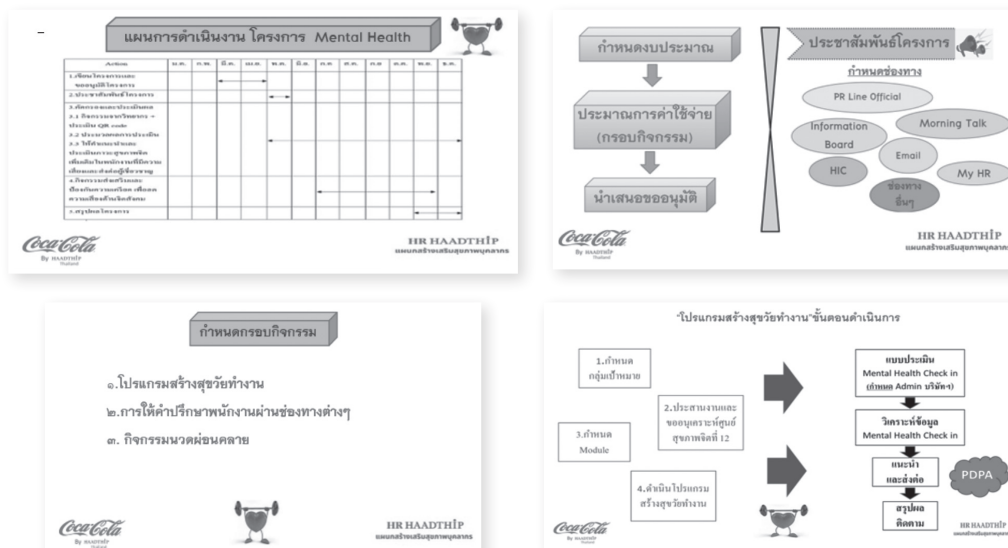
ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ปัจจุบันมีผลทำให้ภาวะจิตใจและร่างกายเปลี่ยนแปลงไป บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดัน หรือคุกคาม ให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ คนวัยทำงานถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ ในขณะเดียวกันต้องรับภาระในการรับผิดชอบดูแลตนเองและครอบครัว ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เศรษฐกิจ สังคม ทำให้เกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและการดำเนินชีวิต จนทำให้มีความสุขลดน้อยลง

ด้วยเหตุนี้ บริษัทฯ จึงได้จัดทำโครงการเสริมสร้างสุขวัยทำงานโดยร่วมมือกับศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จัดรูปแบบกิจกรรมสร้างสุขวัยทำงานในสถานประกอบการ สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อให้พนักงานมีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาวิกฤตของชีวิตอย่างมีสติ เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพื่อค้นหาพนักงานที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตให้เข้าสู่ระบบสาธารณสุขได้อย่างทันท่วงที



การดำเนินงาน



- ร่วมประชุมกำหนดแนวทางกิจกรรมฯ กับศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
- อบรม “แกนนำสุขภาพจิตในองค์กร”

ผลลัพธ์ที่ได้

ประโยชน์ที่องค์กรและพนักงานได้รับ(Win-Win)

- ✓ ปรับความคิด “พนักงานพูดถึงเรื่อง “สุขภาพจิต”ในที่ทำงานได้
- ✓ เมื่อกระทบกับงานกล้าที่จะบอกให้ทีมทราบ
- Performance Productivity เกิดความเครียด
- (HR สื่อกลางระหว่างพนักงานและหัวหน้างาน) ประเมินและปฏิบัติตามแนวทาง
- ✓ เกิด Mental Health Awareness ในองค์กร (ลดจำนวนพนักงานลาออก)

Coca-Cola
By HAADTHIP
Thailand

HR HAADTHIP
แบบกลี้งเสริมสุขภาพบุคลากร

นวัตกรรมเด่น

Fast Counselling และนวดแผนไทย ผ่อนคลายสบายใจ ป้องกันออฟฟิศซินโดรม

ปัจจุบันคนวัยทำงานประสบปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและการดำเนินชีวิต จนทำให้มีความสุขลดน้อยลง ซึ่งนับวันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันและลดภาวะออฟฟิศซินโดรม อีกทั้งผ่อนคลายภาวะตึงเครียดซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต การนวดแผนไทย (Thai Massage) หรือเรียกอีกอย่างว่าการนวดแผนโบราณ เป็นหนึ่งในรูปแบบการนวดบำบัด (Therapeutic Touch) การนวดแผนไทยมีประโยชน์หลายอย่าง ช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ทั้งคอ บ่า และส่วนอื่นๆ ทั่วร่างกาย มีส่วนช่วยลดอาการปวดหัวจากความเครียดหรือไมเกรนลงได้

การให้คำปรึกษา “Fast Counselling”

Hot line สายสุขภาพจิต 244

Email | ห้องพยาบาล | Line Official

ใช้หรือมือสุขภาพจิต ST-5, 2Q, 9Q

- ประเมินความเสี่ยง
- ให้คำแนะนำเบื้องต้นหากมีสติ
- ส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางและติดตามการรักษา

HR HAADTHIP
แบบกลี้งเสริมสุขภาพบุคลากร

นวดแผนไทย ผ่อนคลายสบายใจ ห่างไกลออฟฟิศซินโดรม

นางสาวรุ่งนภา นันทนกุลกร เจ้าของศูนย์ ใจเกิด สุขภาพ
ของใจสุขภาพใจงามใจเริ่มรักตัวเอง
“นวดแผนไทย ผ่อนคลายสบายใจ ป้องกันโรคออฟฟิศซินโดรม”

โดย... คุณใจดีส่งมอบใจคนสวย
ใจบริการนวดแผนไทย (เอา ใจไป)

สนใจปรึกษาหรือสั่งซื้อได้ที่ ศูนย์สุขภาพจิต 12 โทร 081-958-2406

Coca-Cola
By HAADTHIP
Thailand

HR HAADTHIP
แบบกลี้งเสริมสุขภาพบุคลากร



สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds at Works

โครงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต รพม.

การรณไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย

ผู้เขียนผลงาน นางวนิษา เจนป๋า พนักงานบริหารงานทั่วไป 7



ที่มาและความสำคัญ

การรณไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รพม.) ได้เห็นความสำคัญของ “สุขภาพดี ต้องมีสุขภาพจิตที่ดี” สอดคล้องกับค่านิยมขององค์การอนามัยโลกนิยามความหมายของสุขภาพที่ว่า สภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสภาวะทางสังคม ดังนั้น ด้วยสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันที่เกิดภาวะความเครียดสะสม จนส่งผลกระทบต่อร่างกาย ครอบครัวย และสังคม สปอ. จึงได้ตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจของพนักงาน เพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะความเครียดสะสมจากการปฏิบัติงาน จนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจของพนักงาน รพม.ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 ในบูรณาการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้แก่พนักงานในองค์กร และจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Out Source) เพื่อประเมินสุขภาพจิต และคำปรึกษาแก่พนักงาน รพม. ในการจัดการความเครียดที่เกิดเนื่องจากการปฏิบัติงาน รวมถึงเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ส่งเสริมบรรยากาศในการทำงานเกิดสมดุล (Work life balance) สอดคล้องกับนโยบายการสร้าง ความผูกพัน การให้รางวัลและยกย่องบุคลากร ประจำปี 2565-2567 เกี่ยวกับความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรเพิ่มขึ้น และเกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างส่วนงาน



การดำเนินงาน

รพม. ได้มีการดำเนินส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อลดความเครียดจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

โดยปัจจุบันได้ดำเนินโครงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Mental Health) ของพนักงาน รพม. เพื่อให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต แก่พนักงาน รพม. ณ ห้องให้คำปรึกษา ในห้องพยาบาล อาคาร 1 รพม. จำนวน 2 ครั้ง/เดือน เวลา 09.00-12.00 น. โดยมีแนวทาง/ขั้นตอนการเข้ารับบริการฯ ดังนี้

1. ผู้เข้ารับบริการจะต้องดำเนินการลงนัดหมายในระบบ Microsoft Booking ของ รพม.
2. ผู้เข้ารับบริการต้องดำเนินการประเมิน “ตรวจสุขภาพใจ” ของกรมสุขภาพจิต ผ่าน เว็บไซต์ Mental check-in
3. เจ้าหน้าที่ของสำนักงานความปลอดภัยฯ จะดำเนินการแจ้งผลการลงทะเบียนและยืนยันการนัดหมายผ่านทาง E-mail
4. ผู้เข้ารับบริการ เข้าใช้บริการตามวันและเวลาที่นัดหมาย

5. ผู้เข้ารับบริการจะได้รับการให้คำปรึกษา ณ ห้องให้คำปรึกษา ในห้องพยาบาล อาคาร 1 รพม.

6. ภายหลังจากการเข้าใช้บริการ ขอให้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าใช้บริการ เพื่อ สบอ. จะได้นำผลการประเมินมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการในการทำงานต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้

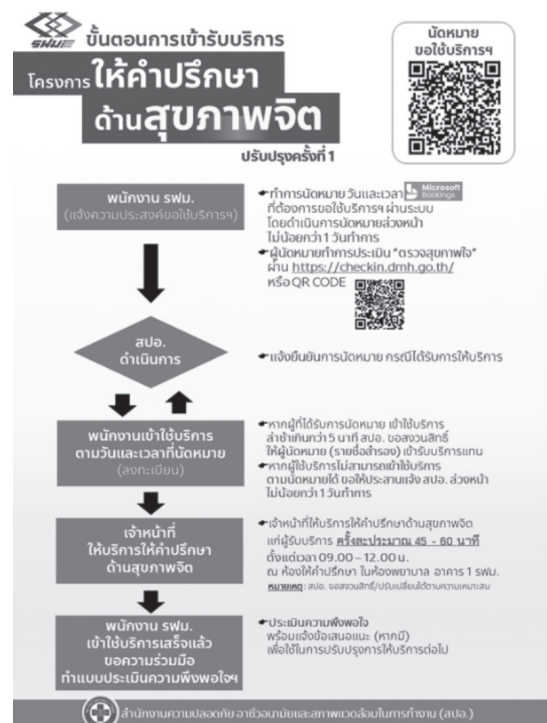
โครงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการดำเนินโครงการฯ เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม 2567 ดังนั้น ผลการดำเนินงานจึงอยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล โดยมีสถิติผู้ใช้บริการในช่วงที่ผ่านมา จำนวน 21 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 12 ราย มีประเด็นในการเข้ารับการปรึกษาดังนี้ เรื่องการทำงาน จำนวน 11 ราย เรื่องครอบครัว 5 ราย และด้านอื่น ๆ 5 ราย

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตดี จากผู้ทำแบบประเมินความสุข จำนวน 88 คน ผลประเมินความสุข 15 ข้อ พบว่ามีผลประเมินความสุขมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา มีผลประเมินความสุขอยู่ในระดับมาก จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.7 และมีผลประเมินความสุขอยู่ในระดับน้อย จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ และมีผู้ทำแบบประเมินความเครียด จำนวน 30 คน พบว่ามีผลประเมินความเครียดมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 และมีผลประเมินความเครียดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา มีผลประเมินความเครียดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20

นวัตกรรมเด่น

“โครงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต รพม.”

นวัตกรรม “โครงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต รพม.” เป็นโปรแกรมให้คำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ฟรี !! สามารถเข้าถึงได้ทุกคน มีบริการสม่ำเสมอทุกเดือน





PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน

Transformative mental health care

ติดตาม ถามไถ่ ใส่ใจดูแล

คปสอ.เขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอเขาค้อ ในปี 2562-2566 พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 10, 3, 3, 6 และ 5 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 25.86, 7.75, 7.47, 14.02 และ 12.09 ต่อประชากรแสนคน จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนและการสอบสวนโรค ในปี 2566 พบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตาย คือ กลุ่มที่เข้าถึงบริการการดูแลทางสังคมจิตใจ อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 22-60 ปี) ร้อยละ 60 และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 สาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย คือ การขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 60 รองลงมา คือ การใช้สุรา และเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 20 ใช้วิธีการผูกคอร้อยละ 100 ปัจจัยป้องกันอ่อนแอ ขาดความเข้มแข็งทางใจ การเฝ้าระวังป้องกันล้มเหลว มีการแสดงสัญญาณเตือน ร้อยละ 50 แต่คนใกล้ชิดไม่ตอบสนอง เพราะคิดว่าพูดบอญจนเป็นเรื่องปกติ ไม่คิดว่าจะลงมือทำจริง ด้านกั้นล้มเหลวเข้าถึงอุปกรณ์ได้ง่ายเพราะมีเชือกทุกบ้าน จากปัญหาดังกล่าวอำเภอเขาค้อให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกาย และต้องการช่วยเหลือประชาชน ให้สามารถรับมือกับสภาวะอารมณ์ด้านลบและผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปด้วยกัน โดยมีเป้าหมายลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จโดยบูรณาการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (4 สร้าง 2 ใช้) การจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้นำกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิและขยายผลการจัดบริการตามคู่มือ Transformative Mental Health in Primary Health Care“ สร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว”



การดำเนินงาน

1. ประชุมแผนพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวช วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาของพื้นที่ คปสอ.เขาค้อ
2. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของโรงพยาบาล และ PCU
3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพจิตทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
4. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยบูรณาการไปพร้อมกับงานต่าง ๆ เช่น คลินิก NCD, ANC คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงเรียนผู้สูงอายุ ให้ความรู้สุขภาพจิตในโรงเรียน เป็นต้น

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย การค้นหา คัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) ติดตามสังเกตสัญญาณเตือน รวมถึงประชาสัมพันธ์ความรู้สุขภาพจิต ผ่านเสียงตามสาย หอกระจายข่าวและผ่าน Social Media ช่องทางการเข้าถึงบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323, 1669, 191 เป็นต้น

6. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคนที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (4 สร้าง 2 ใช้) การช่วยเหลือด้วยหลัก 3 ส. Plus อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สอดส่องมองหาด้วยแบบประเมิน Mental Health Check In หรือ 2Q 9Q 8Q ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง หรือผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย/ผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะฉุกเฉินประสานทีม EMS MCATT อาสาสมัครกู้ภัย ร่วมกับ 1669 โดยเร็ว (ทีมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนเกิดเหตุการณ์ ขณะเกิดเหตุการณ์ หลังเกิดเหตุการณ์)

7. บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การเสริมสร้างแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษาโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ถ้าพบผู้มีปัญหาซับซ้อนหรือความเสี่ยงสูงส่งต่อพยาบาลจิตเวชเพื่อประเมินซ้ำและปรึกษาแพทย์ หรือส่งต่อ เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและมีการส่งคืนข้อมูลแบบ 2-WAY

8. ปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อผู้ป่วย เพิ่มระบบรับยาแทนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ดูแล บริการผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลลำบากโดยประสานเจ้าหน้าที่ PCU ประเมินอาการผู้ป่วย

9. พัฒนาระบบบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน พัฒนาระบบการติดตาม ส่งต่อข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้ PCU รพ.สต. และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนดูแลต่อเนื่องทุกราย ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนวางแผนดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Individual care plan)

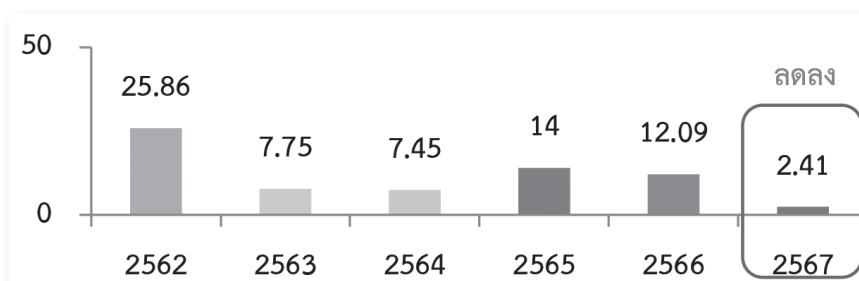
10. พัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนหรือ SMI-V

11. การดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ ในรูปแบบ Intermediate care รองรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

12. ใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน สร้างความหวัง หาแหล่งสนับสนุนด้านเศรษฐกิจท้องถิ่น สร้างอาชีพ และรายได้ของคนในชุมชนแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยสร้างเครือข่ายทั้งภายในและนอกระบบสาธารณสุข



ผลลัพธ์ที่ได้



กราฟแสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอเขาค้อ

ปี 2562-2567

(30 มิถุนายน 2567)



นวัตกรรม “ติดตาม ถ้ามไถ่ ใสใจดูแล” จะเป็นสมุดแทนใจ แสดงความห่วงใย การปฏิบัติตน และช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ ติดตามถ้ามไถ่ เป็นการแสดงถึงความใส่ใจดูแลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลเขาค้อ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำ รพ.สต. ติดตามอาการผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้มีความเสี่ยงทำร้ายตนเอง ต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ติดตามอาการข้างเคียงของการรับประทานยา เสริมสร้างพลังความมีคุณค่าให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้คำปรึกษาโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength based counseling) หรือผู้ที่ไม่สะดวกในการมารับการประเมินที่โรงพยาบาล มีการส่งคืนข้อมูลแบบสองทางสามารถมาประเมินจิตใจซ้ำที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ





PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน

Transformative mental health care

รพ.สต.วัดดาวดิงษ์ดูแลใจในชุมชน

รพ.สต.วัดดาวดิงษ์ ตำบลบางช้าง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม



ที่มาและความสำคัญ

รพ.สต.วัดดาวดิงษ์ มีประชากร 2,105 คน มีวัดทุกพื้นที่หมู่บ้าน มีผู้ป่วยทางจิต 15 คน คิดเป็นร้อยละ 0.71 ของประชากร ตัวอย่างที่เห็นถึงการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนได้เป็นอย่างดี คือพื้นที่หมู่ที่ 7 บ้านวัดปากง่าม ซึ่งพบผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ด่าทอ ขว้างปาสิ่งของ ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 1 ราย อายุ 93 ปี (ณ ตอนที่เสียชีวิต) อาศัยอยู่คนเดียว บ้านไม้ยกพื้นสูง ทำให้น้องชายจะต้องนำอาหารมาส่งให้กับผู้ป่วยที่บ้านในทุก ๆ วัน ทาง รพ.สต. ได้ออกสำรวจพบว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ จึงประสานงานกับทางโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และประสานงานกับทางมูลนิธิสรรพาวราเซนทร์ เพื่อนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อประเมินความรับรองเป็นผู้พิการ โดยมี อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยกันนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ และให้ผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการไม่ให้เกิดความรุนแรง ต่อมาน้องชายเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จึงไม่มีใครเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งน้องชายของผู้ป่วยให้ข้อมูลมาว่า เงินที่ผู้ป่วยได้รับจะมีเงินจากผู้พิการ 800 บาท และเงินผู้สูงอายุ 800 บาท รวมเป็น 1,600 บาท ให้นำเงินที่มีอยู่จัดหาอาหารให้กับผู้ป่วย และทาง รพ.สต.วัดดาวดิงษ์ ร่วมกับอสม.ในพื้นที่จึงได้ระดมทุนเพื่อจัดหาสิ่งของและเครื่องอุปโภค บริโภค สนับสนุนให้กับผู้ป่วย รพ.สต.วัดดาวดิงษ์ได้ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 7 จึงได้มีการแบ่งเวรดูแล อสม. 15 วัน และทางผู้ใหญ่นบ้าน 15 วัน โดยผู้ที่นำอาหารมาให้ผู้ป่วยจะต้องหยุดยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับยาจิตเวช อาการสงบลง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และคุ้นชินกับ อสม. ที่มาดูแลมากขึ้น ในกรณีนี้ผู้ดูแลหลักจะเป็น อสม. ซึ่งเป็น Care Giver ในพื้นที่ของตำบลบางช้าง เป็นผู้ดูแลและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ได้รับสิทธิประโยชน์จากหน่วยงานต่าง ๆ เข้าถึงกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทางหน่วยงานต่าง ๆ และชาวบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน จึงได้ระดมทุนในการจัดงานบำเพ็ญกุศล และประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลบางช้างเล็งเห็นความสำคัญ จึงเป็นตัวแทนในการส่งเงินสมทบแทนผู้ป่วย โดยส่งเงินให้ศพละ 20 บาท มาโดยตลอดจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต จึงมีเงินฌาปนกิจสงเคราะห์จากชมรมผู้สูงอายุจำนวน 9,000 บาท ในการจัดงาน และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าอาวาสวัดพระยาญาติในการเป็นเจ้าภาพตลอดทุกคืนของการสวดอภิธรรม



การดำเนินงาน

1. รพ.สต.วัดดาวดิงษ์ เป็น NPCU ที่มีโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลอัมพวา และ รพ.สต.ในเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต.บางช้าง รพ.สต.บ้านคลองพลับ รพ.สต.ท่าคา และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลอัมพวา และมีโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งเป็น โรงพยาบาลประจำจังหวัด มีแพทย์เฉพาะทางจิตเวช เป็นผู้ให้คำปรึกษา รักษา และมีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. อบรมบทบาท อสม. ในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนด้วยหลักการ 3 ส.

2.1 สอดส่อง มองหา (Look) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการมองหา สังเกต และ เข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า กลุ่มวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นต้น

2.2 ใส่ใจรับฟัง (Listen) การดูแลด้านจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งการบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา เช่น รับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิด เตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยียนถามไถ่อาการ ส่วนการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว ชุมชน อาจสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน

2.3 ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) การช่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้เห็นความสำคัญของการกินยาหรือปฏิบัติตัวตามหมอสั่ง การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสื่อสารให้คนในชุมชนรับทราบ บริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 บริการ 24 ชั่วโมง

ผลลัพธ์ที่ได้

1. **การมีส่วนร่วมของชุมชน** การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน การสร้างความร่วมมือนี้ เกิดจากการประสานงาน การมีจุดหมายและการทำงานร่วมกัน องค์กรในชุมชนจึงเป็นทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนเป็นการทำงานที่ประสานกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด วัด อบต.และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

2. **การพึ่งตัวเองของชุมชน** เป็นการดำเนินงานในลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชน อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือและความยั่งยืนของกิจกรรมและผลลัพธ์ ในอดีตการดำเนินงานมักกระทำโดยบุคลากรของรัฐอย่างเดียว เมื่อหมดนโยบายหรือขาดงบประมาณเป็นผลให้กิจกรรมต่าง ๆ ชะงักตามไปด้วย แต่ชุมชนเห็นความสำคัญและทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดความยั่งยืนของกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับชุมชน

นวัตกรรมเด่น ส้วมบนบ้าน

ผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยขับถ่ายเรื้อราดและส่งกลิ่นเหม็น ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถลงมาขับถ่ายที่ด้านล่างได้ ผู้ดูแลทุกฝ่ายจึงได้ปรึกษาเพื่อริเริ่มสร้างส้วมบนบ้าน ได้รับเงินสนับสนุนการสร้างส้วมจากวัดดาวดิงซ์ อสม. และผู้นำชุมชนได้ร่วมกันสร้างที่ขับถ่ายให้ผู้ป่วย โดยใช้ไม้มาปรับปรุงให้มีที่สำหรับขับถ่าย นำท่อต่อลงมาถึงด้านล่างของบ้านเป็นบ่อพัก และนำน้ำมาวางเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการชำระล้างหลังการขับถ่าย ผู้ป่วยได้ขับถ่ายอย่างเป็นที่ และไม่มีการถ่ายเรื้อราด ทำให้สุขอนามัยของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลที่เป็นเวรในการส่งอาหารก็รู้สึกดีขึ้นเพราะไม่มีกลิ่นเหม็นมารบกวน





PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน

Transformative mental health care

ชาวรักษ์ใจ

คปสอ.เรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอเรณูนครเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครพนม ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด มีระยะทางห่างจากตัวอำเภอเรณูนคร 5 กิโลเมตร รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน จำนวน 618 หลังคาเรือน ประชากร จำนวน 1409 ราย ชาย 711 หญิง 698 ราย มีองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างซัน สถานศึกษาโรงเรียนขยายโอกาส 1 แห่งและประถมศึกษา 2 แห่ง ศาสนสถาน จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองย่างซัน เป็นองค์กรปฐมนิเทศที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพจิตด้วย และเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถติดตามอาการและให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม จึงได้รับความไว้วางใจและเชื่อมั่นในระบบสุขภาพ ทำให้กล้าเผยปัญหาทางสุขภาพจิตและเข้ารับการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ เป็นหน่วยบริการด้านหน้าได้มาตรฐาน เน้นบริการเชิงรุกแบบองค์รวม โดยประชาชนมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับวิถีชุมชนในทุกกลุ่มวัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD พบว่า มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนสะอาดในปี 2566 พบผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีจำนวน 46 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดีจำนวน 218 คน



การดำเนินงาน

1. กระบวนการทำงานเชิงรุก ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ไม่รอให้ผู้ป่วยมาติดต่อขอรับบริการเอง แต่จะเข้าไปค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอนดังนี้

- 1.1 การคัดกรองสุขภาพจิต : จัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบประเมิน 2Q plus 8Q 9Q ST5 เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง
- 1.2 การให้คำปรึกษา : ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต
- 1.3 การจัดกลุ่มสนับสนุน : จัดกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตชนิดเดียวกัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้แบ่งปันประสบการณ์และเรียนรู้วิธีการรับมือกับปัญหา

1.4 การให้ความรู้ : จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชน

1.5 การประสานงานกับภาคีเครือข่าย : ประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน วัด เพื่อร่วมกันส่งเสริมสุขภาพจิต

1.6 การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน : ฝึกอบรมให้ผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนได้

2. กระบวนการบริการเชิงรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาดในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

2.1 การคัดกรองและประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด มีการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นของประชาชนในชุมชน หากพบผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ก็จะทำการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2.2 การให้คำปรึกษา : พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด กังวล หรือภาวะซึมเศร้า

2.3 การให้ยา : สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชบางชนิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด อาจมีการจ่ายยาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ

2.4 การส่งต่อ : เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงหรือซับซ้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาดจะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหรือสถานสุขภาพจิตเพื่อรับการรักษาขั้นสูงต่อไป

2.5 การประสานงานกับชุมชน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด มีบทบาทในการประสานงานกับองค์กรชุมชนต่าง ๆ เพื่อร่วมกันส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต



ผลลัพธ์ที่ได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผ่านการใช้กลุ่ม Line หนองย่าง Model เพื่อแจ้งเตือนปัญหาทางด้านสุขภาพ ประชาชนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ NCD นอกจากนี้ยังมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลจากการดำเนินโครงการวัคซีนใจในชุมชนหนองย่างขึ้น ทำให้เกิดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน อบต.หนองย่างขึ้นมีการสนับสนุนลานกีฬา



นวัตกรรมเด่น

ขอตรวจใจ

จากการดำเนินโครงการวัคซีนใจในชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การหลงลืมรับประทานยา ไม่มีผู้ดูแล กินยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ทำให้การควบคุมโรคของผู้ป่วยไม่ได้ประสิทธิภาพเต็มที่ จึงเกิดนวัตกรรม**ขอตรวจใจ** เป็นการประเมินพฤติกรรมการกินยาควบคู่ไปกับการประเมินสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาแบบ BA SBC ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและมีระดับน้ำตาลในเลือด) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (มีค่าความดันโลหิต) ในเขต รพ.สต.โนนสะอาด



PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน Transformative mental health care

สร้างสุข จิตสดใส ด้วยหัวใจทีมหมอครอบครัว ตำบลโป่งสา
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านโป่งสา
ตำบลโป่งสา อำเภอลำปาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน



ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลสถิติรายงานฆ่าตัวตายสำเร็จของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่าตั้งแต่ปี 2556-2566 (10 ปีย้อนหลัง) จังหวัดแม่ฮ่องสอนอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ อยู่ระหว่าง 9.86-17.26 ต่อแสนประชากรเป็นอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงมาอย่างต่อเนื่อง และภาพข้อมูลอำเภอลำปาง พบว่าอำเภอลำปางมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่ระหว่าง 18.09-26.05 ต่อแสนประชากร ติดอันดับ 1 ใน 4 ของจังหวัดมาอย่างต่อเนื่อง สำหรับในพื้นที่ ตำบลโป่งสา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนรายฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 7 ราย และพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ 9 ราย โดยส่วนมาก มักจะมีปัญหาทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว เกิดความเครียดจากหน้าที่การงาน มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน คนรัก มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น จากการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีปัญหาความเครียด 32 ราย (ร้อยละ 17.30) คัดกรองโรคซึมเศร้า พบความผิดปกติ 21 ราย (ร้อยละ 22.22) การประเมินการฆ่าตัวตาย พบความผิดปกติ 4 ราย (ร้อยละ 50) โดยมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย 2 ราย ระดับปานกลาง 2 ราย สอน.โป่งสา เล็งเห็นถึงปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ของ สอน.โป่งสา จึงเน้นให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของรายในชุมชน เพื่อให้รายในชุมชนร่วมกันสร้างมาตรการหรือกิจกรรม ค้นหา วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ด้วยชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนตรงกับ สภาพปัญหา และบริบทของหมู่บ้าน ครอบคลุม ทุกมิติ



การดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ สอน.โป่งสา ที่ผ่านการอบรมการใช้คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวได้จัดกิจกรรม การสนทนา สร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอน.โป่งสา ได้มีการ จัดกิจกรรม “อุ้งกันชักน้อย ก้อย ๆ ใจจืด” โดยให้บริการ MI กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง กลุ่ม Uncontrolled
2. การดำเนินการจัดกิจกรรม วัคซีนใจในชุมชน ในกลุ่ม อสม. โดยได้พบทวนจุดแข็ง จุดอ่อน ทรัพยากร ที่มีในชุมชน พร้อมกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จึงได้มาตรการและกิจกรรมที่ส่งเสริมให้รายในชุมชนร่วมใจกันดูแล สุขภาพจิต และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ด้วยหลัก “4 สร้าง 2 ใช้”

สร้างที่ 1 สร้างความรู้สึกลดอดภัย ได้สร้างกิจกรรมในชุมชน โดยทีม อสม. ได้ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผิดปกติ โดยทีมเจ้าหน้าที่ สอน. โปงสา อสม. และผู้นำชุมชน ได้สร้างมาตรการความปลอดภัยในชุมชน ทีมได้มีการตรวจสอบสิ่งที่จะเป็นอันตราย หรือใช้ในการทำร้ายตนเอง เช่น สารเคมี ยาฆ่าแมลง น้ำยาล้างห้องน้ำ ได้มีการจัดทำที่จัดเก็บ หรือนำไปเก็บในตำแหน่งที่มิดชิด มีการใส่กุญแจล็อกแน่นหนา ส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกผู้นำชุมชน อสม. โดยการจัดกิจกรรมวัคซีนใจในชุมชน สื่อสารเรื่องความปลอดภัยในชุมชนและการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ

สร้างที่ 2 สร้างความรู้สึกลดภัย ได้แก่ การสร้างมาตรการหรือกิจกรรมในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความสงบ ลดความตึงเครียดหนัก ภายใต้สถานการณ์ปัญหาหรือวิกฤตที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่ ประกอบด้วย โดยจัดกิจกรรมนั่งสมาธิ สวดมนต์ ขำความทุกข์ ในทุกวันพระ และกิจกรรมตักบาตรความทุกข์

สร้างที่ 3 สร้างความหวังของชุมชน ได้กิจกรรมในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความหวัง ภายใต้สถานการณ์ปัญหาหรือวิกฤตที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่ โดยการจัดกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์และสร้างขวัญกำลังใจในชุมชน โดยได้มีทีมเฉพาะกิจลงเยี่ยมให้กำลังใจ ยกตัวอย่างกิจกรรมล่าสุด ได้มีการประชุม และจัดตั้งทีมในการเข้าไปดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่คนในหมู่บ้านนับถือ เกิด ภาวะเครียดจากปัญหาสามีป่วยหนัก ในระหว่างที่สามีรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล อสม.ได้ทำการติดตาม เฝ้าระวังเรื่องสุขภาพจิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากที่ทานข้าวไม่อร่อย สัมทานยา นอนไม่หลับ สอน.โปงสา จึงสร้างทีมเฉพาะกิจ ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่อนามัย คนในชุมชน เพื่อนบ้าน เด็ก ๆ ลงพื้นที่สลับกันเยี่ยมทุกวัน จนอาการของผู้ป่วยดีขึ้น

สร้างที่ 4 สร้างการดูแลผู้ที่มีปัญหา มีการจัดกิจกรรมในชุมชนที่ช่วยส่งเสริม ให้คนในชุมชนมีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ความผูกพันและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน ภายใต้สนับสนุนการแบ่งปันมีการจัดกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว มีกิจกรรม “อยู่เล่านี้ทานให้หลานฟัง” สามารถนำมาบูรณาการกับงานแม่และเด็ก กิน กอด เล่น เล่า

ใช้ที่ 1 การใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน ดึงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมา ได้แก่ การจัดระบบจิตอาสาดูแลใจ สร้างเครือข่ายทั้งในและนอกชุมชนในการแลกเปลี่ยนความรู้และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของแต่ละหมู่บ้าน

ใช้ที่ 2 การใช้สายสัมพันธ์ที่มีอยู่ในชุมชน การที่ทีมประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ที่คุ้นเคย ไว้วางใจ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วยสามารถเล่าเรื่องราวที่ไม่สบายใจให้ฟังซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการเพื่อช่วยเหลือต่อไป



ผลลัพธ์ที่ได้

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ สอน.โปงสา มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง กลุ่ม Uncontrolled จำนวน 38 และ 102 ราย ตามลำดับ โดยมีการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง ในวันที่มีคลินิก NCD ได้ให้บริการไปทั้งหมด

พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Uncontrolled ที่ได้รับการบริการ MI มีค่าความดันที่เพิ่มขึ้น ในครั้งแรกถึง 44 (ร้อยละ 53.66X และครั้งที่ 2 จำนวน 28 (ร้อยละ 34.15) และในครั้งที่ 3 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 12.20) ในกลุ่มที่ต้องได้รับการบริการ MI ซ้ำ 3 ครั้ง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องครอบครัว เช่น เกิดการขัดแย้งภายในครอบครัว เป็นกังวลในเรื่องของบุตรหลาน จึงทำให้มีค่าความดันไม่คงที่ รวมไปถึงการลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง และผู้ป่วยเบาหวาน Uncontrolled ที่ได้รับการบริการ MI มีค่าระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น ในครั้งแรก 12 ราย (ร้อยละ 44.44) และครั้งที่ 2 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.57) ส่วน 15 ราย ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัด/ไม่สามารถติดต่อได้



นวัตกรรม อสม.ไรเตอร์ ส่งยาพร้อมความห่วงใย คือกลุ่ม อสม. แต่ละหมู่บ้าน มารับยาของผู้ป่วย NCD ที่ สอน.โป่งสา และนำส่งให้แก่ผู้ป่วยในพื้นที่ หลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ โดนมุ่งเน้นในกลุ่มพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง พร้อมกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q และนำเอาความรู้จากกิจกรรมวัคซีนใจเข้าไปพูดสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย





PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน

Transformative mental health care

5 ธงแดง ประสานจิต เสริมใจเข้มแข็ง ลดภาวะแทรกซ้อน NCD

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง

ผู้เขียนผลงาน นางสิริโฉม สุทธานี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา มีระยะทางห่างจากตัวอำเภอมืองกะเปอร์ 15 กิโลเมตร รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน จำนวน 618 หลังคาเรือน ประชากร จำนวน 1409 ราย , ชาย 711 หญิง 698 ราย มีองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา สถานศึกษา จำนวน 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนา , โรงเรียนบ้านนา ศาสนสถาน 2 แห่ง คือ วัดบ้านนา,วัดป่าสะเดา บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา เป็นหน่วยบริการด้านหน้าได้มาตรฐาน เน้นบริการเชิงรุกแบบองค์รวม โดยประชาชนมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับวิถีชุมชนในทุกกลุ่มวัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD พบว่า มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2564 - 2566 จำนวน 10, 20 และ 8 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบ จำนวนทั้งหมด 77 ราย มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน จำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.90 ปัจจัยส่วนใหญ่มาจากการพฤติกรรมการบริโภค รองลงมา คือ พันธุกรรม จากการทำประชาคมหมู่บ้าน ทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมา จึงร่วมกันหาแนวทางแก้ไขแบบบูรณาการโดยยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยตนเอง และผู้ดูแล อย่างยั่งยืนในชุมชน



การดำเนินงาน

1. กระบวนการทำงานเชิงรุก

- การค้นหา และติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD เข้าระบบการรักษาตามมาตรฐาน
- เสริมพลังความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง ชุมชนสามารถวิเคราะห์

สภาพปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD จากนั้นนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้เข้ากับวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตาม ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ โดยใช้วัตรกรรม 5 ธงแดงประสานจิต

2. กระบวนการบริการเชิงรับ

- การคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD

ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต เน้นการประเมินและค้นหาความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และประเมินความเครียด เพื่อนำมาใช้ในการระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึง การเสริมสร้างพลังใจโดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบ BI BA และ MI เป็นรายกรณี โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงสีแดง เน้นการให้คำปรึกษาแบบ MI เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้ง กาย จิต สังคม ส่วนในกลุ่มสีเขียว และสีเหลือง เน้นการให้คำปรึกษาแบบ BI BA โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ผลลัพธ์ที่ได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา ร่วมกับภาคีเครือข่าย มีต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ ให้เข้มแข็งแก่คนในชุมชน โดยมีกิจกรรมคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ NCD นอกจากนี้ยังมีการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมอบรม พัฒนาแกนนำครอบครัวทุกหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้าร่วมโครงการจำนวน 2 ครั้ง เพื่อพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแล และสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน จำนวน 215,230,235 รายตามลำดับ โรคเบาหวาน จำนวน 67, 71, 77 ราย ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองส่งต่อโรงพยาบาลระนอง จำนวน 3 ราย เป็นผู้สูงอายุทั้ง 3 ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดโรคแทรกซ้อน เป็นแผลเบาหวานที่เท้า จำนวน 7 ราย เป็นกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ ทั้ง 5 ราย และวัยทำงาน 2 ราย จากสภาพปัญหาที่พบ จึงนำมากำหนดแนวทางการปฏิบัติระบบเฝ้าระวัง โดยใช้นวัตกรรม 5 ธงแดงประสานจิต ในการคัดกรองและเสริมพลังความเข้มแข็งทางใจ และใช้หลักในการดูแลแบบบูรณาการ 2ย1ส ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีองค์ความรู้และสามารถปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

นวัตกรรมเด่น

5 ธงแดง ประสานจิต เสริมใจเข้มแข็ง ลดภาวะแทรกซ้อน NCD

เป็นการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนด้าน สุขภาพจิต ควบคุมอาการภาวะแทรกซ้อนจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD โดยการใช้หลัก เกณฑ์ สังเกตและเฝ้าระวัง 5 อาการเตือน สำคัญ โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตผ่าน QR code ให้ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD สามารถนำไปคัดกรองในชุมชนได้

“สแกนใจใกล้ขีด ผิดนัดขาดยา ปัสสาวะบ่อยแรง แผลงว่าเจ็บอก แขนขา ม่ายยก”





PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน

Transformative mental health care

ป้องกันและเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองในวัยรุ่น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชุมภู อำเภอฟินนังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้เขียนผลงาน นางชนิษฐา ฝอยทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

ในปี 2566 ในเขตตำบลกุดชุมภูที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญ มีวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตาย 5 คน ซึ่งอยู่ในระดับมัธยมต้น กลุ่มเสี่ยงนี้เป็นกลุ่มเยาวชนซึ่งหากเกิดความเจ็บป่วยทางจิต หรือ ทำร้ายตนเองถึงแก่ชีวิต จะทำให้ประเทศเกิดการสูญเสียสุขภาพไป และขาดแคลนแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการทำร้ายตนเอง และนักเรียนเยาวชนผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง ไม่กระทำความผิด หรือ กระทำไม่สำเร็จ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วน



การดำเนินงาน

- วิเคราะห์หาสาเหตุในวัยรุ่นที่พยายามทำร้ายตนเอง เพื่อนำไปสู่การค้นหาสาเหตุ ปักจายปกป้อง และการวางแผนการแก้ไขปัญห กำหนดมาตรการในการป้องกันและเฝ้าระวัง
- การประชุมในระดับ CUP เพื่อวางแผนร่วมกันในการวางแผนป้องกันและเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองในวัยรุ่น นำไปสู่กระบวนการในการดำเนินงานร่วมกัน การกำหนดมาตรการที่สำคัญ ดังนี้
 1. การสร้างความรอบรู้ในเรื่องสัญญาณเตือนของการทำร้ายตนเอง โดยมุ่งประเด็นไปที่ อสม./ครู และเด็กในโรงเรียน ที่เป็นคนใกล้ชิดกับผู้พยายามทำร้ายตนเองในพื้นที่ และการแก้ไขประเด็นการบูลลี่ในโรงเรียน
 2. การจัดทำระบบการส่งต่อข้อมูล/ผู้พยายามทำร้ายตนเอง ระหว่าง อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาล ในการประสานส่งต่อ case โดยกระบวนการรักษาสามารถเริ่มการรักษาได้ตั้งแต่ใน รพ.สต. แต่หากมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ต้องนำส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
 3. การทำ Case Conference ในรายที่พยายามทำร้ายตนเอง
 4. การติดตามเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง และเสริมพลังใจให้กับผู้พยายามทำร้ายตนเอง การสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้กับวัยรุ่นที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเอง



ผลลัพธ์ที่ได้

- อัตราการทำร้ายตนเองสำเร็จในผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง = 0
- ผู้พยายามทำร้ายตนเอง ทำร้ายตนเองซ้ำ = 0



จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต Legislating mental wellness: Provincial Powers Shaping Mental Health Care

การพัฒนารูปแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่เสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V)
โดยชุมชนจัดการตนเอง ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต ด้วยกลไก YASOTHON MODEL
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยสุขภาพจิต ผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีจำกัด ปัจจุบันผู้ป่วยฯ กลับมาเสพยาเสพติดซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากสาเหตุหลายปัจจัย คือ ตัวบุคคล การกักขังบำบัดรักษาต่อเนื่องที่ต้องกินยาทุกวันและเป็นเวลานานตามแผนการรักษาของแพทย์ สภาพจิตใจที่ไม่สามารถหักห้ามใจตนเองเมื่อพบสิ่งกระตุ้นเดิม ๆ การรู้ เข้าใจ ใส่ใจ และยอมรับสภาพอาการของคนในครอบครัว และกลับมาอยู่ร่วมกลุ่มเพื่อนเดิม สิ่งแวดล้อมของชุมชนและสังคมเดิม ๆ อาชีพที่มั่นคง รายได้และเศรษฐกิจของผู้ป่วย รวมทั้งการแพร่ระบาดของยาบ้าที่มีมากขึ้นและราคาถูกลงทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น และไม่ยอมรับการติดยาและกลับไปเสพยาซ้ำและเพิ่มปริมาณการเสพยาเพิ่มขึ้นจนส่งผลต่ออาการทางร่างกายและจิตใจ 2) ไม่มีญาติผู้ดูแลในการกำกับกับการกินยา 3) ผู้ดูแลไม่ทราบสัญญาณเตือนการกำเริบอาการทางจิต 4) ชุมชนตีตราผู้ติดยาและปฏิเสธการดูแล รวมทั้งการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นระบบสมัครใจบำบัด เป็นเหตุให้ผู้ป่วยฯ ที่เสพยาเสพติดเพิ่มจำนวนและปริมาณที่มากขึ้นต่อวัน มีอาการทางสมองและจิตใจที่ไม่สามารถควบคุมตนเอง รวมทั้งรับรู้และตัดสินใจถูกผิดไม่ได้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่เสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ต่อตนเอง ครอบครัว และบางรายก่อความวุ่นวายในชุมชน ปัจจุบันพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยฯ เพิ่มจำนวนมากขึ้น จังหวัดยโสธร ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1,702 ราย เป็นผู้ป่วยยาเสพติด (SMI-V) 173 ราย รับการรักษาต่อเนื่อง 87 ราย และปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยยาเสพติด (SMI-V) 312 ราย รับรักษาต่อเนื่อง 228 ราย (บสต. กระทรวงสาธารณสุข : 2565)



การดำเนินงาน

- 1. Structure** จังหวัดยโสธร จัดตั้งและขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สธ. 64 แห่ง/อบจ. 17 แห่ง) ค้นหาและ คัดกรอง (ด้วย OAS และ V2) นำเข้าสู่บำบัดตามแนวทาง Patient Journey โดยทีม Health/Non-Health
- 2. Staff** พัฒนาศักยภาพทีม Health: SM/CM 200 คน/ทีมNon-Health 1,793 คน ครอบคลุมทุกพื้นที่: สามารถค้นคัดกรอง (OAS/V2) รับทราบหน้าที่ มีความสามารถเจรจาต่อรองกับผู้ป่วยฯ ตามหลักสูตร/บำบัดรักษาแบบ CBTx/มี CGP บำบัด BA BI/สร้างและพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดเป็นต้นแบบการจัดระบบบริการช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่องในชุมชน ตามกรอบแนวทาง/องค์ประกอบ 5 มิติ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2562 ด้วยกลไก YASOTHON MODEL มีมาตรการ/กลไกขับเคลื่อน

3. Service เน้นบริการแบบไร้รอยต่อ Seamless เข้าถึง accessibility และมีคุณภาพ Quality
โดยพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฯ ตามเกณฑ์มาตรฐาน HA ยาเสพติด Pre/In/Post-Hospital ส่งต่อชุมชนบำบัดฯ CBTx ตำบล/หมู่บ้าน ครบ 100% คือ 78 ตำบล 885 หมู่บ้าน เพื่อดูแลช่วยเหลือและติดตามต่อเนื่องส่งต่อดูแลในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ปกครอง/อปท.ติดตาม 5 ปี)

ผลลัพธ์ที่ได้

1. มีระบบบริการด้านบำบัดรักษาแบบบูรณาการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนแบบไร้รอยต่อ มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน จัดระบบบริหารจัดการ Structure Staff Service ทั้งเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสุขภาพจิต ผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบไร้รอยต่อ

2. ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการดูแลบำบัดฯ และติดตามอย่างต่อเนื่อง (5ปี) ที่สะดวก รวดเร็ว ต่อเนื่องครอบคลุม ประหยัดและมีมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพ เกิดความพึงพอใจในระบบบริหารจัดการบริการของภาครัฐ ลดปัญหาข้อร้องเรียน

3. จังหวัดยโสธร เกิดชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยสุขภาพจิต ผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชนแบบครบวงจร จำนวน 10 แห่ง และขยายผลต่อยอดในชุมชนเพิ่มอีก 2 ชุมชน และทีม Health/Non-Health จำนวน 2,000 คน มีศักยภาพที่พึงเลี้ยงให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานให้กับพื้นที่อื่น ๆ

นวัตกรรมเด่น

“รูปแบบระบบบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่เสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยชุมชนจัดการตนเอง ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต ด้วยกลไก YASOTHON MODEL”

YASOTHON MODEL จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยฯ ตั้งแต่ Pre-Hospital สู่ In-Hospital สู่ post-hospital บูรณาการในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ปกครอง/อปท.97 แห่ง) ตามแนวทางระบบดูแลผู้ป่วย “Patient Journey” จำแนกผู้ป่วยฯ ด้วย OAS และประเมินพฤติกรรม (V2) ผู้ป่วย SMI-V/ระบบช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุรุนแรงและส่งต่อ ตามหลักสูตร (ทฤษฎี/ปฏิบัติ) ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องในครอบครัว ชุมชนและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (5 ปี โดยปกครอง/อปท.) มีมาตรการและกลไกขับเคลื่อนแบบบูรณาการทุกภาคส่วนผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดยโสธรและคณะกรรมการ ศอ.ปส.จ.ยส./โต๊ะข่าว ทุกเดือน ติดตามข้อมูล (บสต.) ทุกวันพุธ เสนอที่ประชุมคณะกรรมการฯทุกเดือน เพื่อติดตามผลงาน/ทบทวน/จัดระบบบริหารจัดการบริการด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งต่อในชุมชนเพื่อดูแลติดตามในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ติดตามและช่วยเหลือ ครบทุกมิติ 5 ปี) อย่างต่อเนื่อง





จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต Legislating mental wellness: Provincial Powers Shaping Mental Health Care

ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดปัตตานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ผู้เขียนผลงาน นายสุจิต ไกร คงกระจำง หน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด



ที่มาและความสำคัญ

โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ และ/หรือจากการใช้สารหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยบกพร่องด้านการเรียน การงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง หรือการเข้าสังคม มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2546 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานวิจัยทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปี พ.ศ.2556 พบอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเท่ากับร้อยละ 12.2 โดยในกลุ่มอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.6และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน (ศิริยุพา, 2563) โดยผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะส่งผลต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จึงมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยมีการศึกษาใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดปัตตานี และพัฒนาเป็นโมเดลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดภายใต้คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในประเด็นการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะอนุกรรมการฯ ภายใต้ชื่อ “โครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เพื่อป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ภายใต้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ พรบ.สุขภาพจิต จังหวัดปัตตานี” เพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้สามารถดูแลตัวเองได้ และใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข ลดปัญหาการก่อความรุนแรงทั้งกับตนเอง และผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ



การดำเนินงาน

1. กลไกเชิงโครงสร้าง ขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะทำงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยการประชุมคณะทำงานและตัวแทนเครือข่ายเพื่อร่วมพิจารณาวางแผนการดำเนินงานตามแผนงาน และการสรุปผลการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด โดยการประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต โดยมีกิจกรรมการติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน และสรุปผลการดำเนินงาน
2. กลไกเชิงกฎหมาย ทบทวนกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตเพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ และนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ โดยนิตินัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. **กลไกเชิงพื้นที่** ประชาสัมพันธ์ พรบ. สุขภาพจิต และกฎหมายที่เกี่ยวข้องไปสู่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากยาเสพติด

4. **กลไกหนุนเสริม** พัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการซ่อมแผนบนโต๊ะการจัดการผู้ป่วยจิตเวช และจิตเวชจากยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V) ให้กับตัวแทนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชน และสนับสนุนการดำเนินการเพื่อพัฒนาหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี ให้ผ่านการประเมินตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พัฒนาระบบข้อมูลงานสุขภาพจิตและยาเสพติด SMI-V เพื่อใช้ในการติดตามดูแล และวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย

ผลลัพธ์ที่ได้

1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น
2. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพจิตดีเพิ่มมากขึ้น
3. โรงพยาบาลจังหวัดได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาตาม พรบ.สุขภาพจิต
4. ผู้ป่วย SMI-V เข้ารับบริการในหน่วยบริการครั้งแรกครอบคลุมมากขึ้น
5. ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้ป่วย SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
7. อัตราการฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตัวเองลดลง
8. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดในจังหวัดอื่น

นวัตกรรมเด่น 2 นวัตกรรม

NONGJIK PACKAGE ขับเคลื่อนงานขับเคลื่อนใจ เชื่อมต่อหนึ่งเดียว (โรงพยาบาลหนองจิก)

- เป็นรูปแบบในการดูแลด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชน โดยการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
- เป็นการเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิตโดยมีกระบวนการประเมิน ส่งเสริม ส่งต่อ และรักษา และคืนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน
- ใช้ในการดูแลประชาชนในชุมชนทุกคน
- ดำเนินการโดยภาคีเครือข่าย จิตอาสาในชุมชน ผ่านคณะทำงาน พรบ.สุขภาพจิตอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการป้องกันและดูแลช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอำเภอโคกโพธิ์จังหวัดปัตตานี (โรงพยาบาลโคกโพธิ์)

เป็นรูปแบบที่ดำเนินการภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต” (OSCC THE SECOND SMILE) โดยเป็นการในการค้นหา ดูแล และส่งต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว เพื่อใช้ในการดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว ทั้งนี้ดำเนินการโดยบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชุมชน โรงพยาบาล ตำรวจ และปกครอง



จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต Legislating mental wellness: Provincial Powers Shaping Mental Health Care

การพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 จังหวัดเชียงราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ผู้เขียนผลงาน นางสาวสุพิชญา ปรียาภัสร์สกุล, นายพรชัยพร สวรรค์



ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นพื้นที่จุดพักยาและขนส่งยาเสพติด จึงส่งผลให้มีปริมาณผู้ป่วยจิตเวชจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อมียาเสพติดในปริมาณมาก และจะเพิ่มความเสี่ยงของอาการป่วยด้วยสุขภาพจิตและจิตเวช ความรุนแรงในครอบครัว ความคิดฆ่าตัวตาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 18 อำเภอ พบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2562–2567 สะสมที่รักษาในโรงพยาบาล 13,255 คน ในเขตพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองเชียงราย พาน แม่จัน แม่สาย และแม่ฟ้าหลวงมี สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสอดคล้องกับยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 จังหวัดเชียงรายในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดังนี้ 1. เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปได้รับทราบเนื้อหาในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ที่มีจุดมุ่งหมายคุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการบำบัดรักษารวมทั้งเป็นการป้องกันอันตรายอันเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีตนเอง ผู้อื่นและสังคม 2. เพื่อให้บุคลากรและประชาชนเกิดความตระหนักและมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายสุขภาพจิต และ 3. เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง



การดำเนินงาน

การพัฒนาระบบขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 ในครั้งนี้เป็นการพัฒนาโดยขับเคลื่อนผ่านการมอบนโยบายระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง และมีการนำประเด็นสุขภาพจิตขับเคลื่อนด้านองค์ความรู้สู่ประชาชน ด้วยการประชาสัมพันธ์ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขและส่งต่อความรู้ให้ประชาชนในความดูแลของอสม. ชุมชนจัดการตนเองขับเคลื่อนผ่านกลไกพอ.ต้นน้ำ ชื่อมแผนระดับจังหวัดและระดับอำเภอ แผนการค้นหา คัดกรอง กลางน้ำนำเข้าสู่ระบบการรักษา บูรณาการกับทีมการแพทย์ฉุกเฉินพร้อมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจ พัฒนาองค์ความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนปลายน้ำ คืบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (SMI-V) เพื่อการเฝ้าระวังในชุมชน ความมั่นคง ขับเคลื่อนกลไกด้านความมั่นคงโดย นำข้อมูลนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในการประชุมโต๊ะข่าวทุกเดือน บูรณาการการทำงานกับกระทรวงยุติธรรม

ศาลยุติธรรมและเรียนจำกลางจังหวัดเชียงราย และเรียนจำทั้งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องโทษ พักโทษและพ้นโทษ ด้วยระบบ DPPS ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้ปฏิบัติในสำนักงานสาธารณสุขเพื่อจัดการระบบดูแลผู้ป่วยที่ต้องโทษ จนถึงพ้นโทษ และสนับสนุนชุมชนการจัดการตนเองในอำเภอนำร่อง

ผลลัพธ์ที่ได้

พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปได้รับทราบเนื้อหาในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ที่มีจุดมุ่งหมายคุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งเป็นการป้องกันอันตรายอันเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีตนเอง ผู้อื่น และสังคม บุคลากร และประชาชนเกิดความตระหนักและมีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายสุขภาพจิตพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อการทำงานในบริบทเชียงราย ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนมีศูนย์คัดกรองระดับตำบล จำนวน 268 แห่ง ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าสู่ระบบการรักษาและวินิจัย จำนวน 8,761 คน คิดเป็นร้อยละ 99.90 เกิดชุมชนการจัดการตนเอง 39 ชุมชน เกิดพื้นที่นำร่อง ตำบลดอยฮาง ขยายผลไปชุมชน แม่ยาวอำเภอแม่จัน และอำเภอแม่ฟ้าหลวง

นวัตกรรมเด่น

การพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 จังหวัดเชียงราย

ออกแบบระบบโดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

- 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน
- 2) การคืนข้อมูล
- 3) การวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันฯ แบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่บุคคล ครอบครัวและชุมชนมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด โดยค้นหา/ประเมินผู้ใช้สารเสพติดเพื่อนำผู้ติดยาและผู้เสพยาเสพติดได้รับการรักษา รวมทั้งเพิ่มการติดตามป้องกันการดื่ม/เสพยา
- 4) การดำเนินการและติดตามประเมินผลต่อเนื่องระดับจังหวัดโดยการสื่อสารในการนำเสนอข่าวและปรับทัศนคติประชาชนให้กล้าขอความช่วยเหลือระดับพื้นที่ที่สะดวกรวดเร็ว และ
- 5) มาตรการติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้นำทางจิตวิญญาณร่วมกับทีมเครือข่ายการเฝ้าระวัง กลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด โดย อสม. และเครือข่ายชุมชน





จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต Legislating mental wellness: Provincial Powers Shaping Mental Health Care

Banglen Safety Home Model
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม



ที่มาและความสำคัญ

พื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ใกล้เมืองที่มีเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่และมีอัตราการเพิ่มพื้นที่อุตสาหกรรมที่สูงมากขึ้นทุกปีจากการขยายเมือง ทำให้เกิดโรงงานอุตสาหกรรมและหมู่บ้านจัดสรรสูงมากขึ้นด้วย อีกทั้งมีการคมนาคมที่สะดวกคล่องตัวทั้งในส่วนถนนทางหลวงและถนนชนบทไปสู่จังหวัดใกล้เคียงที่มีขอบเขตพื้นที่ติดต่อได้หลายจังหวัด เช่น อยุธยา นนทบุรี ปทุมธานี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี เป็นต้นส่งผลให้การนำเข้าทั้งส่วนความเจริญและส่วนที่เป็นอันตรายเข้าสู่พื้นที่ได้ง่าย เช่น ยาเสพติด ประชาชนแฝง และมีอัตราสูงมากขึ้น ซึ่งจากสถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และจำนวนผู้ป่วย SMIV ในปี พ.ศ. 2564-2566 ของโรงพยาบาลบางเลน มีอัตราสูงมากขึ้น โดยพบว่า ร้อยละ 30 เป็นประชากรแฝงนอกพื้นที่ที่มาอาศัยในพื้นที่อำเภอบางเลน และส่วนหนึ่งเป็นผู้สัญจรผ่านแต่ได้รับการจับกุม ส่งผลให้การดูแลพื้นที่ให้ปลอดภัยนั้นมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นจากปัจจัยดังกล่าว อีกทั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดหลายประเภท เช่น ยาบ้า กัญชา กระเทียม เป็นต้น ดังนั้นการเสริมศักยภาพพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระบบราชการสู่ระบบราษฎรเพื่อให้ชุมชนเกิดความปลอดภัยนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพราะความปลอดภัยเป็นความต้องการพื้นฐานระดับต้นที่รองจากปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ในการใช้ชีวิตดำรงชีวิต ที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพทางใจ การดูแลสุขภาพจะต้องดูแลร่วมกันอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมในตัวบุคคลและประชาชนทุกคนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบภายใต้แนวคิด Banglen safety home



การดำเนินงาน

ระดับจังหวัด

1. การจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด
2. การกำหนดบทบาทหน้าที่และวาระการประชุมของคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัดที่ชัดเจน
3. มอบหมายนโยบายและมีการติดตามการทำงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่แต่ละพื้นที่อำเภอ ในการดำเนินการที่ชัดเจน

ระดับอำเภอ

1. การจัดตั้งคณะทำงานด้านสุขภาพจิต และยาเสพติด ระดับอำเภอ
2. การกำหนดบทบาทหน้าที่และวาระการประชุมของคณะทำงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ระดับอำเภอที่ชัดเจน
3. มอบหมายนโยบายและมีการติดตามคณะทำงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ระดับอำเภอที่ชัดเจน ในลักษณะการทำงานร่วมกันในทุกบทบาทโดยกำหนดให้มีที่มนำในการทำงานในด้านนั้น

ผลลัพธ์ที่ได้

Output : KAP (Knowledge-Attitude-Practice) ได้แก่ 1) Peer support program 2) กฎหมายยาเสพติดเบื้องต้น 3) แนวทางการบำบัด การส่งต่อรักษาเสพติด 4) 5 สัญญาณอันตราย 5) 3 อาการนำเข้า (OAS) 6) แนวทางการซ่อมแผนเผชิญเหตุผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง

Outcome : 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในอำเภอบางเลน 2) แนวทางการเผชิญเหตุผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง 3) หลักการทำงานจิตเวชและยาเสพติด ด้วย Peer support program 4) ภาศึเครือข่าย ประชาชน มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังชุมชนได้ครบทุกตำบล 5) ต้นแบบการดูแลชุมชนให้ปลอดภัยด้วยกระบวนการชุมชนล้อมรั้ว

Impact : 1) ประชาชนรู้สึกปลอดภัย มั่นใจในระบบบริการ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างเป็นระบบ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนร่วมกัน ในนามตาสัปรดร่วมกับภาศึเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น 2) ประชาชนและเจ้าหน้าที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้แก่ มาตรา 113 มาตรา 114 และพรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 ในมาตรา 22 มาตรา 23 เห็นได้จากการประสานนำผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาเพื่อได้รับการคัดกรองบำบัดรักษาสูงมากขึ้น 3) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความต่อเนื่องในการรักษาเพิ่มมากขึ้น 4) เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และการซ่อมแผนเผชิญเหตุผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงในหลายพื้นที่

นวัตกรรมเด่น

Banglen Safety Home Model ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบย่อย

นวัตกรรมที่ 1 Peer support program ที่ดกผลึกจากองค์ความรู้ที่เรียนรู้ร่วมกันที่ประชาชนทุกคนสามารถปฏิบัติได้เพื่อความปลอดภัยให้ตนเองและชุมชน ในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนไปด้วยกัน นวัตกรรมที่ 2 เป็นนวัตกรรมระดับภาศึเครือข่าย คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และชุมชนบางเลนที่ผ่านการตกผลึกความรู้ของภาศึเครือข่ายหลังทำกระบวนการ KAP (Knowledge-Attitude-Practice) ร่วมกันและพัฒนาต่อใน นวัตกรรมที่ 3 แนวทางการซ่อมแผนเผชิญเหตุผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติงานในสถานการณ์รุนแรงฉุกเฉินร่วมกัน





จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต Legislating mental wellness: Provincial Powers Shaping Mental Health Care

Community Partnership: Mental Health Service System (CPMHSS)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ผู้เขียนผลงาน นางสาวอภิญญา แก้วพิลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์การฆ่าตัวตายของจังหวัดพิษณุโลก ปี 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 61 ราย คิดเป็น 7.22 ต่อแสนประชากร ไม่เกินค่าเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด สำหรับอำเภอที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ อำเภอพรหมพิรามพบอัตราการฆ่าตัวตาย 17.55 ต่อแสนประชากร อำเภอนครไทย 10.47 ต่อแสนประชากร และอำเภอวังทอง 10.14 ต่อแสนประชากร เพศที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดเพศชาย 48 คน ร้อยละ 78.69 เพศหญิง 13 คน ร้อยละ 21.31 ช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายสูงสุดคือ 20-60 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 75.41 รองลงมาคือช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 22.95 เดือนที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือเดือน เมษายน จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.31 รองลงมาเดือน พฤศจิกายน และเดือนกุมภาพันธ์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.47 การฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยเดือนละ 5 คน วิธีการฆ่าตัวตายพบมากที่สุด คือการผูกคอตาย จำนวน 51 รายคิดเป็นร้อยละ 83.61 รองลงมา ใช้ปืน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.56 กินยาเกินขนาด 2 คนคิดเป็นร้อยละ 3.28 กระโดดน้ำ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.28 กินยากำจัดวัชพืช 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.64 และลมแก๊ส 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.64 พบสาเหตุหลัก ส่วนใหญ่เกิดจากมีปัญหาระบาดประจำตัว 30 คน คิดเป็นร้อยละ 49.18 ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 43.33 มีสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเอง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 40.98 ปัญหาน้อยใจ ถูกดูต่ำ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 22.95 ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 27.67 ปัญหาเรื่องความรักความหึงหวง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.56 ปัญหาสูญเสียสมาชิกในครอบครัว/คนรัก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.92 ปัญหาต้องการเอาใจใส่/ขอแล้วไม่ได้ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.28 ปัญหาการใช้สุรา 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.03 มีอาการซึมเศร้าจนทำร้ายตนเอง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 19.67 ปัญหาหนี้สิน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 และได้รับผลกระทบจากโควิด ตกงาน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.28



การดำเนินงาน

1. สร้างและใช้ระบบช่วยเหลือ โดยการบำบัด ประสานส่งต่อทุกกลุ่มวัย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดย 3 หมอ และภาคีเครือข่าย ส่งผลให้บุคคลที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย 2 ราย ซึมเศร้า 3 ราย ชนไม่นิ่ง 12 ราย พุดซ้ำ 6 ราย การเรียนรู้ซ้ำ 30 ราย ได้รับการเยียวยา และมีทักษะการใช้ชีวิต

2. สร้างและใช้ระบบการคัดกรอง ดูแล/แก้ไข ส่งต่อ ติดตาม ตามแนวทาง 3ส โดยอสม.เป็นหมอคนที่ 1 พบว่า ผลลัพธ์ที่โดดเด่นมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ ค้นพบ เด็ก 0-5 ปี คนไม่นิ่ง 12 ราย ส่งต่อ บำบัด ติดตาม 100%
3. เสริมสร้างความรู้ ทักษะ ทักษะ สำหรับอสม. เยาวชนอาสาสร้างสุข ครู อบท. ผู้นำชุมชน พระ ในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายมีความมั่นใจและเป็นหุ้นส่วนอย่างแท้จริงในการดูแลสุขภาพจิต ครูใช้แนวทางอย่างจริงจังทำให้เด็กเยาวชนที่พยายามฆ่าตัวตาย 2 ราย เด็กซึมเศร้า 3 ราย ได้รับการช่วยเหลือ ตั้งแต่แรกเริ่ม
4. สร้างและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ประชาชน ผู้นำชุมชน อบท. ตำรวจ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการส่งต่อ บำบัดอย่างปลอดภัย กลับมาดำรงชีวิตในสังคมปกติ 3 ราย

ผลลัพธ์ที่ได้

เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ ผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดพิษณุโลก มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) ทั้งนี้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.) 7.81 ต่อแสน ประชากร และร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (90%) 98.30% และร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (55%) 85.94%

นวัตกรรมเด่น

ระบบบริการสุขภาพจิตโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวรอ อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวรอ รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ประชากร จำนวน 10,880 คน โรงเรียนมัธยม จำนวน 2 แห่ง และโรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง ขยายโอกาส 1 แห่ง จากข้อมูลผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวรอ ปี 2561-2566 พบว่า มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย สำเร็จ 2 ราย มีผู้ป่วยซึมเศร้า 11 ราย คนไม่นิ่ง 12 ราย พุดช้ำ 6 ราย และ การเรียนรู้ซ้ำ 30 ราย การบริการสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวรอที่ผ่านมา ยังมีระบบที่ไม่ชัดเจน ประชาชนและภาคีเครือข่าย มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ตามแนวทาง 3ส น้อย จึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต รพ.สต.หัวรอ โดยใช้ Ecological model (Jørgensen & Fath, 2011) 3ส และบูรณาการ 3 หมอ และ A-SMART





จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ. สุขภาพจิต Legislating mental wellness: Provincial Powers Shaping Mental Health Care

การจัดการระบบการดูแลสุขภาพจิตยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ผู้เขียนผลงาน นางปริยาภัสร์ เหล็กเพชร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด



ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลจังหวัดนครสวรรค์ปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวช 18,257 ราย โดยพบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.04 พบมากในช่วงอายุ 40-74 ปี ร้อยละ 62.41 อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 185 ราย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 591 ราย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีโรคร่วมทางจิต 3712 ตั้งใจทำร้ายตนเอง 571 ราย

จากสภาพปัญหาที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแล รวมถึงมีปรากฏการณ์การกระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่หลายเหตุการณ์ ที่กระทบต่อชุมชน ครอบครัวยุคนอกวงกว้าง รวมถึงชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความหวาดกลัวต่อผู้ป่วยทางจิต อีกทั้งมีทัศนคติการตีตรา ไม่ยอมรับ ก่อให้เกิดความยากในการจัดการ ควบคุม ดูแลจากการขาดความเข้าใจของปัญหา ทำให้มีความร่วมมือจากชุมชนน้อย ทำงานแบบแยกส่วนขาดผู้รับผิดชอบหลัก รวมถึงขาดการประสานเชื่อมโยง และการเฝ้าระวังดูแลอย่างระบบ ในการแก้ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน ในการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และวางระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับชุมชน ในระดับอำเภอ จังหวัด เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวช มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข



การดำเนินงาน

จังหวัดนครสวรรค์ประกาศนโยบาย “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave no one behind)” ภายใต้แนวคิด “คนนครสวรรค์สุขภาพดี แข็งแรงอายุยืนยาว” ด้วยการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานทุกภาคส่วน ร่วมกันดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้ป่วยยาเสพติดในทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องครบวงจร เพื่อป้องกันการก่อเหตุรุนแรง และสร้างปัญหาต่อตนเองและสังคม โดยผลักดันให้คณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต จังหวัดนครสวรรค์ เห็นความสำคัญของ “การจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดนครสวรรค์” มีการนำนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

ในระดับพื้นที่ โดยกำหนดให้เป็นประเด็นการทำงานในกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำให้เกิดรูปธรรมการดำเนินงานและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นให้มีการเฝ้าระวังและดูแล ดังนี้

1. สุขภาพจิตวัยเรียน : คัดกรอง/รักษา 4 โรค LD ADHD ASD และสติปัญญาบกพร่อง โดยครู หมอ พ่อแม่
2. สุขภาพจิตวัยรุ่น : Mental Health Check-In, TO BE NUMBER ONE ยาเสพติด การตั้งครรภ์
3. สุขภาพจิตวัยทำงาน : Mental Health Check-In ดูแลสุขภาพจิต ยาเสพติดครบวงจร
4. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ : Mental Health Check-In คัดกรองภาวะเสื่อม 3 โรคในกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ผลลัพธ์ที่ได้

ด้านผู้ป่วย : 1) มีการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 73.77 2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 7.67 เท่าจากปีที่ผ่านมา 3) ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ก่อความรุนแรงในพื้นที่ 4) ไม่มีผู้เสียชีวิตจากการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในพื้นที่ 5) ผู้ป่วย ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ทำให้สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข

ด้านชุมชน : 1) ประชาชนมีความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยมากขึ้น ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และสารเสพติด 2) ชุมชนรู้สึกปลอดภัย สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ 3) ประชาชนมีความรู้สึกร่วม ในการป้องกันและแก้ปัญหาของชุมชน

ด้านระบบสุขภาพ : 1) เกิดภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหา สุขภาพ 2) กระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดมีความรวดเร็ว สะดวก และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 3) ขยายผลแนวทางการป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดได้ ครอบคลุม ทั้ง 15 อำเภอของจังหวัดนครสวรรค์ และเครือข่ายจังหวัดใกล้เคียง

นวัตกรรมเด่น แก่เลี้ยวโมเดล

แก่เลี้ยวโมเดลคือรูปแบบของกระบวนการดูแล รักษาและช่วยเหลือ ผู้ที่มีอาการทางจิตและจิตเวช ยาเสพติด โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเน้นการบริหารราชการแบบบูรณาการในพื้นที่ระดับอำเภอรวมถึงเครือข่ายอื่น ซึ่งมีการกำหนดโครงสร้างการทำงานและอำนาจหน้าที่ ใช้หลักการบริหารจัดการหน่วยงานในพื้นที่เชิงบูรณาการร่วมกัน มีการรายงาน ส่งต่อและติดตามผลโดยใช้แนวทางการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 กลยาณมิตร ตามแผนการดำเนินงาน ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (แก่เลี้ยวโมเดล) โดยมีโครงสร้างดังนี้ คือ 1) จัดตั้งศูนย์อำนวยการ 2) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอ 3) จัดตั้งทีม 5 กลยาณมิตร และ 4) จัดตั้งชุดปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มมีอาการก้าวร้าวรุนแรง







กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ร่วมสร้างพลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน
Better Mental Healthcare for All