



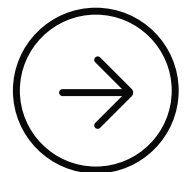
2026
MENTAL HEALTH CARE
FOR ALL EXPO
INNOVATION JOURNEY



2026

MENTAL HEALTH CARE FOR ALL

Innovation JOURNEY



เอกสารรวมผลงานนวัตกรรมดูแลสุขภาพจิตคนไทยทุกช่วงวัย ปี 2569

คำนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกเผชิญปัญหาสุขภาพจิต โดยประเทศไทยพบประชาชนเสี่ยงเครียด 5.55% เสี่ยงซึมเศร้า 6.03% และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3.25% (Mental health Check In มกราคม-มิถุนายน 2569) ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับพฤติกรรมความรุนแรง ภาวะเจ็บป่วยร่วมกับโรคเรื้อรัง ตลอดจนอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบส่งเสริม ป้องกัน และเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง

กรมสุขภาพจิต โดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ได้ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชนผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานได้เกิดนวัตกรรมและรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลายจากพื้นที่ทั่วประเทศ สะท้อนถึงพลังของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ตนเอง

การสัมมนาในครั้งนี้เป็นเวทีเพื่อให้เครือข่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบสู่การขยายผลในระดับประเทศ โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วยหลากหลายภาคส่วน อาทิ นายอำเภอ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากสถานประกอบการ อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้บริหารและบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน และบุคลากรจากกรมสุขภาพจิต รวมถึงเครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวทาง และนวัตกรรมที่สร้างสรรค์จากการดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ในอนาคตต่อไป นำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

คณะทำงาน
สิงหาคม 2569

Table of CONTENTS

- 01** **พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด**
Together for mental wellness
- 17** **ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด**
3 Doctors : Multidisciplinary collaboration
- 30** **ชุมชนสุขภาพจิตดี**
Mindscape
- 43** **สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน**
Healthy minds at work
- 57** **มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา**
Mind Matter: University initiatives for student mental health care
- 71** **PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจชุมชน**
PCU and community mental health
- 78** **การดูแลจิตใจผู้สูงอายุ**
Healthful ageing



พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด
Together for mental wellness



ลองโมเดล (Long Model)

นางพชรภา ชันทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลลอง จังหวัด แพร่



กระบวนการทำงาน

- **ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง** (ศิริราชนิโมเดล) ค้นหาและประเมินประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สารเสพติด และผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผ่านพยาบาลจิตเวช บุคลากรสาธารณสุข อสม. ครู ศิราณี น้อย ศิราณีชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
- **ดูแลรักษาและลดความเสี่ยง** (หัวทุ่งโมเดล) ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่ม SMI-V วางแผนการรักษา เยี่ยมบ้าน ติดตามการรับประทานยา ดูแลการเลิกสารเสพติด และจัดการปัจจัยกระตุ้น โดยทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว อสม. ตำรวจ และ อบก. ร่วมดูแล
- **ฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่องในชุมชน** เยี่ยมบ้าน ประเมินซ้ำ จัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ส่งเสริมการกลับเข้าสู่สังคมและอาชีพ เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ความเสี่ยงก่อความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย พร้อมส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดยังคงเป็นประเด็นสาธารณสุขสำคัญของอำเภอลอง จังหวัดแพร่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการฆ่าตัวตายที่ยังพบในพื้นที่ สาเหตุสำคัญเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด การขาดความต่อเนื่องในการรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตลอดจนการขาดระบบเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค พฤติกรรมก้าวร้าว การก่อความรุนแรง และความสูญเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลลองจึงพัฒนา “ลองโมเดล (Long Model)” โดยบูรณาการ ศิราณินิโมเดล ร่วมกับ หัวทุ่งโมเดล แนวทางการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแลรักษา ติดตาม และฟื้นฟูผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดการใช้สารเสพติด ลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและการฆ่าตัวตาย ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างความปลอดภัยให้แก่มجتمعอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- การดำเนินงานตามลองโมเดลก่อให้เกิดระบบคัดกรอง ดูแล ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค การใช้สารเสพติด การก่อความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ครอบครัวและชุมชนมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- เกิดจากการสนับสนุนของผู้บริหาร การทำงานแบบสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
- ระบบติดตามเชิงรุก และการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและชุมชนมีความปลอดภัยอย่างยั่งยืน

ทีมคนดีศรีสขาลัย ร่วมสร้าง ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง เพื่อฟื้นคืนคนดีสู่สังคมที่ดี

นายพิเศษ มั่นประสงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายประสงค์ มีทุน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จังหวัดสุโขทัย



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอศรีสขาลัย มีพื้นที่กว้างและประชาชน
บางส่วนอาศัยอยู่ห่างไกล ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่
ระบบล่าช้า มีปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง
และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 49.82 ในปี
2568 ประกอบกับครอบครัวยังขาดทักษะในการ
สังเกตอาการและดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาการตี
ตราในชุมชน (Stigma) จึงได้พัฒนานวัตกรรม
“สติ๊กเกอร์วัดคลื่นใจ ใส่ใจโดย 3 หมอ” ภายใต้
แนวคิด 3C (Community, Care, Continuity)
เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารระดับความเสี่ยง เชื่อม
โยงการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และ
หน่วยบริการให้ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบอย่าง
ยั่งยืน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) จึงพัฒนานวัตกรรม “ทีมคนดีศรีสขาลัย
: 3C Model” ภายใต้แนวคิด Community, Care
และ Continuity โดยบูรณาการกลไก 3 หมอและ
ภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวัง
คัดกรอง รักษา ติดตาม และฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ลดการตีตรา เสริมพลังครอบครัวและชุมชน
เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการกำเริบและการเสีย
ซ้ำ ตลอดจนส่งเสริมการคืนคนดีสู่สังคมอย่าง
ยั่งยืน ภายใต้วิสัยทัศน์ “ทีมคนดีศรีสขาลัย ร่วม
สร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง คืนคนดีสู่
สังคมที่ดี”



กระบวนการทำงาน

- 1.ขับเคลื่อนนโยบายผ่าน พชอ. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจิตและยาเสพติดของพื้นที่ กำหนดเป็นวาระสำคัญระดับอำเภอ พร้อมแต่งตั้งคณะทำงานและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Data Feedback) วางแผนมาตรการป้องกันและแก้ไข ปัญหาให้ครอบคลุมทั้ง 134 หมู่บ้าน
- 2.พัฒนาเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง อบรมบุคลากร แกนนำชุมชน และ อสม. จำนวน 134 คน พร้อมขับเคลื่อน CBTx, MI และวัคซีนใจในชุมชน สร้างตำบลต้นแบบสีขาว และเสริมศักยภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ค้นหา และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 3.บูรณาการกลไก 3 หมอและทีมคนดีศรีสขาลัย (5 เสือ Plus) ลงพื้นที่คัดกรองผ่าน Mental Health Check-In และ **สติ๊กเกอร์วัดคลื่นใจ** จัดทำแผนดูแลรายบุคคล (ICP) ระบบกำกับการรับประทานยา (DOT) ดูแลผู้ป่วย SMI-V พร้อมดำเนินมาตรการป้องกัน พื้นฟู และส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
- 4.ติดตาม ประเมิน และพัฒนาต่อเนื่อง โดย พชอ. ติดตามผลรายไตรมาส ประเมินการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์การดูแล ก่อนต่อยอดจาก CBTx สู่ CBRx พัฒนาระบบ Case Management ที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟู และคืนผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- คัดกรองประชาชนผ่าน Mental Health Check-In 43,239 ราย พบกลุ่มเสี่ยง 79 ราย ได้รับการประเมินและติดตามครบ 100% ผู้เสียชีวิตใหม่ลดลงจากเดิม 271 รายในปี 2568 ลดลงเหลือ 174 รายในปี 2569 คิดเป็นการลดลง ร้อยละ 35.79 และอัตราการคงอยู่ในระบบเพิ่มจากร้อยละ 52.68 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 97.85 ในปี 2569
- ผู้ป่วย SMI-V ได้รับแผนดูแลรายบุคคลและกำกับการรับประทานยาครบ 100% ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำถึง ร้อยละ 97.14
- ประชาชนเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม ครอบครัวและชุมชนมีความปลอดภัยมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- นายอำเภอ (ประธาน พชอ.) กำหนดสุขภาพจิต/ยาเสพติดเป็นวาระสำคัญ นำไปสู่เป้าหมายชัดเจนและบูรณาการทรัพยากร
- ความร่วมมือพหุภาคี: ผ่านกลไก “ทีมคนดีศรีสขาลัย (5 เสือพลัส)” ประสานงานไร้รอยต่อ ดึงศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัว อปท. ร่วมเฝ้าระวัง คัดกรอง ติดตาม พื้นฟู ส่งเสริมลดการตีตราผู้ป่วย เกิดระบบดูแลยั่งยืน



“เก้าเหลียวโมเดล” การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

นางทัศนีย์ มูลชัย ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเก้าเหลียว
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเก้าเหลียว จังหวัด นครสวรรค์



กระบวนการทำงาน

การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

- **ต้นน้ำ** ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. และจัดตั้งระบบดูแลผู้ป่วย นำปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่วาระ พชอ. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์ข้อมูล และ ทีม 5 กัลยาณมิตร ได้แก่ ผู้นำชุมชน อปท. อสม. ญาติ/ครอบครัว และ "ขวัญใจ" ของผู้ป่วย พร้อมพัฒนาศักยภาพทีม เตรียมชุมชน และเตรียมความพร้อมก่อนนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา
- **กลางน้ำ** เป็นการดูแลรักษาและส่งต่ออย่างทันท่วงที โดยประสานสิทธิการรักษาและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม
- **ปลายน้ำ** เป็นการเตรียมความพร้อมชุมชนและครอบครัวรองรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผ่านทีม 5 กัลยาณมิตร การติดตามการรักษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนด้านสวัสดิการและอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ที่มาและความสำคัญ

จากกรณีที่เกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่จากผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ประชาชนอยู่อย่างหวาดระแวง เช่น บุตรชำบิดา จากอาการหลอนยาเสพติด ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยอาละวาดทำลายข้าวของ บ้านตนเองและบ้านผู้อื่น จนทำให้เกิดคำถามว่า “ทำไมประชาชนบริสุทธิ์ ต้องอยู่กันอย่างหวาดระแวง ทำไมต้องเป็นหน้าที่ของหน่วยงานเดียว ซึ่งตำรวจมองว่าเป็นเรื่องของคดีความและความมั่นคง, สาธารณสุขมองว่าเป็นเรื่องของ การรักษาพยาบาล, ท้องถิ่นมองว่าเป็นเรื่องของคุณภาพชีวิตและสังคม เมื่อต่างฝ่ายต่างทำตามระเบียบของตนเองโดยไม่มีหน่วยงานกลางที่เป็น “เจ้าภาพ” ในการติดตามผู้ป่วยรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดช่องโหว่ที่ทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากระบบการรักษา ทำให้ไม่ร่วมกันทำงานเพื่อให้ประชาชนอยู่กันอย่างปลอดภัยจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความร่วมมือ ของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด โดยตั้ง “ขวัญใจ” คนที่ผู้ป่วยสนิทและไว้ใจมาร่วมทีมใน การดูแลผู้ป่วยเพื่อมุ่งหวังในการติดตามดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงในชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ผู้ป่วยสามารถอยู่กับชุมชนได้อย่างเรียบร้อยโดยมีการติดตามการกินยาโดย ทีม 5 กัลยาณมิตรทุกวัน ประชาชนมีความสุข ไม่หวาดระแวง
- มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ไว้ใจ เชื่อใจและเต็มใจในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย ประหนึ่งลูกหลานในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การทำงานอย่างเป็นระบบจะช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี สำหรับการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
- การสื่อสารหรือการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย จัดทำคำสั่งหรือแนวทางการปฏิบัติงานให้ชัดเจน, การประชุมชี้แจงหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน และจัดทำแผนผังที่แสดงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน



ผ้ายันต์สื่อพลังใจ: นวัตกรรม การดูแลเชิงจิตสังคมในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ผ่านกลไก พชอ.สระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

นางสาวจิตรฐิติวัฒน์ วรรณวิษณุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระโบสถ์ จังหวัด ลพบุรี



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอสระโบสถ์ จังหวัด ลพบุรี ยังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยในช่วงปี 2566-2568 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 18.53, 27.8 และ 18.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตำบลนิยมชัย ที่พบผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 14 ราย และเสียชีวิต 5 ราย ทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลสระโบสถ์และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงร่วมวิเคราะห์ปัญหาและพบข้อจำกัดของระบบคัดกรองเดิมที่อาจไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่ปกปิดความทุกข์ใจหรือมีประวัติเสี่ยงในอดีตได้อย่างครอบคลุม

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงพัฒนานวัตกรรม การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง 3 มิติ (อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต) ร่วมกับ “ผ้ายันต์สื่อพลังใจ” ซึ่งประยุกต์ทุนทางวัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชนให้เป็นเครื่องมือสร้างความไว้วางใจ เปิดบทสนทนาเรื่องสุขภาพจิต และค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกได้อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ นำไปสู่การเข้าถึงการช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

1. พัฒนาเครื่องมือค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 3 มิติ ครอบคลุมอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงได้แม่นยำกว่าระบบเดิม อสม.ลงคัดกรองประชาชนอายุ 12 ปีขึ้นไปปีละ 1 ครั้ง และค้นหาเชิงรุกเมื่อพบผู้มีสัญญาณความทุกข์ใจ
2. แผลผลและจัดระบบดูแลตามระดับความเสี่ยง ผู้ที่พบความเสี่ยงในอดีตหรืออนาคตจะเข้าสู่โปรแกรมดูแลเชิงจิตสังคมทันที ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงในปัจจุบันจะประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 8Q เพื่อกำหนดแนวทางรักษา ส่งต่อพบแพทย์เมื่อจำเป็น และเชื่อมต่อเข้าสู่การดูแลในชุมชนเมื่ออาการคงที่
3. ดำเนินโปรแกรมดูแลเชิงจิตสังคมในชุมชน ผ่านกลไก พชอ. โดยพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และพระสงฆ์ ร่วมจัดกิจกรรมกลุ่มต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ เพื่อรับฟัง เสริมพลังใจ สร้างความหวัง ลดการตีตรา และฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือ
4. ใช้ “ผ้ายันต์สื่อพลังใจ” เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงผู้มีความทุกข์ใจ โดยประยุกต์แนวคิด วัคซีนใจ 4 สร้าง 2 ใช้ ผลิตสัญลักษณ์ความเชื่อของชุมชนและข้อความสร้างกำลังใจ พร้อมระบุสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อเป็นทั้งเครื่องเตือนใจ สื่อเปิดบทสนทนา และช่องทางเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบช่วยเหลือ โดยไม่ได้ใช้แทนการรักษาทางการแพทย์
5. ติดตามต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม ทีมดูแลติดตามผู้รับบริการที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความเสี่ยงซ้ำ ติดตามผลลัพธ์ และป้องกันการหลุดจากระบบ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ประชาชนในตำบลนิยมชัยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเชิงรุกมากขึ้น โดยมี อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายร่วมค้นหา เฝ้าระวัง และดูแลกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จากการคัดกรองประชาชนอายุ 12 ปีขึ้นไป จำนวน 3,225 คน พบผู้มีความเสี่ยงทางใจ 120 คน
- สามารถเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องได้ร้อยละ 95 รวมถึงเข้าถึงกลุ่มที่ไม่เคยรับบริการสุขภาพจิตมาก่อน
- หลังดำเนินโครงการพบผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 1 ราย และ ไม่พบผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือผ่านกลไก พชอ.สระโบสถ์ ที่เชื่อมโยงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้ร่วมดูแลประชาชนในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการพัฒนา “ผ้ายันต์สื่อพลังใจ”
- สอดคล้องกับบริบทและความเชื่อของชุมชน ช่วยลดการตีตรา สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

นวัตกรรมกระบวนการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยระบบชุมชนจัดการตนเอง

นางโสภา ตั้งทิชกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดสุพรรณบุรี



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูลจังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2566 พบผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดสะสม 4,164 คน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะสมองตื้อยา ขาดความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้มีการส่งต่อรักษานอกพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบข้อจำกัดทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และหน่วยงาน ได้แก่ การขาดทักษะรับมือภาวะวิกฤต การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็ง การติดตามผู้ป่วย และการทำงานแบบแยกส่วน

จึงพัฒนานวัตกรรม “ระบบชุมชนจัดการตนเอง” บูรณาการทีมชุมชน ทีมสุขภาพ และทีมความมั่นคง ภายใต้แนวคิด วัคซีนใจ 4 สร้าง 2 ใช้ เพื่อเปลี่ยนการดูแลจากเชิงรับเป็นเชิงรุก สร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วย ชุมชน และสังคม



กระบวนการทำงาน

- สร้างกลไกชุมชนจัดการตนเอง** โดยทำ MOU ระหว่าง 3 ทีมหลัก ได้แก่ ทีมชุมชน (ผู้นำชุมชน/อสม.) ทีมสุขภาพ (สสจ. สสอ. sw. sw.สต.) และทีมความมั่นคง (ฝ่ายปกครอง/ตำรวจ) พร้อมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้สามารถเฝ้าระวัง สังเกตสัญญาณเตือน และจัดการเหตุวิกฤตสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ
- ค้นหาและประเมินกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก** ด้วยแบบคัดกรอง SMI-V SCAN และแบบสำรวจครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง ควบคุมกับการประเมินศักยภาพชุมชนผ่าน แบบประเมิน 40 ข้อ ครอบคลุมระยะก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ พร้อมใช้ Digital Dashboard แสดงผลแบบ Real-time เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างและวางแผนช่วยเหลือได้อย่างแม่นยำ
- เตรียมความพร้อมและซ้อมเผชิญเหตุร่วมกัน** โดยชุมชนร่วมจัดทำแผนเผชิญเหตุวิกฤตสุขภาพจิต ฝึกซ้อมกับตำรวจและฝ่ายปกครอง พร้อมแต่งตั้งทีมชุมชนจัดการตนเองประจำตำบล เพื่อรับผิดชอบการเฝ้าระวัง การตอบโต้เหตุ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ติดตามและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง** ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานซ้ำ ยก ระดับจากระบบ Manual สู่ Digital Dashboard เพื่อสะท้อนผลลัพธ์แบบ Real-time ลดช่องว่างการบริการ และเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของชุมชนอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- นวัตกรรมนี้ช่วยพัฒนาระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และจัดการผู้ป่วย SMI-V ในชุมชนอย่างเป็นระบบ
- Digital Dashboard ติดตามผลแบบ Real-time ส่งผลให้ขยายผลจาก 2 ตำบล 7 หมู่บ้าน สู่ 23 ตำบล 266 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยได้รับการดูแลและสม 1,208 คน
- อัตราการไม่ก่อความรุนแรงซ้ำสูงกว่าร้อยละ 97 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น และลดการส่งต่อผู้ป่วยไปสถาบันเฉพาะทาง

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีในการบริหารจัดการ
- การเสริมศักยภาพชุมชนให้สามารถจัดการตนเองได้ นำไปสู่การสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ชุมชน และสังคมอย่างยั่งยืน



การบูรณาการพลังชุมชนลุ่มรักษ์ (CBTx) เพื่อการขับเคลื่อนตำบลปากน้ำปราณยั่งยืน พันภัยยาเสพติด

นางสุภาณี ทรงประดิษฐ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราณ
จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์



ที่มาและความสำคัญ

ตามนโยบาย “Next Move Prachuap ประจวบต้องไปต่อ” จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้ขับเคลื่อนการป้องกันและบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเชิงรุกผ่านปฏิบัติการ Re-Xray ส่งผลให้ตำบลปากน้ำปราณพบผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยมีผู้เข้ารับการคัดกรองและบำบัดจำนวน 122 ราย ในปีงบประมาณ 2568 ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ผ่านการอบรมการคัดกรอง และภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ศูนย์คัดกรองบำบัดยาเสพติด สว.สต.ปากน้ำปราณ จึงบูรณาการความร่วมมือกับสถานีตำรวจ ฝ่ายปกครอง อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดเชิงรุก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง การเข้าถึงการบำบัดรักษา และลดอัตราการกลับใช้ยาเสพติดซ้ำอย่างยั่งยืน โดย การบูรณาการพลังชุมชนลุ่มรักษ์ (CBTx) เพื่อการขับเคลื่อนตำบลปากน้ำปราณยั่งยืน พันภัยยาเสพติด



กระบวนการทำงาน

ศูนย์คัดกรองบำบัดยาเสพติด สว.สต.ปากน้ำปราณ พัฒนาระบบบริการโดยบูรณาการภาคีเครือข่ายและหลัก 4 สร้าง 2 ใช้ ผ่าน 3 มิติสำคัญ ได้แก่

1. การค้นหาเชิงรุกและคัดกรองคุณภาพ (Re-Xray & Screening) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน(แบบคัดกรอง V2, 2Q, 9Q, 8Q และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS)

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการจัดระบบบริการที่รวดเร็ว

2. การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐานและการจัดการความเสี่ยง (CBTx & Safety Management) โดยจัดการดูแลตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ตั้งแต่ CBTx, Matrix Program จนถึงการส่งต่อผู้ป่วย SMI-V อย่างทันก่วงที่ พร้อมมาตรการรักษาความปลอดภัย

3. การสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผ่านการพัฒนาแกนนำเยาวชน หมู่บ้านต้นแบบ CBTx และกิจกรรมชุมชนเข้มแข็งต้านภัยยาเสพติด ส่งผลให้เกิดระบบดูแลผู้ติดยาเสพติดแบบครบวงจร ตั้งแต่ค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และป้องกันการกลับใช้ซ้ำอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ปีงบประมาณ 2568 สามารถ Re-Xray ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ร้อยละ 101.85 และนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบคัดกรองและบำบัด 122 รายได้ครบถ้วนตามระดับความรุนแรง โดยไม่พบเหตุเจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย
- ส่งผลให้เกิดเครือข่าย “CBTx ชุมชนลุ่มรักษ์” ที่เข้มแข็ง ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การได้รับนโยบายที่ชัดเจนจาก ผู้ว่าราชการจังหวัด และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากฝ่ายปกครอง ตำรวจ (สท.ปากน้ำปราณ) และท้องถิ่น (อบต.และเทศบาล)
- การแก้ไขปัญหานำงานโดยประสานการคัดกรองและการจัดตารางเวลาบริการที่เอื้อต่อทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
- การน้อมนำแนวทางและสร้างเยาวชนแกนนำ ทำให้มาตรการการเฝ้าระวังฝังลึกลงไปในระดับหมู่บ้านและโรงเรียน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติดในชุมชนตำบลหนองหงษ์ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

นางจุลลิก กิตติคำแหง (ผอ.สว.สต.หนองหงษ์)
สว.สต.หนองหงษ์ อบจ.ชลบุรี จังหวัด ชลบุรี



ที่มาและความสำคัญ

สว.สต.หนองหงษ์มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 21 ราย โดยสาเหตุหลักเกิดจากยาเสพติด 17 ราย (ร้อยละ 80.95) รองลงมาคือพันธุกรรม 3 ราย (ร้อยละ 14.29) และปัญหาครอบครัว 1 ราย (ร้อยละ 4.76) จากการติดตามเยี่ยมบ้านพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ผู้ดูแลและแกนนำชุมชนขาดความรู้ในการดูแลและจัดการภาวะวิกฤต รวมถึงประชาชนมีความหวาดระแวงและมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการฟื้นฟูและกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ

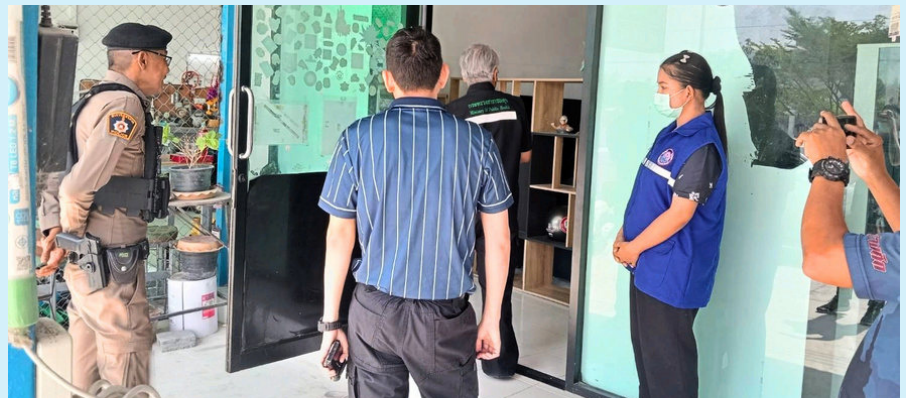
แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ความสำเร็จของการฟื้นฟูจำเป็นต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน

จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติดในชุมชนตำบลหนองหงษ์ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี เพื่อเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ดูแล ลดการตีตรา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

- พัฒนาระบบดูแลด้วยวงจร PDCA เริ่มจากสำรวจข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย อบรมให้ความรู้ และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังอาการกำเริบ พร้อมประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบติดตามการรักษา จัดทำทะเบียนผู้ป่วยรายบุคคล ระบบนัดรับยา Telemedicine/Line consult ช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ รวมถึงจัดส่งยาถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่อง พร้อมประเมินความเครียดของผู้ดูแลและเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต
- ใช้กลยุทธ์ 3C ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ Client ส่งเสริมการดูแลตนเองและรับประทานยาต่อเนื่อง Caregiver พัฒนาศักยภาพและบทบาทของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังอาการ และ Community สร้างความเข้าใจ ลดการตีตรา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
- ติดตามและคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผ่านแบบติดตามผู้ป่วย 10 ด้าน สมุดประจำตัวผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านโดยทีมภาคีเครือข่าย และการสรุปผลคืนข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลหนองหงษ์ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานผ่านรูปแบบการดูแลแบบ 3C (Client, Caregiver, Community)
- ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ขณะที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดระบบติดตามดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย
- การสนับสนุนทรัพยากรและความร่วมมือจากชุมชน
- ความมุ่งมั่นของทีมสุขภาพในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
- การใช้รูปแบบ 3C ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- การสร้างความเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยในชุมชน



BANSONG Model (บ้านสองโมเดล) นวัตกรรมพลังชุมชนจัดการตนเอง การคัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

นางนิตยา สันธิภูมิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอานวสาร
อำเภออานวสาร จังหวัดร้อยเอ็ด



ที่มาและความสำคัญ

อำเภออานวสาร จังหวัดร้อยเอ็ด ประสบ
ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่าง
ต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 โดยเฉพาะกลุ่ม
ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและกลุ่มเสี่ยง
ก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่งผลให้เกิดเหตุทำร้าย
ตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน และสร้าง
ความหวาดกลัวแก่ประชาชนในชุมชน ขณะเดียวกัน
ชุมชนยังขาดความรู้ ทักษะ และกลไกเฝ้าระวังช่วย
เหลือเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ ทำให้การป้องกันและ
การเข้าถึงการรักษายังไม่ครอบคลุมและไม่ทัน
ท่วงที

จึงได้พัฒนา BANSONG Model (บ้านสอง
โมเดล) โดยยึดแนวคิดชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วน บูรณาการความร่วมมือ
ระหว่างโรงพยาบาล อสม. ผู้นำชุมชน องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
เพื่อร่วมกันคัดกรอง เฝ้าระวัง ประเมินความเสี่ยง
ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่
ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ส่งผล
ให้ลดความรุนแรง ลดผลกระทบต่อครอบครัวและ
ชุมชน เพิ่มความปลอดภัยในพื้นที่ และสร้างระบบ
จัดการปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดที่เข้มแข็ง
และยั่งยืนโดยชุมชนเป็นเจ้าของกระบวนการ



กระบวนการทำงาน

- ศึกษาสถานการณ์และเตรียมความพร้อม (Background Assessment)** สำรวจข้อมูลผู้ป่วย ประเมินความรู้ ทักษะ และความต้องการของแกนนำชุมชน พร้อมสะท้อนปัญหาผ่านเวที Focus Group เพื่อออกแบบแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
- พัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่าย (Awareness & Network Building)** อบรมแกนนำชุมชนให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและช่วยเหลือผู้ป่วย ปรับทัศนคติให้มองผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ พร้อมจัดตั้งทีมชุมชนจัดการตนเอง บูรณาการการทำงานร่วมกับ รพ.สต. ตำรวจ และหน่วยกู้ชีพ
- คัดกรองและช่วยเหลือเบื้องต้น (Screening & Operations)** ใช้เครื่องมือ SMI-V Scan คัดกรอง 5 สัญญาณเตือนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จำแนกระดับความรุนแรง (เขียว-เหลือง-แดง) และฝึกทักษะการเจรจา การลดระดับความรุนแรง การจำกัดพฤติกรรมอย่างปลอดภัย และการผูกมัดตามมาตรฐาน ก่อนส่งต่อเข้าสู่ระบบรักษา
- ติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง (Next Step & Goal Achievement)** ประเมินความรู้ ทักษะ และผลลัพธ์ของแกนนำ ติดตามกลุ่มเสี่ยงร่วมกับครอบครัวและชุมชน พร้อมขยายผลสู่การสร้างชุมชนปลอดภัยที่สามารถเฝ้าระวังและจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- นวัตกรรมพลังชุมชนจัดการตนเอง BANSONG Model ("บ้านสองโมเดล") มีความสอดคล้องกับ นโยบาย CBTx (Community Based Treatment)
- "ชุมชนลุ่มรักภัย" คือ แนวทางการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยให้ "ชุมชนเป็นฐาน" ซึ่งชุมชนเคยผ่านกระบวนการดำเนินงานมาแล้วทำให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

- พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในอำเภออานวสาร ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำสูงสุดในระดับอำเภจนถึงชุมชน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานทำให้ตระหนักในปัญหานี้ ส่งผลให้เกิดพลังชุมชนในการจัดการที่เข้มแข็ง
- มีระบบในการกำกับติดตามเชิงนโยบายเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีความเข้มแข็ง



ถักทอฝันด้วยพลังชุมชน การดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยชุมชนเป็นฐาน

นางสาวมลวิภา เหม้อยพรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สะสมตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วย SMI-V ได้สร้างความสูญเสียทางทรัพย์สินและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยอย่างรุนแรงในชุมชน เมื่อวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการ พบว่า หลังจากผ่านการบำบัดรักษาและจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ข้อมูลความเสี่ยงไม่ได้ถูกส่งต่อไปยังผู้นำชุมชนอย่างเป็นระบบ ญาติ

ขาดแนวทางเฝ้าระวังที่ชัดเจนและภาคีเครือข่ายขาดทักษะและความมั่นใจในการรับมือภาวะฉุกเฉิน จึงนำแนวคิด "การมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care)" มาบูรณาการร่วมกับ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบไร้รอยต่อและเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง จัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

- การบูรณาการนโยบายผ่านคณะกรรมการ พชอ. โดยนำข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คืนสู่ชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน
- คัดเลือกผู้นำชุมชนร่วมประเมินระดับความเสี่ยง พร้อมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทางการรักษา (Patient Journey) และ 5 สัญญาณเตือนสำคัญ เพื่อลดการตีตราและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- ต่อมาได้พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย จัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG) ฉบับชุมชน และซ้อมแผนเผชิญเหตุร่วมกับสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และตำรวจ พร้อมจัดระบบดูแลและเฝ้าระวังไร้รอยต่อครอบคลุมทุกระยะการรักษา โดยมี "ป้อนยาท่อนคำ" ผ่านทีม ABCDEF เพื่อกำกับการรับประสานยาของผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล ควบคู่กับการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งแบบ Onsite และ Online ผ่านเครือข่ายชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- นวัตกรรม "ถักทอฝันด้วยพลังชุมชนการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยชุมชนเป็นฐาน"
- โดยบูรณาการฝ่ายปกครองและตำรวจร่วมกันคิดกรองเชิงรุก
- ภาคีเครือข่ายไร้รอยต่อ 3 สายหลัก ได้แก่ สายสาธารณสุข(สว.สต., อสม.จิตเวช), สายปกครอง/ความมั่นคง (ตำรวจ, ฝ่ายปกครอง, อบท., กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ชรบ.) และสายสังคม/การฟื้นฟู (บ้านพักเด็กฯ, นิคมสร้างตนเองลำน้ำอูน, มทบ.29)

ปัจจัยความสำเร็จ

- กลไก "ป้อนยาท่อนคำ (DOT) ทีม ABCDF" : ห่วงใยสำคัญที่สะท้อนความใส่ใจและความสามัคคีของชุมชน
- ผลสุขภาพจิตของประชาชนและชุมชน : อัตราการก่อเหตุรุนแรงสะเทือนขวัญลดลงเหลือในพื้นที่ยอดลงเป็น 0%
- มีแผนเผชิญเหตุและช่องทางติดต่อที่รวดเร็ว เกิดความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวัง 5 สัญญาณเตือน ทำให้ระงับเหตุก่อนเกิดความรุนแรงได้สำเร็จ



การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นิยาเสพติดในชุมชน (Community-based Recovery Extended : CBRx)

นางสายชล ชาฟเพ็ญเตอร์ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิงขร จังหวัดสุรินทร์



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยใช้วิธีการส่งของออนไลน์ผ่านระบบขนส่งเอกชน ทำให้การลักลอบส่งสารเสพติดสะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งพื้นที่ตำบลสะกาด อำเภอสิงขร จังหวัดสุรินทร์ ตั้งอยู่บนเส้นทางหลักในลักลอบขนส่ง ในการคมนาคมสารเสพติด นั่นคือ ถนนหมายเลข 24 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องขับเคลื่อนงานยาเสพติดในชุมชนตำบลสะกาด และจัดกิจกรรมดูแลและการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นิยาเสพติดในชุมชนโดยความร่วมมือของชุมชนเป็นหลัก (Community-based Recovery Extended : CBRx) บ้านตาโมม ตำบลสะกาด อำเภอสิงขร จังหวัดสุรินทร์ ภายใต้แนวคิด ตามแนวทาง "3 สร้าง 4 พัฒนา 5 ผู้เล่น" ครอบคลุมกิจกรรมที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การป้องกัน การฟื้นฟู และการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างครอบครัวอบอุ่นของผู้ใช้นิยาเสพติด การดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติด ให้ได้รับการดูแลอย่างไม่เลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นการฟื้นฟูทุนมนุษย์ ลดผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนและสังคม รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้โอกาสผู้เสพยาเสพติด สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข



กระบวนการทำงาน

- ขับเคลื่อน CBRx ภายใต้แนวคิด **"3 สร้าง 4 พัฒนา 5 ผู้เล่น"** ใช้ชุมชนเป็นฐานในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้นิยาเสพติด โดย 3 สร้าง ได้แก่ สร้างหมุดจุดเสี่ยง สร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และสร้างสายใยครอบครัว ส่วน 4 พัฒนา ได้แก่ พัฒนาเยาวชน พัฒนาระบบส่งต่อให้ทันเวลา พัฒนาจิตอาสา และพัฒนาอาชีพ ขับเคลื่อนโดย 5 ผู้เล่น คือ พชอ. อบก. ตำรวจ ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อร่วมกันดูแลผู้ใช้นิยาเสพติดอย่างไม่เลือกปฏิบัติและฟื้นฟูให้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้
- ค้นหา คัดกรอง และวางแผนการบำบัด ผ่านการประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน ปักหมุดจุดเสี่ยง และคัดกรองผู้ใช้นิยาเสพติด ก่อนจัดทำแผนฟื้นฟูรายบุคคลโดยครอบครัวและชุมชนร่วมดูแล
- บำบัดฟื้นฟูต่อเนื่อง 15 สัปดาห์ โดยบูรณาการ CBTx ผ่านกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมแรงใจ พัฒนาอาชีพ ธรรมะบำบัด จิตอาสา และจัดกิจกรรม "คืนคนดีสู่สังคม" ด้วยพิธีบายศรีสู่ขวัญ มอบเกียรติบัตร และรับประทานอาหารร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ผู้ใช้นิยาเสพติดได้รับการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และติดตามอย่างเป็นระบบ โดยผู้เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 50 สามารถเลิกยาเสพติดได้ และได้รับการดูแลแบบรายบุคคลจนกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ
- เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนในการป้องกันและฟื้นฟูผู้ใช้นิยาเสพติด ส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งและปลอดภัยมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- ทีมงานเข้มแข็ง 5 ผู้เล่นให้ความร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน และร่วมกันบูรณาการขับเคลื่อนงานตามบทบาทหน้าที่และเต็มศักยภาพ
- ชุมชนเข้มแข็ง ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานในพื้นที่เป็นอย่างดี



นวัตกรรม "6 หมอ 6 ร รอบรู้" ติดตามผู้ป่วย SMIV จัดยาตาม นัดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

นางธัญญภัทร์ กองมูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลคู้อวัง จังหวัดยโสธร



ที่มาและความสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายและก่อความรุนแรง หากขาดการรักษา ขาดผู้ดูแล หรือใช้สารเสพติดร่วม จึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่อำเภอกุ้อวัง มีผู้ป่วยจิตเวช 226 ราย เป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 71 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องรับยาจิตทุกเดือน 46 ราย โดยในปี 2566-2568 พบอัตราการขาดนัดรับยาจิตร้อยละ 17.07, 14.63 และ 14.63 ตามลำดับ

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสมากำเริบและสร้างผลกระทบต่อความปลอดภัยของชุมชน จึงพัฒนา นวัตกรรมการติดตามผู้ป่วย SMI-V ผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดการขาดนัด ลดการกำเริบของโรค และเพิ่มความปลอดภัยของชุมชน



กระบวนการทำงาน

พัฒนานวัตกรรมด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ร่วมกับเทคนิค A-I-C เพื่อสร้างความตระหนักของภาคีเครือข่าย ร่วมออกแบบระบบติดตามผู้ป่วย และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการดังนี้

- วางแผนและสร้างการมีส่วนร่วม (Plan) ใช้เทคนิค A-I-C สร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วย ร่วมออกแบบระบบติดตามผู้ป่วย SMI-V และกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน
- ดำเนินการ (Action) พัฒนาเครือข่าย "6 หมอ 6 ร" ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาลจิตเวช ตำรวจ ผู้นำชุมชน และญาติผู้ป่วย พร้อมพัฒนาชุดความรู้ "6 ร รอบรู้" เพื่อสร้าง "ตาข่ายนิรภัย 6 ชั้น" ในการแจ้งเตือน เฝ้าระวัง และติดตามผู้ป่วย SMI-V ให้ได้รับยาจิตตามนัดและไม่หลุดจากระบบการรักษา
- ติดตามและประเมินผล (Observation) ติดตามการได้รับยาจิตตามนัด เก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย SMI-V
- สะท้อนผลและพัฒนา (Reflection) ถอดบทเรียนจากผลการดำเนินงาน ปรับปรุงระบบติดตามผู้ป่วย และพัฒนานวัตกรรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- นวัตกรรม "6 หมอ 6 ร รอบรู้" มีจุดเด่นเหนือแนวคิด 3 หมอใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ ความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วย SMI-V โดยทุกบทบาทถูกออกแบบเพื่อป้องกันการขาดนัด ขาดยา และเฝ้าระวังความรุนแรงโดยตรง ระบบความปลอดภัยหลายชั้น
- การมีตำรวจ ผู้นำชุมชน และญาติผู้ป่วยเข้าร่วมดูแล ทำให้เกิดตาข่ายนิรภัย 6 ชั้น ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะหลุดจากระบบ และ การเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมงผ่านญาติและชุมชนที่สามารถสังเกต 5 สัญญาณเตือนและตอบสนองได้ทันที แม้นอกเวลาราชการ

ปัจจัยความสำเร็จ

- เกิดจากการประยุกต์หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ ร่วมกับการทำงานของภาคีเครือข่าย "6 หมอ 6 ร รอบรู้"
- เกิดระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงแบบบูรณาการ ผู้ป่วยได้รับยาจิตตามนัดเพิ่มขึ้น ลดการขาดนัด ลดการกลับป่วยซ้ำ และเสริมความปลอดภัยของชุมชนได้อย่างยั่งยืน



“นวัตกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ จังหวัดกระบี่” KTB-HERO Model (Krabi Teen Behavioral Health Early Response & Outreach Model)

นางอมรรัตน์ หัสโร นักระบาดวิทยาชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จังหวัดกระบี่



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษา ครอบครัวและการพัฒนาคุณภาพของเยาวชน ข้อมูลจังหวัดกระบี่ในช่วงปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.24 เป็นร้อยละ 43.79 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ขณะที่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัดจากการขาดระบบค้นหาเชิงรุก การส่งต่อที่ล่าช้า การตีตราทางสังคม และข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทาง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า การดำเนินงานเดิมเป็นการทำงานแบบแยกส่วนระหว่างโรงเรียน ชุมชน ครอบครัว และหน่วยบริการสาธารณสุข ส่งผลให้วัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงได้พัฒนา **KTB-HERO Model** ขึ้น เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นแบบครบวงจร เชื่อมโยงการทำงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่ให้สามารถค้นหา เข้าถึง ดูแล และติดตามกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ



กระบวนการทำงาน

ขับเคลื่อนนโยบายแบบบูรณาการ (Whole-of-Society Approach) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. ทั้ง 8 อำเภอ และเชื่อมโยงโรงพยาบาล โรงเรียน อปท. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

พัฒนาระบบ KTB-HERO ประกอบด้วย

K : สร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพภาคี (Knowledge & Network)

T : คัดกรองสุขภาพจิตวัยรุ่นเชิงรุก (Teen Screening)

B : ประเมินและค้นหากลุ่มเสี่ยง (Behavioral Risk Detection)

H : ใช้แกนนำนักเรียนเพื่อนช่วยเพื่อน (Hero Junior)

E : ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการอย่างรวดเร็ว (Early Referral)

R-O : พื้นฟู ติดตามต่อเนื่อง ผ่านเครือข่ายและ Telemedicine (Recovery & Online Care)

และเชื่อมต่อการรักษาแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ส่งต่อผู้มีความเสี่ยงตามระดับความรุนแรงผ่านเครือข่ายโรงพยาบาล ใช้ Case Management และ Telemedicine เชื่อมโยงโรงพยาบาล โรงเรียน ชุมชน และครอบครัว เพื่อให้ได้รับการประเมิน รักษา ติดตาม และป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- เด็กและเยาวชน เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้รวดเร็ว ลดภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย พร้อมมีทักษะชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
- ครอบครัว มีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแล พื้นฟู และติดตามผู้ป่วยมากขึ้น ลดการตีตราปัญหาสุขภาพจิต
- โรงเรียน มีระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงอย่างเป็นมาตรฐาน
- ชุมชน สามารถค้นหา ช่วยเหลือ และติดตามกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง เกิดเครือข่าย Hero Junior และชุมชนที่เป็นมิตรต่อสุขภาพจิต (Mental Health Friendly Community)

ปัจจัยความสำเร็จ

- เกิด KTB-HERO Network ครอบคลุมทั้ง 8 อำเภอของจังหวัดกระบี่
- โรงเรียนและหน่วยบริการมีแนวทางคัดกรองและส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- เกิดระบบ Telemedicine เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ และ Case Management ที่เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) สำหรับการให้คำปรึกษาและติดตามรักษาในพื้นที่
- มีระบบติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ
- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและติดตามผล

นศครโมเดล: “ชุมชนล้อมรักรัก” (Community Loms Ruk) บูรณาการ 5 เสาหลัก ขับเคลื่อน CBTx สู่การจัดการ ยาเสพติดและสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

นายสุพัชร แก้วกิม สารานสุขอำเภอสพพม
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสพพม จังหวัดนครราชสีมา



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอสพพม จังหวัดนครราชสีมา เผชิญกับความท้าทายจากปัญหายาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแนวทางเดิมในอดีตมุ่งเน้นการปราบปรามและลงโทษทางกฎหมายเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวซ่อนเร้นและไม่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ประกอบกับขาดระบบการติดตามผลในชุมชนอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการกลับไปเสพซ้ำเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสพพมจึงได้รับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ใหม่ภายใต้ “นศครโมเดล” โดยเปลี่ยนมุมมองจากผู้กระทำผิดเป็น “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการรักษาพร้อมทั้งดึงพลังของทุกภาคส่วนในพื้นที่มาบูรณาการร่วมกันเป็น 5 เสาหลัก และใช้ชุมชนเป็นฐานในการบำบัด (CBTx) เพื่อสร้างเกราะป้องกันและคืนคนดีสู่สังคม



กระบวนการทำงาน

- พัฒนา “นศครโมเดล: ชุมชนล้อมรักรัก” ผ่านกลไกการบริหารจัดการระดับอำเภอ (District Operation Mechanism) โดยบูรณาการความร่วมมือของ 5 ภาคส่วน ได้แก่ สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม./อาสาสมัคร ทำงานร่วมกันตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัด พันพุ่ม และติดตามผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ
- ดำเนินงานตาม โมเดล 6 Pillars
 - ค้นหา (Search) : Re-Xray และรับแจ้งเบาะแสผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน
 - คัดกรอง (Screen) : จำแนกกลุ่มสีเพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
 - ขยายผล (Investigate) : สืบค้นและจัดการเครือข่ายยาเสพติด
 - บำบัด (Treat) : ผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยชุมชน (CBTx) ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (Matrix Program) การรักษาด้วยยา และการดูแลในระบบราชทัณฑ์ตามความเหมาะสมของแต่ละราย
 - ติดตาม (Follow-up) : ก่อนติดตามต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน โดยทีมสุขภาพและเครือข่ายชุมชน
 - พันพุ่ม (Rehab) : พันพุ่มด้านครอบครัว การศึกษา สุขภาพ และสังคมเพื่อให้นักลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและติดตามผล
- ได้รับการประกาศเกียรติคุณและรับมอบโล่รางวัล “องค์กรที่มีผลงานดีเด่น ด้านการบำบัดรักษาเสพติด” ประจำปี 2569 จากผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา เนื่องในวันต่อต้านยาเสพติดโลก
- มีการค้นหาเชิงรุกที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพของการติดตาม: ผลการติดตามต่อเนื่อง 7 ครั้งใน 1 ปี (โดยติดตามทุก 1-3 เดือน) จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าในการติดตามครั้งที่ 7 ไม่พบผู้มีสารเสพติดเลย (100%) แสดงให้เห็นถึงการลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหาร 5 หน่วยงานร่วมขับเคลื่อนอย่างเข้มแข็ง
- ชุมชนมีส่วนร่วม ลดการตีตรา และสนับสนุนผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม
- ใช้ระบบติดตามและ Dashboard ช่วยเฝ้าระวังและช่วยเหลือได้รวดเร็ว
- รูปแบบชัดเจน สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

"HAD SAFE Model: พลังชุมชนหาทราย ร่วมสร้างพื้นที่ปลอดภัย ห่างไกล SMIV"

นางสาวณัฐพร อินทร์แก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวชุตติกาญจน์ ศรีเทพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในอำเภอหาดสำราญเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของชุมชน โดยในปีงบประมาณ 2567 พบผู้ป่วยจิตเวช 293 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด (SMI-V) 7 ราย และมีผู้กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ 34 ราย ขณะเดียวกันการเฝ้าระวังในกลุ่มเยาวชนยังพบผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด สาธารณสุขอำเภอหาดสำราญจึงขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหามาผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และปรับแนวทางจากการรื้อรับการรักษากลับมาเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน

HAD SAFE Model เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยผ่านพลังของครอบครัว ชุมชน และการสร้างโอกาสทางอาชีพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวัง ติดตาม และฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวช และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ภายใต้เป้าหมายการสร้างชุมชนที่ปลอดภัยและเข้มแข็งอย่างยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

HAD SAFE Model เป็นระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดแบบบูรณาการที่ใช้ พลังชุมชนเป็นฐาน เชื่อมโยงการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การช่วยเหลือภาวะวิกฤต การติดตาม และการฟื้นฟูศักยภาพผู้ป่วย มีกระบวนการดังนี้

H (Home Visit Plus) เยี่ยมบ้านเชิงลึก ประเมินอาการ ความเสี่ยง การใช้ยา และครอบครัว

A (Alert Network) เครือข่ายแจ้งเตือนผ่าน LINE และชุมชน เข้าช่วยเหลือภายใน 24 ชั่วโมง

D (Drug Free Community) ป้องกันผู้เสพยาใหม่ในโรงเรียนและชุมชน

S (Surveillance) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงรายบุคคล

A (Assistance) ทีม MCATT และสหวิชาชีพช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

F (Family) เสริมศักยภาพญาติและผู้ดูแลในการเฝ้าระวัง

E (Empowerment) ส่งเสริมอาชีพ ฟื้นฟูศักยภาพ และคืนคนดีสู่สังคม



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- การดำเนินงานตาม HAD SAFE Model ส่งผลให้เกิดระบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด (SMI-V) อย่างต่อเนื่อง สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ 100% พร้อมทั้งสร้างพื้นที่ต้นแบบชุมชนปลอดภัย
- 5 หมู่บ้านที่ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2568 นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำลดลงจาก 34 ราย เหลือ 13 ราย (ลดลงมากกว่าร้อยละ 60) และเหตุการณ์ก่อความรุนแรงลดลงจาก 7 ราย เหลือ 1 ราย (ลดลงเกือบร้อยละ 86)
- ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้สึกปลอดภัยและความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตในชุมชนเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 90 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยความสำเร็จ

- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบแจ้งเตือนเร็วผ่านเครือข่ายชุมชน การสร้างพื้นที่ปลอดภัยโดยเน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชน
- รวมถึงการดำเนินงานเชิงรุกและต่อเนื่องทั้งด้านการเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วย และการป้องกันผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในระดับชุมชน



Area manager พลังชุมชนดูแล สุขภาพจิตและสารเสพติด กรุงเทพมหานคร

นายอรรถพล ฉัตรอารียกุล พร้อมคณะ
ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค
ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค กรุงเทพมหานคร



ที่มาและความสำคัญ

กรุงเทพมหานครมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิผ่านเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เขต และนโยบายโดยมีผู้จัดการพื้นที่ (Area Manager) ภายใต้ Bangkok Health Zoning ทำหน้าที่เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายสุขภาพและสังคมให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ใกล้บ้าน และต่อเนื่อง ตามแนวคิด “ราชพิพัฒน์ Sandbox Model” ที่มุ่งยกระดับระบบสุขภาพระดับชุมชนและลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในพื้นที่เขตบางแค พบแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V เพิ่มขึ้นทุกปี และมีผู้ป่วย Home Health Care จำนวน 110 ราย ขณะเดียวกันผลการประเมินสุขภาพใจประชาชน 1,024 คน ในปี 2568 พบกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.1 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 8.1 เสี่ยงเครียดร้อยละ 31.9 เสี่ยงหมดไฟร้อยละ 42.8 และมีพลังใจต่ำร้อยละ 59.0 สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในชุมชน

จึงเกิด นวัตกรรม Area manager พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค โดยใช้หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ และกลไก Area Manager เชื่อมโยงข้อมูล การคัดกรอง การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมและไร้รอยต่อ



กระบวนการทำงาน

- พัฒนาระบบ Area Manager ให้เป็นศูนย์กลางการบูรณาการข้อมูลและประสานความร่วมมือ ระหว่างหน่วยบริการ ภาคีเครือข่าย และชุมชน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูล MHCI และศักยภาพของพื้นที่ เพื่อนำไปออกแบบบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน
- จัดโครงสร้างเครือข่ายการทำงาน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับพื้นที่ และระดับชุมชน พร้อมแต่งตั้ง Area Manager เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการออกแบบบริการ ประสานเครือข่าย และเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ
- ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตผ่านหลัก 4 สร้าง 2 ใช้ โดย 4 สร้าง ประกอบด้วย การสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safe) การสร้างความสงบ (Calm) การสร้างความหวัง (Hope) และการสร้างความเข้าใจและให้โอกาส (Care) ผ่านการเยี่ยมบ้าน การประเมินความเสี่ยง การให้คำปรึกษา การลดการตีตรา และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน ขณะที่ 2 ใช้ คือ การใช้ศักยภาพของชุมชน (Community Efficacy) และการใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ในชุมชน (Community Networks) เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง แจ้งเตือน และส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลและการประเมินผล โดย Area Manager วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ เชื่อมโยงระบบส่งต่อกับหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย ติดตามผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- การขับเคลื่อนงานผ่านกลไก Area Manager และเครือข่ายปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดได้รวดเร็วและต่อเนื่องมากขึ้น
- ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน Home Health Care (HHC) จำนวน 110 ราย มีอัตรา Re-admit เพียงร้อยละ 0.90 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูครบทุกมิติ
- เกิดคณะทำงานและเครือข่ายชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วย เด็กและเยาวชนมีพื้นที่สร้างสรรค์ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาหายาเสพติด ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ปลอดภัย และสามารถเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพจิตในพื้นที่ได้

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความสำเร็จเกิดจากการมีนโยบายและกลไกการทำงานที่ชัดเจน
- การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน การใช้ข้อมูลสุขภาพจิตและข้อมูลชุมชนเป็นฐานในการวางแผน ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องโดย Area Manager อสส. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตที่ประชาชนมีส่วนร่วม เข้าถึงได้ง่าย และยั่งยืนในระดับชุมชน



ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด

3 Doctors : Multidisciplinary Collaboration



ออกหน่วยรพสา พลัง สัมพันธ์ 3 หมอดูแลโรค และเฝ้าระวัง

พญ.ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์ และนางสุนิสา โยธา
นายแพทย์เชี่ยวชาญ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัด ลำปาง



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง มีประชากร 44,167 คน โดยร้อยละ 34 เป็นผู้สูงอายุ และเผชิญปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคจิตเวช และสารเสพติดที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง พบผู้ป่วยเบาหวาน 4,670 ราย ความดันโลหิตสูง 10,444 ราย และผู้ป่วยจิตเวช 2,315 ราย ส่งผลให้ระบบบริการมีภาระงานสูง ผู้ป่วยบางส่วนขาดนัด ใช้จ่ายไม่ถูกต้อง และควบคุมโรคได้ไม่ดี ขณะที่บุคลากรเผชิญความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากสถานการณ์ดังกล่าว อำเภอแม่ทะจึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้หลัก 1A4C ได้แก่ Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation พร้อมปรับรูปแบบการทำงานให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสร้างพลังใจแก่ทีมผู้ปฏิบัติงาน จนนำไปสู่การพัฒนา “ออกหน่วยรพสา พลังสัมพันธ์ 3 หมอดูแลโรคและเฝ้าระวัง” เพื่อเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนอย่างเป็นระบบ



กระบวนการทำงาน

- ขั้นที่ 1 สร้างทีมและจัดระบบดูแลในชุมชน** จัดตั้ง ทีมปฐมภูมิใกล้บ้าน (NPCU) ครอบคลุม 95 หมู่บ้าน โดยใช้กลไก “3 หมอ” ได้แก่ อสม. (หมอคนที่ 1) บุคลากรสาธารณสุข (หมอคนที่ 2) และแพทย์ (หมอคนที่ 3) ดูแลพื้นที่เดิมอย่างต่อเนื่อง
- ขั้นที่ 2 จัดการข้อมูลและคัดกรองผู้ป่วย** จัดทำข้อมูลผู้ป่วยรายหมู่บ้าน กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรับบริการในชุมชน และวางแผนการจ่ายยาเป็นรอบอย่างเป็นระบบ
- ขั้นที่ 3 พัฒนาเครื่องมือและเสริมศักยภาพ อสม.** ออกแบบใบซักประวัติและสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อให้อสม.สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพ สภาวะจิตใจ การใช้ยา
- ขั้นที่ 4 ดำเนินกิจกรรม “ออกหน่วยรพสา”** บริการในวัดหรือศาลาชุมชน สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ขั้นที่ 5 เรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติจริง** เปิดโอกาสให้อสม.ร่วมดูแลผู้ป่วย เรียนรู้จากสถานการณ์จริง และสรุปบทเรียนร่วมกันผ่านกระบวนการ AAR
- ขั้นที่ 6 ติดตามดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน** อสม.และเครือข่ายชุมชนเยี่ยมบ้านทุก 1-4 สัปดาห์ ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พร้อมเชื่อมต่อการบริการระหว่างทีม 3 หมอผ่านระบบสื่อสารออนไลน์และวิดีโอคอลเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ระบบบริการครอบคลุมผู้ป่วย NCDs 7,574 ราย ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดยาเพิ่มขึ้น และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในชุมชนดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง กล่าวพุดคุยปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต พร้อมเกิด “หมอคนที่ 4” คือผู้ป่วยที่สามารถเป็นต้นแบบและถ่ายทอดประสบการณ์สู่ผู้อื่นได้
- ทีม 3 หมอและเครือข่ายชุมชนมีความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีพลังใจในการทำงานมากขึ้น อสม.มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกาย-สุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหารในการปรับระบบบริการ
- พลังความร่วมมือของทีม 3 หมอ
- การถอดบทเรียน (AAR) อย่างต่อเนื่อง
- การใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นระบบ
- การสร้างพลังใจและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



นวัตกรรมป้ายอุ้งใจ 3 หมอ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ สุขภาพจิตในชุมชน

นางอรพินทร์ ชิตตะเสมา, นางสาวสมฤดี วงศ์ชาลี,
นางพริษา สอนเจริญทรัพย์
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส, นักวิชาการสาธารณสุข,
นักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก



กระบวนการทำงาน

1. ติดตั้งป้ายอุ้งใจ 3 หมอ

ติดตั้งป้ายหน้าครัวเรือน แสดงข้อมูลติดต่อ อสม. เจ้าหน้าที่ sw.สต. แพทย์ และเบอร์
ฉุกเฉิน เพื่อเป็นช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพและสุขภาพจิตอย่างรวดเร็ว

2. เชื่อมต่อการช่วยเหลือ

ประชาชนสามารถติดต่อขอคำปรึกษา แจ้งเหตุฉุกเฉิน หรือเข้ารับบริการสุขภาพได้
โดยตรงผ่านข้อมูลบนป้าย

3. ขยายการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก

ต่อยอดนโยบาย 3 หมอ สู่การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเสพติด ผ่าน “คลินิกใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

4. บูรณาการเครือข่ายทีม 8 กลอ

ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข อบท. ผู้นำชุมชน ชรบ. อสม. และครอบครัวผู้
ป่วย ร่วมเฝ้าระวัง คัดกรอง เยี่ยมบ้าน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อสร้างระบบดูแล
สุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน
ครอบครัว และชุมชน โดยพื้นที่ตำบลเชียงทอง
อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก พบผู้ป่วยสุขภาพจิต
56 ราย ประกอบด้วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท
โรควิตกกังวล โรคจิตเวชจากสุรา และผู้ป่วย
จิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMIV) ขณะที่
ประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบช่องทางเข้าถึง
บริการ ขาดความรู้ความเข้าใจ และมีความกังวล
ต่อการรับบริการด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้มี
ความเสี่ยงบางรายไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่าง
ทันก่วงที

จึงพัฒนานวัตกรรม “ป้ายอุ้งใจ 3 หมอ” เพื่อ
เป็นช่องทางเชื่อมโยงประชาชนกับทีมดูแล
สุขภาพจิตในชุมชน ช่วยให้เข้าถึงข้อมูล คำ
ปรึกษา และบริการสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว
และใกล้ตัวมากขึ้น



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ครอบคลุม 860 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 100 ของพื้นที่เป้าหมาย
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างทั่วถึง
- ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการคัดกรอง ดูแล และช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น
- ชุมชนมีความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ลดการตีตราทางสังคม
- ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 97

ปัจจัยความสำเร็จ

- นวัตกรรมฯ เกิดจากความร่วมมือของทีม 8 กลอและภาคีเครือข่ายใน
ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง
- สังเกต คัดกรอง ติดตาม และดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผล
ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการ
- สุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และได้รับการช่วยเหลืออย่างทันก่วงที นำไปสู่
การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพจิต
- การสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืน



“ทีม 3 หมอ ลาดยาว โมเดล” บุคลากร เครือข่ายสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับ อำเภอผ่านกลไก พชอ.เพื่อป้องกันเหตุ รุนแรงและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง”

นางสายใจ วงษ์นาค สารานสุขอำเภอลาดยาว
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลาดยาว จังหวัด นครสวรรค์



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ มีพื้นที่ 12 ตำบล 149 หมู่บ้าน และมีผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในระบบมากกว่า 700 ราย โดยเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMIV) จำนวน 78 ราย สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชร่วมสารเสพติดที่ก่อเหตุรุนแรงในชุมชนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนโดยรวม

จากปัญหาดังกล่าว ภาควิชาเครือข่ายในพื้นที่จึงร่วมกันพัฒนา “ทีม 3 หมอ ลาดยาว โมเดล” ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังดูแล ช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดอย่างเป็นระบบ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรง และสร้างความปลอดภัยให้แก่ชุมชน



กระบวนการทำงาน

- **ขับเคลื่อนการดูแลผ่าน ทีม 3 หมอ** (อสม. เจ้าหน้าที่ sw.สต. และแพทย์) ภายใต้กลไก พชอ. โดยบูรณาการหน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ โรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ เพื่อร่วมเฝ้าระวังดูแล และจัดการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
- **ใช้ กลุ่ม Line เป็นศูนย์กลางการสื่อสารและ Early Warning** เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีม 3 หมอและทุกภาคส่วน เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถประเมิน ส่งต่อ ขอคำปรึกษาผ่าน Telemedicine และเข้าสู่ระบบ Fast Track เพื่อรับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว
- **ภายหลังการรักษา ทีม 3 หมอร่วมกับ ทีม 5 กัลยาณมิตร วางแผนฟื้นฟู** ติดตามการรับประทานยา เยี่ยมบ้าน และสนับสนุนการกลับคืนสู่ชุมชน โดยมีการติดตามอาการและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านระบบออนไลน์



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดระบบเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือ และรักษาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดแบบบูรณาการในระดับพื้นที่
- มีระบบ Early Warning ช่วยแจ้งเหตุและระงับเหตุได้อย่างทันก่วงที่
- ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการขาดยาและการกำเริบของอาการ
- ชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- เพิ่มความปลอดภัยและลดความหวาดกลัวของประชาชนในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้นำอำเภอและกลไก พชอ.
- ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- การทำงานเชิงรุกของทีม 3 หมอในระดับชุมชน
- การใช้ Line และระบบ Early Warning เพื่อการสื่อสารที่รวดเร็ว
- การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย



SMIV Connect 3 Doctors Model : เครือข่าย 3 หมอร่วมใจ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อย่างต่อเนื่องในชุมชน

นางสาวสิริรัตน์ นิวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สว.สท.หนองตำลึง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี จังหวัด ชลบุรี



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชร่วมสารเสพติด (SMIV) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษา กลับไม่ใช้สารเสพติดซ้ำ และก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

ตำบลหนองตำลึง อำเภอนาทม จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรม มีประชากรแฝงและแรงงานเคลื่อนย้ายจำนวนมาก ทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน โดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ต้องเฝ้าระวัง 19 ราย และเผชิญปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง การย้ายที่อยู่ ผู้ดูแลขาดความรู้ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่ไม่ต่อเนื่อง

จึงพัฒนา SMIV Connect 3 Doctors Model : เครือข่าย 3 หมอร่วมใจ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยความร่วมมือของครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในพื้นที่



กระบวนการทำงาน

- ดำเนินงานผ่าน SMIV CONNECT ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ Community Mapping สำรวจและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย, Observe Risk ประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยง, Network Collaboration สร้างเครือข่าย 3 หมอและภาคีในพื้นที่, Nursing & Monitoring ติดตามเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ และกำกับการรับประทานยา, Early Warning System แจ้งเตือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, Continuity Care ดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา และ Team Evaluation ประชุมทบทวนและปรับแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- เปลี่ยนรูปแบบจากการดูแลที่เน้นโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง สู่การดูแลแบบ Community-Based Care โดยใช้ฐานข้อมูลรายบุคคล (SMIV Registry) การจำแนกระดับความเสี่ยง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุม 100% ผู้ป่วยทั้ง 19 รายได้รับการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนดูแลรายบุคคล พร้อมระบบติดตามผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ และระบบแจ้งเตือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ
- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ลดการขาดยาและขาดนัด ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรง ส่งผลให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและชุมชนมีความปลอดภัย

ปัจจัยความสำเร็จ

- การขับเคลื่อนตามนโยบาย 3 หมอ และความร่วมมือของครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่ข่าย และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม
- การมีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน การติดตามเชิงรุก การใช้ระบบ Early Warning และการสื่อสารที่รวดเร็วระหว่างเครือข่าย ช่วยให้สามารถเฝ้าระวัง ตอบสนอง และป้องกันเหตุรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ



3 หมอ 4 นางฟ้า 5 กัลยาณมิตร

นางสุจิตรา ยะวร นางศิริรัตน์ โพธิ์หล้า นางพัชรินทร์ ดวงสรแสง
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขียงยืน จังหวัด มหาสารคาม



กระบวนการทำงาน

FEWS To Home Hug Model

- 1. ค้นหาและคัดกรอง (X-Ray Community)** สำรวจ คัดกรอง และจัดทำฐานข้อมูลผู้
ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน
- 2. คัดข้อมูลและวางแผนร่วมกัน** วิเคราะห์ปัญหา กำหนดนโยบายและแผนฟื้นฟูร่วมกับ
ภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- 3. พัฒนาศักยภาพทีมดูแล** เสริมศักยภาพ 3 หมอ 4 นางฟ้า 5 กัลยาณมิตร และพัฒนา
อสม.แม่บ้าน ให้สามารถคัดกรอง เฝ้าระวัง และปฐมพยาบาลทางจิตใจ
- 4. ดำเนินโปรแกรม FEWS To Home Hug**
 - F (Family) สร้างครอบครัวอบอุ่น สื่อสารเชิงบวก
 - E (Education) เสริมทักษะชีวิตและภูมิคุ้มกันทางใจ
 - W (Work) ส่งเสริมอาชีพและรายได้
 - S (Social Support) สร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม
 - To Home Hug เชื่อมบ้าน เชื่อมใจ และฟื้นฟูต่อเนื่อง
- 5. ติดตามต่อเนื่อง 16 สัปดาห์** ติดตามการกินยา การเลิกสารเสพติด การฟื้นฟูอาชีพ และ
การกลับคืนสู่ชุมชน ผ่านระบบ Google Forms

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของ
ประเทศและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ
และสังคม โดยอำเภอเขียงยืนพบผู้ใช้สารเสพติด
ที่ผ่านการคัดกรองในปี 2568 จำนวน 435 คน
ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ขณะที่
สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มี
ความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMIV) มีแนวโน้ม
เกิดซ้ำอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี 2565-2569
พบจำนวน 121, 75, 103, 99 และ 88 ราย ตาม
ลำดับ

การวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยขาดยา กลับไป
ใช้สารเสพติดซ้ำ ขาดแรงสนับสนุนจาก
ครอบครัว รวมถึงมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง
และการเข้าถึงบริการ ขณะที่ครอบครัวและชุมชน
ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงพัฒนารูป
แบบ “3 หมอ 4 นางฟ้า 5 กัลยาณมิตร : FEWS
To Home Hug” เพื่อสร้างระบบดูแล ฟื้นฟู และ
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานและ
การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.46
- ลดอัตราการเกิด SMIV ซ้ำในผู้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 80.12
- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งด้านอาชีพ การศึกษา และการอยู่ร่วมในสังคม
- ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- เกิดระบบติดตาม ฟื้นฟู และป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน

ปัจจัยความสำเร็จ

- โครงสร้างการทำงาน 3 หมอ 4 นางฟ้า 5 กัลยาณมิตร ที่มีบทบาทชัดเจน
- การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- บุคลากรและเครือข่ายมีเป้าหมายร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- กลไก พชอ. ช่วยขับเคลื่อนความร่วมมือระดับตำบลและอำเภอ
- การพัฒนาศักยภาพทีมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ อสม.แม่บ้านและภาคีเครือข่าย
ในชุมชน



การพัฒนากระบวนเครือข่าย บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสารเสพติดอำเภอสระใคร

นายแพทย์อลงกรณ์ ดอนละ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระใคร
นายณพัทธ์พล โชติวัฒนประวิทย์กุล นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
นางสาววรรธณี สมบัติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวรัตนา โสธาราช นักวิชาการสาธารณสุข
นายชัยพัฒน์ อักษร นักวิชาการสาธารณสุข
โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย



ที่มาและความสำคัญ

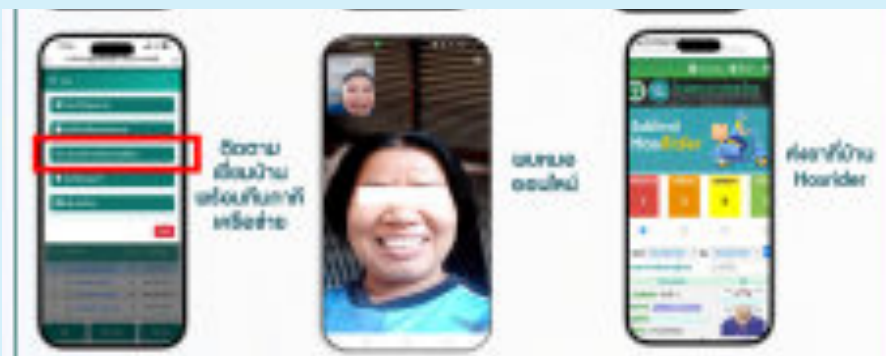
อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย เป็นพื้นที่ชายแดนที่เผชิญปัญหายาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี 2566-2569 มีคดียาเสพติดสะสม 833 ราย และพบผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดรายใหม่ 273 ราย ขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMIV) มีจำนวนสูงต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

โรงพยาบาลสระใคร ร่วมกับฝ่ายปกครองและสถานีตำรวจภูธรสระใคร จึงการพัฒนากระบวนเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดอำเภอสระใครนวัตกรรม Application Sakhrai Hosplus เพื่อยกระดับระบบติดตาม ดูแล เฝ้าระวัง และเชื่อมโยงการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการทำงานของเครือข่าย 3 หมอและภาคีในชุมชน



กระบวนการทำงาน

- พัฒนานวัตกรรม Sakhrai Hosplus Model โดยออกแบบ Application Sakhrai Hosplus เพื่อบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย ครอบคลุมการตรวจรักษา การติดตามการขาดนัด การแจ้งเตือนนัดหมาย การแจ้งเหตุฉุกเฉิน และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ
- ขับเคลื่อนการดูแลผ่านเครือข่าย 3 หมอ ได้แก่ อสม. ติดตามการรับประทานยาและเฝ้าระวังอาการในชุมชน พยาบาล/รพ.สต. ประสานการดูแลและเชื่อมโยงข้อมูล และแพทย์ วางแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบตามแนวทาง Software Development Life Cycle (SDLC) ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชัน ทดสอบ ติดตั้งอบรมผู้ใช้งาน และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่เชื่อมโยงข้อมูลและแจ้งเตือนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่อง ลดการขาดการรักษา เพิ่มการเข้าถึงบริการ และมีความพึงพอใจต่อบริการ ร้อยละ 90.1
- ภาควิชาเครือข่ายสามารถร่วมเฝ้าระวัง ดูแล และตอบสนองเหตุฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร และความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาเครือข่าย และชุมชน
- การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Sakhrai HosPlus เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วย
- การมีส่วนร่วมของ อสม. ครอบครัว และชุมชน ทำให้การเฝ้าระวัง ดูแล และส่งต่อผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและยั่งยืน



โคกยาง โมเดล

นางเพ็ญวิไลย์ จิตใจกล้า นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง
อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์



ที่มาและความสำคัญ

ตำบลโคกยางเผชิญปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี 2554 พบผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จ 4 ราย มีผู้ถูกทำร้ายร่างกายจากปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด 3 ราย และผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรง 4 ราย ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชในระบบ 27 ราย หลายรายมีปัญหาขาดยา อาการกำเริบซ้ำ ใช้สารเสพติดร่วม และมีข้อจำกัดด้านการดูแลจากครอบครัว

ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และความปลอดภัยของชุมชน ขณะที่ระบบบริการยังเผชิญข้อจำกัดด้านกำลังคน การติดตามต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน จึงพัฒนา “โคกยาง Model” ภายใต้แนวคิด Community Set ZERO และกลไก 3 หมอประสานพลัง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ผู้ป่วยขาดยาเป็นศูนย์ อาการกำเริบเป็นศูนย์ และลดเหตุรุนแรงในชุมชน”



กระบวนการทำงาน

พัฒนานวัตกรรม KHOKYANG Model ภายใต้แนวคิด Community Set ZERO และกลไก 3 หมอประสานพลัง โดย

- เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด จำแนกระดับความเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ และศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล
- ดำเนินการดูแลเชิงรุกตามระดับความเสี่ยง โดยกำหนดความถี่ในการติดตาม สีแดงทุกวัน สีเหลืองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสีเขียวเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมประชุมทบทวนแผนการดูแลร่วมกับทีม 3 หมอ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน และญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบจากการตั้งรับสู่การดูแลถึงบ้าน ผ่านเครื่องมือ ยา 2 สี ปฏิทินกินยา และแฟ้มจดยาผู้รัก ควบคู่กับการเชื่อมโยงการทำงานของ 3 หมอ ครอบครัว ชุมชน ตำรวจ และโรงพยาบาล ผ่านระบบ Fast Track และการเฝ้าระวังร่วมกัน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ขาดยาเป็นศูนย์ อาการกำเริบเป็นศูนย์ และลดเหตุรุนแรงในชุมชน”



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดผ่านกลไก 3 หมอ และ Community set ZERO
- เกิดเครือข่ายในภายใน และภายนอก ช่วยดูแล อย่างต่อเนื่อง
- เกิดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตำบลโคกยาง
- ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเป้าหมายที่ต้องรับยาอย่างต่อเนื่องจำนวน 13 ราย ได้รับบริการจิตยาตรงเวลาครบ 100% ณ รพ.สต.โคกยาง เครือข่าย รพ.สต. ใกล้เคียง และ โรงพยาบาลบราสาท
- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงและครอบครัวเปราะบางจำนวน 4 ราย มี “ชุดจดยาประจำบ้านแบบพิเศษ” และได้รับการเยี่ยมบ้านกำกับการกินยาโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ครบทุกราย
- ผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่มคดี รวมถึงรายที่เพิ่งกลับมาจากต่างพื้นที่ ถูกนำเข้าสู่ระบบจัดทำผังประเมินความเสี่ยงและติดตามตัวได้ครบ 100%

ปัจจัยความสำเร็จ

- เป็นตัวอย่างที่ดี การดูแลด้วยหัวใจ ทำทุกภาคส่วนเริ่มให้ความสนใจ ตระหนัก ให้ความร่วมมือ ทั้ง ญาติ
- อสม. ผู้นำชุมชน อบต.และตำรวจ เข้ามาร่วมรับผิดชอบ เป็นเจ้าภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง



ศรีรัตนโมเดล: ทีม 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ (Si Rattana 3 Doctors Mental Health&Addiction Care Model)

นางปรัชญานี คำเหลือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสุพรรณ อุตสาห์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวนิภาพร คำชาลี นักจิตวิทยาชำนาญการ
นายวีระพงศ์ ดาแข็งเขมา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัด ศรีสะเกษ



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ เผชิญปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด ผู้ป่วยซึมเศร้า เด็กสมาธิสั้น และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวนมาก ขณะที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าถึงบริการเฉพาะทางล่าช้า ขาดการดูแลต่อเนื่อง และกลับมาเสพติดซ้ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

โรงพยาบาลศรีรัตนจึงพัฒนานวัตกรรมศรีรัตนโมเดล : ทีม 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ โดยบูรณาการกลไก พชอ. เครือข่าย 3 หมอ และเทคโนโลยี Telemedicine เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง



กระบวนการทำงาน

- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน Causal Pathway 6 ขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาและคัดกรอง ประเมิน วางแผนการดูแลรายบุคคล ดูแลในชุมชน ติดตามฟื้นฟู และประเมินผล โดยบูรณาการการทำงาน ของ อสม. บุคลากรสาธารณสุข และแพทย์ ภายใต้ กลไก พชอ.
- ประยุกต์ใช้ Telemedicine, Tele-Psychiatry, Home Ward และ Community Based Treatment and Care (CBTx) เพื่อเชื่อมโยงการรักษาระหว่างโรงพยาบาล สว.สต. และชุมชน ลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง และเพิ่มการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง
- พัฒนาเครือข่าย 3 หมอ ครอบคลุมทุกตำบล ร่วมกับ อปท. โรงเรียน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อค้นหา คัดกรอง ดูแล ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมใช้ระบบข้อมูลและ Dashboard ติดตามผลแบบ Real-time



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service พร้อมหอผู้ป่วยจิตเวช มีนั้ญญาธิรักษัระบบ Telemedicine และ Home Ward ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดเพิ่มขึ้น 142% และได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ
- ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ ร้อยละ 72.06 ลดการกลับมาเรื้อรังซ้ำ และลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลเฉพาะทางได้ 100% ส่งผลให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- เหตุความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชลดลงจากประมาณ 300 รายต่อปี เหลือ 2 รายต่อปี ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดต้นแบบระบบบริการสุขภาพจิตระดับอำเภอ และสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจาก พชอ. และผู้บริหารทุกระดับ พร้อมการบูรณาการความร่วมมือของเครือข่าย 3 หมอ และภาคีทุกภาคส่วน ภายใต้แนวคิด Community Ownership
- การใช้ Telemedicine, ระบบข้อมูล และ Dashboard แบบ Real-time ร่วมกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และลดความซ้ำซ้อนของระบบบริการ
- การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วย ทำให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ ลดการตีตรา และสนับสนุนการกลับคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน



NASAN Seamless Care: นวัตกรรมบริการไร้รอยต่อโดย ทีม 3 หมอด้วยชุมชนลุ่มรักภักดี

นายสมชาย นาคทุ่งเตา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุข อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญด้านเกษตรกรรมและเหมืองแร่ มีประชากรกว่า 69,781 คน และเป็นพื้นที่เชื่อมต่อการค้าคมนาคมสายหลักของภาคใต้ จากข้อมูลปี 2567 พบคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดสูงถึง 612 คดี โดยส่วนใหญ่เป็นคดีเสพยาเสพติด (472 คดี) ขณะเดียวกันยังพบผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความเดือดร้อนและเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ที่ผ่านมา การเข้าถึงบริการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมและขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน อำเภอบ้านนาสารจึงยกระดับการแก้ไขปัญหาล่วงหน้า พชอ. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ โดยบูรณาการ ทีม 3 หมอ และระบบ 7 เสาลุ่มรักภักดี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา พื้นฟู และกลับคืนสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

พัฒนาระบบบริการเชิงรุกผ่าน ทีม 3 หมอ ร่วมกับกลไก 7 เสาลุ่มรักภักดี และกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอนแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่ค้นหา คัดกรอง รักษา พื้นฟู และติดตามต่อเนื่อง

- **หมอคนที่ 1** (อสม.และผู้นำชุมชน) ค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก เยี่ยมบ้าน สร้างแรงจูงใจ และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง 7 ครั้งภายใน 1 ปี
- **หมอคนที่ 2** (สว.สต.) คัดกรอง จำแนกระดับความรุนแรง จัดโปรแกรม CBTx บริหารข้อมูล และประสานการส่งต่อผ่านระบบสารสนเทศแบบเรียลไทม์
- **หมอคนที่ 3** (แพทย์และทีมสหวิชาชีพ) วินิจฉัย วางแผนรักษา สนับสนุนระบบ Fast Track และมีจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอย่างทันก่วงที่

เชื่อมโยงการสนับสนุนงบประมาณจากภาคีในพื้นที่ พร้อมส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดเข้าสู่การฟื้นฟูอาชีพและจัดเวทีสร้างความเข้าใจในชุมชน เพื่อลดการตีตราและส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบำบัด 40 คน ผ่านเกณฑ์การรักษา 35 คน และ 32 คนได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- ผู้ผ่านการบำบัดได้รับการส่งเสริมอาชีพ 12 คน มีผู้สามารถประกอบอาชีพหรือมีรายได้เพิ่มขึ้น 28 คน พร้อมลดการตีตราและการยอมรับจากชุมชนดีขึ้น
- ระบบติดตามช่วยลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เหลือเพียง 3 ราย และสามารถส่งต่อเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาคีในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- ภาวะผู้นำและนโยบายที่ชัดเจนของ พชอ. ทำให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนงานไปในทิศทางเดียวกัน
- ความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่าย อสม.ลุ่มรักภักดี ที่สร้างความไว้วางใจและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- การบูรณาการการทำงานของภาคีทุกระดับ และความเชี่ยวชาญของทีม 3 หมอ ทำให้เกิดระบบบริการที่มีมาตรฐาน เชื่อมโยงการรักษาและการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ



สามประสานดูแลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายแบบไร้รอยต่อ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

นางอาภรณ์ สุระกำแหง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัด พัทลุง



กระบวนการทำงาน

- พัฒนาระบบ Proactive Care โดยบูรณาการฐานข้อมูล 3 ระบบ ได้แก่ HOSxP, รง.506s และ HDC เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้ข้อมูลร่วมกัน พร้อมเชื่อมการทำงานของ 3 ภาคหลัก คือ โรงพยาบาล โรงเรียน และครอบครัว/ชุมชน ภายใต้ระบบ Case Management ทำให้สามารถค้นหา ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ลดการหลุดจากระบบบริการ
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ
 - ยุทธศาสตร์ที่ 1 **ค้นหาเร็ว (Early Detection)** คัดกรองเชิงรุกในโรงเรียนและชุมชนด้วยแบบประเมินมาตรฐาน พร้อมใช้เครือข่าย Youth Counselor (YC) และระบบเฝ้าระวังเพื่อค้นหาวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
 - ยุทธศาสตร์ที่ 2 **ดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care)** ติดตามการรักษาผ่าน LINE, Tele-Mental Health การเยี่ยมบ้าน และระบบสื่อสารแบบ Real-time เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
 - ยุทธศาสตร์ที่ 3 **เชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Care)** ประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ฐานข้อมูลร่วมและแผนการดูแลรายบุคคล (Case Management)

ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลปากพะยูนพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบบริการหลังเกิดการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายแล้ว สะท้อนว่าระบบเดิมเน้นการรักษาหลังเกิดเหตุ ขณะที่การคัดกรอง การเชื่อมโยงข้อมูล และการติดตามระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงบางส่วนหลุดจากระบบบริการ

จึงพัฒนา SAFE LINK Care Model โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และครอบครัว/ชุมชน ใช้ระบบข้อมูลร่วม การจัดการรายกรณี (Case Management) และการติดตามผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อค้นหา ช่วยเหลือ และติดตามวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องก่อนเกิดภาวะวิกฤติ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- คัดกรองสุขภาพจิตวัยรุ่นได้ 957 ราย พบกลุ่มเสี่ยง 67 ราย และนำเข้าสู่ระบบการดูแลได้ครบ 100% ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ไม่พบผู้ป่วยขาดยา และมีการส่งต่อที่รวดเร็วและเป็นระบบ
- ลดการทำร้ายตนเองซ้ำจาก 2 ราย เหลือ 0 ราย ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง 100% ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ พร้อมเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และเครือข่าย Youth Counselor ในการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการความร่วมมือของ โรงพยาบาล โรงเรียน และครอบครัว/ชุมชน ภายใต้ระบบ Case Management และ Digital Follow-up ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบบจากบทเรียนผู้ป่วยจริงในห้องฉุกเฉิน (ER) สู่การดูแลเชิงรุก พร้อมประยุกต์ใช้ LINE, Tele-Mental Health และเครือข่าย Youth Counselor (YC) เป็นกลไกสำคัญในการค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนและชุมชน



DEM Health Map: นวัตกรรมระบบแผนที่ดิจิทัลเพื่อการคัดกรองเฝ้าระวัง และติดตามสุขภาพจิตเชิงพื้นที่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นายศุภณนธ์ ศรทโพธิ์ศรี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองช้างแล่น
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง



ที่มาและความสำคัญ

พื้นที่ตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 84 ราย โดยมีผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องถึง 34.52% สาเหตุสำคัญเกิดจากการติดตามผู้ป่วยด้วยระบบเอกสาร การไม่มีข้อมูลตำแหน่งผู้ป่วยแบบ Real-time การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง และการขาดระบบเฝ้าระวังเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนหลุดจากระบบบริการและเสี่ยงต่อการกำเริบของอาการ

DEM Health Map จึงพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้ใช้สารเสพติดที่ขาดนัด หลุดจากระบบ และติดตามได้ยาก เนื่องจากข้อมูลเดิมกระจัดกระจายและไม่สามารถระบุตำแหน่งผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน นวัตกรรมนี้นำเทคโนโลยีแผนที่ดิจิทัล (GIS) มาบูรณาการกับข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง ค้นหาผู้ป่วย และวางแผนการดูแลเชิงรุกได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และมีประสิทธิภาพ



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพเชิงพื้นที่ ที่บูรณาการเทคโนโลยี GIS, GPS และฐานข้อมูลสุขภาพ เพื่อคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม และบริหารจัดการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิอย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ มีการดำเนินงาน ดังนี้

- **ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง** โดย อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน พร้อมประเมินสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
- **บันทึกข้อมูลและพิกัด GPS** ผ่านระบบ DEM Health Map โดยข้อมูลจะถูกส่งเข้า cloud database และประมวลผล โดยระบบนำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงและประเภทปัญหา พร้อมแสดงผลในรูปแบบ Digital Epidemiology Map, GIS Map และ Heat Map ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดลำดับความเร่งด่วน วางแผนเยี่ยมบ้าน และกำหนดมาตรการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่
- **แจ้งเตือนกลุ่มเสี่ยงแบบ Real-time** เมื่อระบบพบกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ จะแจ้งเตือนให้ทีมสหวิชาชีพเข้าช่วยเหลือ เยี่ยมบ้าน และติดตามอาการอย่างรวดเร็ว
- **ส่งต่อการรักษาและติดตามผลต่อเนื่อง** ผ่านระบบ V-Care เชื่อมโยง sw.สต. โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมแสดงผลผ่าน Dashboard สำหรับผู้บริหาร เพื่อใช้วางแผนและกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- DEM Health Map ช่วยให้การคัดกรองครอบคลุม 100% ประเมินพร้อมพิกัด GPS ทุกคน ส่งต่อการรักษาต่อเนื่องได้ 93.10% ลดผู้ป่วยขาดนัดจาก 34.52% เหลือ 0% และไม่พบผู้ป่วยตกหล่นจากระบบบริการ
- ระบบ Dashboard และ Heat Map ที่ช่วยให้ผู้บริหารสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพจิตได้อย่างแม่นยำและทันก่วงที่

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการความร่วมมือของ 5 ภาคีหลัก ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. sw.สต. โรงพยาบาล/ศูนย์สุขภาพจิต และอปท. ทำให้เกิดระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งชุมชน
- การใช้เทคโนโลยี GIS, GPS, Cloud Database และ Dashboard แบบ Real-time ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความถูกต้อง ทันสมัย ลดการใช้เอกสาร เพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานข้อมูลจริง



ทีม 3 หมอ พัทธ์กิจจิตเวชเขตบางเขน ดูแลสุขภาพจิต และสารเสพติดอย่างไร้รอยต่อ

นางสาวจิตราดา บุตรงามดี ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน
นางอรพรรณ บุญฉวี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางมะลิวัลย์ บรรยง นักจิตวิทยาชำนาญการ
นายชวรงค์ จิตร์แก้วศิริ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางพัชราภรณ์ จิตร์แจ้ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางรุ่งทิพย์ เพ็ญลัม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร



ที่มาและความสำคัญ

เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร มีประชากร
กว่า 183,000 คน และเผชิญปัญหาสุขภาพจิต
และยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วย
จิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่เสี่ยงก่อความ
รุนแรง รวมถึงประชาชนที่มีภาวะเครียด ซึม
เศร้า หดเหี่ยว และเสี่ยงฆ่าตัวตายในสัดส่วนสูง
ระบบบริการเดิมยังขาดการค้นหาเชิงรุกและ
การเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน จึง
พัฒนารูปแบบการดูแลผ่าน ทีมพัทธ์กิจจิตเวช
และเครือข่าย 3 หมอ ร่วมกับ นวัตกรรมสื่อ
“ทางออก” และเพลง “หลงทาง” เพื่อสร้างการ
รับรู้ กระตุ้นการเข้ารับการบำบัด และใช้
โปรแกรมก้าวใหม่อย่างมีโครงสร้าง ในการ
ประเมิน วางแผนรักษา และติดตามผู้ป่วยอย่าง
เป็นระบบ นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยา
เสพติดแบบไร้รอยต่อ



กระบวนการทำงาน

1. จัดตั้งทีมพัทธ์กิจจิตเวช บูรณาการ คสช.24 บางเขน อสส. ชุมชน ตำรวจ สำนักงานเขต และ
เครือข่ายสุขภาพ เพื่อร่วมคัดกรอง บำบัด พื้นฟู และส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ
2. เสริมพลังชุมชนด้วยวัคซีนใจและ CBTx พัฒนาศักยภาพ อสส. และเครือข่ายชุมชน ใช้โปรแกรม
วัคซีนใจในชุมชนและแนวคิด CBTx เพื่อค้นหา เฝ้าระวัง และช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก
3. ขับเคลื่อนการดูแลด้วยทีม 3 หมอ โดยหมอกที่ 1 ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง พร้อมใช้สื่อ
นวัตกรรม หนังสือ “ทางออก” และเพลง “หลงทาง” สร้างการรับรู้ หมอกที่ 2 ประเมิน วางแผน
บำบัดด้วย โปรแกรมก้าวใหม่อย่างมีโครงสร้าง และติดตามการรักษา ส่วนหมอกที่ 3 วินิจฉัย
กำกับการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยอาการรุนแรงสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นอกจากนี้
ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจมากขึ้นด้วย หนังสือเรื่อง “Project Return”
4. พื้นฟูและคืนผู้ป่วยสู่ชุมชน ทีม 3 หมอร่วมกับครอบครัวและชุมชนติดตามการรักษา พื้นฟูด้าน
ร่างกาย จิตใจ สังคม และอาชีพ ผ่านโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย
ลดการตีตรา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- อัตราผู้ป่วยที่รักษาครบตามเกณฑ์เพิ่มจาก ร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 86 มีระบบคัด
กรองเชิงรุกและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการรักษาได้
รวดเร็ว และไม่พบผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงก่อ
เหตุร้ายระหว่างดำเนินโครงการ
- ผู้ป่วยที่ส่งต่อสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการใช้สื่อ นวัตกรรมช่วยเพิ่มจำนวน
ผู้เข้ารับการบำบัดจาก 115 คน เป็น 263 คน สะท้อนการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารกำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานของทีมพัทธ์กิจจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
พร้อมพัฒนาศักยภาพคลินิกก้าวใหม่พลัสและคลินิกสุขภาพจิตให้รองรับการ
ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ
- ความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้ง อสส. คณะกรรมการชุมชน โรงพยาบาล
สำนักงานเขต และสถานีตำรวจ ทำให้เกิดระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟู
ผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ พร้อมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่าง
ยั่งยืน

ชุมชนสุขภาพจิตดี
Mindscape



4 เสา ชุมชนสุขภาพจิตดี ตำบลสบตุ๋ย อำเภอเมือง ลำปาง จังหวัดลำปาง

นางกรรณิการ์ ธิโหล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรมนี้คือกระบวนการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพจิตดีแบบ "4 เสา" ที่ใช้ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) เป็นเครื่องมือวิจัยชุมชนก่อนออกแบบกิจกรรม จุดที่แตกต่างจากแนวทางเดิมคือ นวัตกรรมนี้เปลี่ยนมาใช้ข้อมูล CMHI ประเมินสุขภาพจิตของชุมชนทั้งระบบก่อน แล้วจึงออกแบบกิจกรรมเชิงรุกให้ครอบคลุมครบทั้ง 4 เสา โดยมีชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นเจ้าของร่วมดำเนินการโดยแกนนำสุขภาพจิตชุมชนร่วมกับเทศบาลนครลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 จึงได้แผนงาน 4 ด้าน ได้แก่

- เสาที่ 1 ชุมชนที่ผูกพัน (เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ ตำบลสบตุ๋ย)
- เสาที่ 2 ชุมชนที่น่าอยู่ (บ้านเฮาน่าอยู่ หมู่เฮาอีกกัน เป็นการออกกำลังกาย และเสริมความปลอดภัยในชุมชน)
- เสาที่ 3 ชุมชนที่ห่วงใยกัน (ชุมชนสายใย ตำบลสบตุ๋ย เป็นการส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้)
- เสาที่ 4 ชุมชนที่เข้าถึงบริการ (มีชมรมผู้ปกครองทางจิตตำบลสบตุ๋ย เพื่อเสริมพลังเครือข่ายฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้พิการทางจิต)

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลสบตุ๋ย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นเขตชุมชนเมืองสำคัญที่รวมสถานที่ท่องเที่ยว สถานีรถไฟ วัด สวนสาธารณะ มหาวิทยาลัย และสถานศึกษาไว้ในพื้นที่เพียง 4.37 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุม 11 ชุมชนที่มีความหลากหลายทางประชากรและวัฒนธรรม ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดลำปางชี้ว่าโรคจิตเภท โรคจิตตก และโรคซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มโรคที่พบสูงสุด ขณะที่ตัวเลขผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงปี 2565-2567 อยู่ที่ 108, 107 และ 21 คนตามลำดับ แม้มีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง เมื่อคณะทำงานประเมินสุขภาพจิตชุมชนด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) ในกลุ่มแกนนำสุขภาพจิตชุมชน 35 คน พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูงที่ 89.46 คะแนน แต่เมื่อแยกรายด้านกลับพบว่า "ด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน" มีคะแนนต่ำที่สุดเพียง 16.83 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางสะท้อนช่องว่างสำคัญที่ต้องเร่งพัฒนา จึงเป็นที่มาของการออกแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมครบทั้ง 4 เสาหลักของชุมชนสุขภาพจิตดี



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

แกนนำสุขภาพจิตชุมชนได้รับการประเมินด้วย CMHI ครบร้อยละ 100 (35 คน) เกิดระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องพร้อมบันทึกในระบบ มีแผนดูแลรายบุคคลสำหรับญาติและผู้ดูแล และมีกิจกรรมรองรับครบทั้ง 4 เสาที่ดำเนินการจริง

ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่

- แกนนำชุมชนเข้มแข็ง มีความรู้และความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม
- มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน (สปสช. เทศบาลนครลำปาง สสจ.ลำปาง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1)
- ผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต
- การมี CMHI เป็นฐานข้อมูลร่วมที่ทำให้ทุกภาคเห็นปัญหาตรงกันและออกแบบกิจกรรมได้ตรงจุด



“ศูนย์เพื่อนใจตำบล” เพื่อชุมชนสุขภาพจิตดี อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

นายนิสิต ยิ้มบริรักษ์ สารานสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม
นางสาวนุสรา หายกุลล่า นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย



กระบวนการทำงาน

- จัดตั้ง ศูนย์เพื่อนใจตำบล ครบทั้ง 5 ตำบล และขับเคลื่อนด้วย 3 ทีมหลัก ได้แก่ อสม.และผู้นำชุมชน (ค้นหา-ติดตาม), เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตำรวจ (คัดกรอง-วางแผน-ประสานงาน) และทีมสหวิชาชีพ (บำบัดฟื้นฟู และประเมินผล)
- ดำเนินงานเป็นลำดับตั้งแต่ ค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก (Kick Off, TS Mind Check) คัดกรองและประเมินรายบุคคล บำบัดฟื้นฟูด้วย Matrix Program, CBTx และ Motivational Interviewing (MI) รวมถึงติดตามต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและประเมินซ้ำ พร้อมกับส่งต่อและฟื้นฟูด้านอาชีพและการคืนสู่สังคม
- บูรณาการความร่วมมือระหว่างสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ อปท. อสม. และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องแบบ Community-Based Care

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดสุโขทัยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของยาบ้า ภัยพิบัติ สาธารณภัย และไอซีในกลุ่มเด็กและเยาวชน ข้อมูลปีงบประมาณ 2567-2568 พบผู้เข้ารับการรักษาช่วงอายุ 12-24 ปี สูงถึงร้อยละ 39.87 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เฉพาะอำเภอทุ่งเสลี่ยมในปี 2568 มีผู้เข้ารับ การรักษาและติดตามผู้ใช้ยาเสพติด 128 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ถึง 26 ราย และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอสูงถึง 27.07 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ผลประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (CMHI) ยังสะท้อนข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตและการเข้าถึงระบบบริการ ข้อมูลทั้งหมดชี้ตรงกันว่าการบำบัดรักษาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการลดการกลับไปใช้ยาซ้ำอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีระบบดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาไปจนถึงการคืนคนสู่สังคม



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

จัดตั้ง “ศูนย์เพื่อนใจตำบล” ครบทั้ง 5 ตำบลของอำเภอ คัดกรองสุขภาพจิตด้วย TS Mind Check ได้ถึง 110,000 ราย พบกลุ่มเสี่ยง 1,158 ราย และติดตามดูแลได้ครบร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามต่อเนื่องร้อยละ 100 โดยไม่พบเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชนตลอดโครงการ ผลประเมิน CMHI หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกด้าน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการเชิงนโยบายผ่านกลไก พชอ. ทำให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วม
- การใช้ข้อมูล CMHI และ TS Mind Check ร่วมกับระบบดิจิทัลเพื่อคัดกรองและติดตามอย่างแม่นยำ
- ระบบติดตามต่อเนื่องแบบ “ไม่ทอดทิ้ง” ตลอด 1 ปีผ่านการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน



“ผลงานพลังชุมชน ห่วงใยไม่ทอดทิ้งกัน : การพัฒนารูปแบบการบูรณาการภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายด้วยกลไก 3 ส (สแกน ส่งต่อ ใส่ใจ)”

นางสาวกัญจนา ภู่วิสิย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกำแพงเพชร



กระบวนการทำงาน

พัฒนานวัตกรรม "3 ส : สแกน ส่งต่อ ใส่ใจ" โดยใช้กระบวนการ CQI (PDCA) ครอบคลุมการวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบร่วมกับภาคีเครือข่าย และการทดลองใช้พร้อมประเมินผล โดยกระบวนการ 3ส มีดังนี้

- **สแกน (Scan):** ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกด้วยการ์ดสี Green-Yellow-Red โดย อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในระดับชุมชน
- **ส่งต่อ (Send):** จัดระบบ Fast Track เชื่อมโยงชุมชน sw.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยกำหนดแนวทางส่งต่อผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงอย่างรวดเร็วและไร้รอยต่อ
- **ใส่ใจ (Care):** ติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ "เพื่อนคู่คิด มิตรดูแลยา" และกลไก 3 หมอ พร้อมบูรณาการความร่วมมือระหว่างสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และตำรวจ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ค้นหาจนถึงการฟื้นฟู

ที่มาและความสำคัญ

การจัดการสุขภาพจิตชุมชนในยุคปัจจุบันกำลังเปลี่ยนผ่านจากระบบตั้งรับในสถานพยาบาลไปสู่ระบบเชิงรุกในชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมความรุนแรงเป็นปัญหาสุขภาพจิตระดับโลกที่ซับซ้อนและกระทบเชิงระบบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (WHO, 2021) อำเภอเมืองกำแพงเพชรพบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเกินเกณฑ์ต่อเนื่อง 4 ปี มีกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงถึง 706 ราย คิดเป็น 343.42 ต่อแสนประชากร และในปี 2568 ตำบลเทพนครมีอัตราฆ่าตัวตายสูงถึง 17.68 ต่อแสนประชากร ตำบลเทพนครเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่เข้าสู่สังคมสูงอายุควบคู่กับความกดดันทางเศรษฐกิจในวัยทำงาน สัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ภาวะโดดเดี่ยว และการดื่มสุราสูง ผลประเมิน CMHI (71 คน) พบค่าเฉลี่ย 102.10 คะแนน ในระดับค่อนข้างสูง แต่ระบบดูแลสุขภาพจิตเดิมยังเป็นแบบ "ตั้งรับและแยกส่วน" ขาดเครื่องมือคัดกรองเชิงรุก ทำให้กลุ่มเสี่ยงหลุดรอดจากระบบและได้รับการส่งต่อล่าช้า



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ภาคีเครือข่าย (อสม./ผู้นำ) ผ่านการอบรมกลไก 3 ส ร้อยละ 93.49 (323 คน) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการ "สแกน" ครอบคลุมร้อยละ 100 ของพื้นที่ อัตราการเข้าถึงบริการและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสีแดงอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 คะแนนสุขภาพจิตชุมชนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 101.53 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง และที่สำคัญที่สุดคือ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ลดลงจนเป็นศูนย์ พร้อมทั้งขยายผลจากตำบลเทพนครสู่ 15 เครือข่ายในมท. พชอ.เมืองกำแพงเพชร

ปัจจัยความสำเร็จ

เกิดจากปัจจัยหนุน 3 ประการ คือ พลังเครือข่ายที่เข้มแข็งและไว้วางใจกัน ("คนใน" อย่าง อสม. และผู้นำชุมชนที่รู้จักบริบทหลังคาบ้านของลูกบ้านดีกว่าเจ้าหน้าที่จากภายนอก) ระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อและปลอดภัยผ่านช่องทางด่วนเฉพาะ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ช่วยเยียวยาปัจจัยทางสังคม เช่น อาชีพ ทุนการศึกษา และที่อยู่อาศัย ไม่ใช่เพียงงบประมาณ

ใจถึงใจ: สอดส่อง มองหา ใสใจ รับฟัง ส่งต่อ เชื่อมโยง

นางสาวบุญญิศา โชคดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 sw.สต.วัดพระญาติการาม ตำบลไผ่ลิง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



ที่มาและความสำคัญ

sw.สต.วัดพระญาติการามนำ CMHI มา
 ประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตของชุมชนบ้าน
 เตาอิฐ ซึ่งมีประชากร 1,434 คน 300 หลังคา
 เรือน ผลการประเมินตาม 4 เสาหลักของ
 Mindscape พบว่าชุมชนมีต้นทุนทางสังคมที่
 เข้มแข็งด้านเครือข่ายภาคี แต่ยังมีช่องว่าง
 สำคัญ 3 ด้าน คือ ประชาชนขาดความรู้
 ด้านสุขภาพจิตและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุข
 ภาวะทางใจ (ชุมชนนออยู่) การดูแลกลุ่มเปราะ
 บางยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มและยังพบการตี
 ตราทางสังคม (ชุมชนที่ครอบครัวคนทุกกลุ่ม)
 และระบบค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ ยัง
 ขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทำให้
 ประชาชนบางส่วนเข้าถึงบริการล่าช้าหรือหลุด
 จากระบบดูแล (ชุมชนเข้าถึงบริการ) จึงเป็น
 ที่มาของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่ใช้
 ข้อมูลเป็นฐาน



กระบวนการทำงาน

ดำเนินการภายใต้แนวคิด IPO Model ได้แก่

Input (ปัจจัยนำเข้า) ใช้ CMHI ร่วมกับข้อมูลประชากร สุขภาพ และกลุ่มเปราะบาง
 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต และระดมภาคีเครือข่ายและพัฒนาเครื่องมือ
 สนับสนุน เช่น LINE Official “ใจถึงใจ”, QR Code Google Form และสมุดปรังใจ

Process (กระบวนการ) วิเคราะห์ข้อมูล CMHI ร่วมวางแผนกับภาคีเครือข่าย และ
 ดำเนินงานผ่านกระบวนการ “ใจถึงใจ” (สอดส่อง มองหา ใสใจ รับฟัง ส่งต่อ เชื่อม
 โยง) รวมถึงคัดกรองเชิงรุก เยี่ยมบ้าน ดูแล ส่งต่อ และติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
 พร้อมประเมินผลและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

Output (ผลผลิต) เกิดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชนเชิงรุกที่ใช้ข้อมูลเป็นฐาน และ
 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ดูแล ส่งต่อ และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีเครือข่าย
 ชุมชนร่วมดำเนินงาน

Outcome (ผลลัพธ์) ประชาชนเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและต่อเนื่อง ลดการขาดยา
 และขาดนัด และประชาชนและภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้และใช้ข้อมูลร่วมกันในการ
 ดูแลสุขภาพจิต

Impact (ผลกระทบ) เกิดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชนแบบ Data-driven ที่มีส่วน
 ร่วมจากทุกภาคส่วน และพัฒนาสู่ ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape) อย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ประชาชนได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก 745 คน คิดเป็นร้อยละ 51.95
 ของประชากรในพื้นที่ พบกลุ่มเสี่ยง 18 คน ได้รับการติดตามครบร้อยละ 100
 ผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียน 26 ราย ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 24 ราย (ร้อยละ
 92.31) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็นร้อยละ 92.31
 และอัตราการขาดยาขาดนัดลดลงจากร้อยละ 30.77 เหลือเพียงร้อยละ 7.69

ปัจจัยความสำเร็จ

- การใช้ข้อมูล CMHI เป็นฐานในการวางแผนและตัดสินใจ
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- ระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุกที่เชื่อมโยงการดูแลอย่างเป็นระบบ
- การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายเหมืองใหม่ ชุมชน สุขภาพจิตดีด้วยพลัง นสช. (นักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน)

นายนิพนธ์ เงินคงพันธุ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเหมืองใหม่

จังหวัดสมุทรสงคราม



ที่มาและความสำคัญ

ตำบลเหมืองใหม่ได้พัฒนาการเป็นชุมชนต้นแบบในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของประชาชนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่ปี 2565 จนถึงปี 2568 โดยมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนประสบความสำเร็จในการลดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย โดยไม่พบการคิดฆ่าตัวตายในพื้นที่ จากความสำเร็จดังกล่าว เกิดกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและมีการเผยแพร่สู่พื้นที่ตำบลข้างเคียง เกิดข้อตกลงในการขยายพื้นที่ดำเนินงานแก่พื้นที่ใกล้เคียง ในปี 2569 โดยมีการขยายพื้นที่การดำเนินงานในภาพโซน ได้แก่ ตำบลวัดประดู่ ตำบลบางแค ตำบลบางนางลี่ และตำบลแควอ้อม รวม 5 ตำบล 6 สถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ได้ร่วมมือกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาบริบท และความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง



กระบวนการทำงาน

เครือข่ายเหมืองใหม่มีการขยายพื้นที่การดำเนินงานในภาพโซน ซึ่งมีการดำเนินงานได้แก่

- ประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตด้วย CMHI ก่อนและหลังดำเนินงานในเครือข่าย 5 ตำบล เพื่อออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่
- พัฒนานวัตกรรมเฉพาะพื้นที่ เช่น ไม้กวาดเสริมพลังใจ ตะกร้าเสริมพลังใจ ชมรมเดิน-วิ่ง-ปั่น สเปร์ยไฉ่ยุงและผ่อนคลาย และวงล้อพระธาตุ ตามบริบทของแต่ละตำบล
- พัฒนาเครือข่าย นักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และใช้ระบบ "นสช.บิตดี" (1 นสช. : 1 กลุ่มเสี่ยง) ร่วมกับพลังเครือข่าย บ.ว.ร. (บ้าน-วัด-หน่วยราชการ) เพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ผลการประเมิน CMHI ทั้ง 5 ตำบลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกพื้นที่ ภาพรวมเครือข่าย ขยับจากคะแนนเฉลี่ย 100.41 (ก่อนข้างสูง) เป็น 115.68 (ก่อนข้างสูง) และที่สำคัญที่สุดคือภายหลังดำเนินงานในปี 2568-2569 ไม่พบผู้พยายามฆ่าตัวตายและไม่มี การฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่เครือข่ายทั้ง 5 แห่ง ปัจจัยความสำเร็จคือ "บันได 3 ขั้น" ได้แก่ การบูรณาการภาคีเครือข่ายและความร่วมมือ 3 ระดับ (บุคคล ครอบครัว ชุมชน) ความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การเกิดกิจกรรม และนวัตกรรมที่ตอบสนองทุกวัย และความยั่งยืนของการสานต่อกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการ ภาคีเครือข่าย ทรัพยากร และความร่วมมือ 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การเกิดกิจกรรม และนวัตกรรมที่ตอบสนองทุกวัย
- ความยั่งยืน ของความร่วมมือและการสานต่อความต่อเนื่องของกิจกรรมและนวัตกรรมต่าง ๆ

การจัดการปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดแบบครบวงจรด้วยพลังสุขภาพจิตชุมชนแบบไร้รอยต่อ

นายธนธร กานตาทา, นางบุญญรัตน์ ฐานะรุ่งเรืองเลิศ, ว่าที่ร้อยตรีหญิงกัลยา ตาสา
นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วง), พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์



กระบวนการทำงาน

โรงพยาบาลคำม่วงพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบครบวงจร มีการดำเนินการ ดังนี้

- ใช้ข้อมูลดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นวิเคราะห์รับบท ปัญหา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผลักดันเข้าสู่ พชอ. เพื่อกำหนดบทบาทและแผนดำเนินงานร่วมกัน
- ดูแลเชื่อมโยงตามเส้นทางผู้ป่วย (Patient Journey) ตั้งแต่การค้นหา เฝ้าระวัง และนำส่งผู้ป่วยโดย ทีม "5 พยัคฆ์" เข้ารับการประเมินและรักษาที่ห้องฉุกเฉินและ V-Care Ward ก่อนส่งต่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูที่มีนวัตกรรมการรักษา และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบล
- ภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการติดตามผ่านระบบ Home Ward การแพทย์ทางไกล และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนด้านอาชีพที่อยู่อาศัย และคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม
- ดำเนินงานมีการทบทวนและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการ 3C-PDSA

ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลคำม่วงเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 81 เตียง ในพื้นที่ที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ข้อมูลปี 2566-2568 พบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา 267, 305 และ 280 คนตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) 54, 62 และ 80 คนตามลำดับ หลายรายมีประวัติทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น ขาดยา เสพซ้ำ และต้องส่งต่อไปบำบัดที่โรงพยาบาลรัฐรักษาจนเกินซึ่งอยู่ไกลและมีค่าใช้จ่ายสูง ชุมชนจึงต้องการให้โรงพยาบาลคำม่วงสามารถดูแลรักษาและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เองในพื้นที่ นำไปสู่การผลักดันประเด็นนี้เข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นวาระเร่งด่วน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

อุบัติการณ์ผู้ป่วย SMI-V ก่อเหตุรุนแรงในชุมชนลดลงร้อยละ 48 ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปีถึงร้อยละ 85.48 ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเข้าถึงบริการภายใน 30 นาทีเพิ่มจากร้อยละ 48.31 เป็นร้อยละ 62.90 และ Retention Rate ของผู้ป่วยยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 96.36 ที่สำคัญผู้ผ่านการบำบัดมีงานทำหลังบำบัดร้อยละ 80.34 รวมถึงโรงพยาบาลได้รับรางวัลสถานพยาบาลด้านยาเสพติดดีเด่นระดับประเทศปี 2566 และถูกคัดเลือกเป็นพื้นที่ตรวจราชการบูรณาการจากสำนักนายกรัฐมนตรีในปี 2568

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และผลักดันการพัฒนาระบบบริการอย่างจริงจัง
- การออกแบบระบบดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรที่เชื่อมโยงทุกขั้นตอนของการรักษา
- การระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกทีม 5 พยัคฆ์และชุมชน CBTx

“หมอลำบำบัดใจ ไทตำบล หนองสวรรค์ม่วนขึ้นโฮแซว”

นางสมสมัย สวัสดิ์ประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโซม จังหวัดหนองบัวลำภู



กระบวนการทำงาน

- ประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตชุมชนด้วย CMHI และวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- ดำเนินกิจกรรมครอบคลุมทุกช่วงวัย ได้แก่ วัยเรียน-วัยรุ่น (อบรมสุขภาพจิตและยาเสพติด), วัยทำงาน (พัฒนาแกนนำ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมอาชีพ) และ ผู้สูงอายุ (กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ และ **“หมอลำบำบัดใจ”** ที่ใช้จังหวะดนตรีแคน-พิน และการพ่อนรำเป็นแอโรบิกเบาๆ)
- บูรณาการการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาตำบล ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มหมอลำจิตอาสา ศิลปินพื้นบ้าน และ สว.สต.บ้านหนองบัวโซม
- ประเมินผลหลังดำเนินงานด้วย CMHI เพื่อนำผลไปปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลหนองสวรรค์เป็นชุมชนเกษตรกรรมที่มีประชากร 7,517 คน กระจายอยู่ใน 11 หมู่บ้าน ปัญหาสำคัญของพื้นที่คือยาเสพติด อาการป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และความเครียดสะสมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความโดดเดี่ยว ขณะที่กลุ่มวัยทำงานเผชิญความเครียดจากรายได้ภาคเกษตรที่ไม่แน่นอนและภาระหนี้สิน ซึ่งอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเอง เมื่อคณะกรรมการพัฒนาตำบลใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตชุมชน CMHI (4 ด้าน 36 ข้อ) สํารวจสถานการณ์ จึงพบว่าการสร้างสัมพันธ์ภาพในระดับหมู่บ้านคือกลไกที่ชุมชนต้องการมากที่สุด นำไปสู่แนวคิดการนำ “หมอลำ” ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านที่หลอมรวมอยู่ในวิถีชีวิตของคนอีสาน มาเป็นเครื่องมือเยียวยาใจ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและรับประทานยาต้านซึมเศร้าจำนวน 5 ราย ซึ่งเดิมเก็บตัวเงียบและมีรายหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและได้รับการประเมินซ้ำ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติครบทั้ง 5 ราย คะแนนสุขภาพจิตชุมชนโดยรวมสูงขึ้นครบทั้ง 4 ด้านหลังดำเนินกิจกรรม ปัจจัยความสำเร็จคือต้นทุนทางสังคมที่หลากหลายและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีต้นทุนทางสังคมหลากหลาย มีภาคีเครือข่ายบูรณาการร่วมกันทำงานอย่างเข้มแข็ง
- มีผู้นำในชุมชนที่เข้มแข็ง อบต.หนองสวรรค์ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองบัวลำภู ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองสวรรค์ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหนองสวรรค์ การศึกษานอกกระบวน กลุ่มสตรีตำบลหนองสวรรค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโซม
- มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

"โฮมอักรักษ์กัน สานสัมพันธ์ Mindscape Model"

นางณิระภา จิมวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทอง จังหวัดชัยภูมิ



กระบวนการทำงาน

- วิเคราะห์ข้อมูล CMHI เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน และปัจจัยเสี่ยงของชุมชน ก่อนร่วมวางแผนกับภาคีเครือข่ายในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและเสริมสร้าง Community Resilience
- ดำเนินกิจกรรมเชิงรุก 2 ด้าน ได้แก่ **บูรณาการและอาชีพ** นำภูมิปัญญาและผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นมาสร้างรายได้ ลดความเครียดด้านเศรษฐกิจ และ **กีฬาพื้นบ้านสานสัมพันธ์** เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกช่วงวัย ลดความโดดเดี่ยว และสร้างความผูกพันในชุมชน
- บูรณาการความร่วมมือของ สว.สต. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน อสม. ตำรวจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพจิตที่ชุมชนเป็นเจ้าของ

ที่มาและความสำคัญ

ผลการประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) ของ สว.สต.บ้านโนนทอง สะท้อนภาพที่ขัดแย้งกันอย่างชัดเจน ด้านการคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูงถึง 22.5 คะแนน แต่จากปัจจัยด้านสังคมประชากรที่มีคะแนนต่ำ เพียง 16.8 คะแนน โดยเฉพาะความเครียดด้านเศรษฐกิจรายได้ไม่เพียงพอ และความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุที่ขาดกิจกรรมเชื่อมโยงระหว่างวัยทาง สว.สต. จึงพัฒนานวัตกรรม "โฮมอักรักษ์กัน สานสัมพันธ์ Mindscape Model" โดยใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนเป็นกลไกส่งเสริมสุขภาพจิต ผ่านการสร้างรายได้เสริมความสัมพันธ์ และจัดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับกิจกรรมชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

เกิดพื้นที่แห่งการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนจาก 7 หมู่บ้าน มีบูรณาการผลิตภัณฑ์ชุมชน 7 บูรหลัก และกิจกรรมกีฬาพื้นบ้าน 5 ประเภท ประชาชนและผู้สูงอายุมีความผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวลผ่านเสียงหัวเราะ ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันการนำอาชีพท้องถิ่นมาจัดแสดงยังช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจชุมชนไปพร้อมกัน

ปัจจัยความสำเร็จ

- พลังการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น
- การใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรม
- ความทุ่มเทของทีมเจ้าหน้าที่ที่สวมบทบาทผู้สร้างความสุข ลดระยะห่างระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน

เบญจลักษณ์โมเดลหนองหัวสุมใจ การบูรณาการพหุภาคีด้วยดัชนี สุขภาพจิตชุมชน CMHI สู่ชุมชน สุขภาวะอย่างยั่งยืน

นางสาว ปณิศา ธิสาเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ



กระบวนการทำงาน

เบญจลักษณ์โมเดลหนองหัวสุมใจ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย

- ใช้ CMHI สำรวจสุขภาพจิตประชาชนทุกช่วงวัย นำข้อมูลคืนสู่เวทีประชาคมและเครือข่ายสุขภาพจิต เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ นสช./อสม./แกนนำชุมชน ในการคัดกรอง ประเมินช่วยเหลือเบื้องต้น และจัดทีมดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยง (SMI-V)
- ดำเนินงานเชิงรุก ได้แก่ คัดกรองทุกครัวเรือน ตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา “กล่องสร้างสุข” กีฬาต้านยาเสพติด
- ประเมินผลซ้ำด้วย CMHI เพื่อต่อยอดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเครือข่าย นสช. (นักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน) อสม. พชอ.เบญจลักษณ์ และทีมภาคีเครือข่ายดูแลกลุ่ม SMIV
- ผลักดันกฎระเบียบหมู่บ้านสู่ “ธรรมนูญตำบล” ด้านสุขภาพจิต และตั้งกลไก “ตาสืบปะรด” เพื่อเฝ้าระวังยาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เปลี่ยนจากการรอผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นระบบเชิงรุกที่ใช้ข้อมูลนำการตัดสินใจ

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลหนองหัวประสบปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีแนวโน้มใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จากผลการประเมิน CMHI พบว่าด้านลักษณะทางสังคม ประชากรยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา สะท้อนปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงพัฒนานวัตกรรม “เบญจลักษณ์โมเดลหนองหัวสุมใจ” โดยใช้ CMHI เป็นฐานข้อมูลในการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตที่ชุมชนมีส่วนร่วมและยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

คะแนนสุขภาพจิตชุมชน (CMHI) ของตำบลหนองหัวเพิ่มขึ้นจาก 100.55 เป็น 104.29 คะแนน โดยเฉพาะด้านทุนทางสังคมที่ขยับสู่ระดับ “สูง” ที่ 32.13 คะแนน ประชาชนมีพฤติกรรมเชิงบวกมากขึ้น ใส่ใจและสอดส่องคนรอบข้าง ลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวช และเกิดศูนย์สุขภาพใจตำบลหนองหัวเป็นพื้นที่ต้นแบบของอำเภอ ที่สำคัญเกิดการผลักดันกฎระเบียบหมู่บ้านสู่ “ธรรมนูญตำบล” ด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยความสำเร็จ

- การใช้ข้อมูล CMHI เป็นฐานในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และติดตามผล ทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- การมีส่วนร่วมของ พชอ. ผู้นำชุมชน นสช. อสม. และภาคีเครือข่าย ในการร่วมคิดร่วมดำเนินงาน และคืนข้อมูลสู่ชุมชน
- การออกแบบกิจกรรมที่เชื่อมโยงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน เช่น กล่องสร้างสุข กีฬาต้านยาเสพติด และกิจกรรมทางศาสนา ช่วยลดการตีตรา สร้างความสัมพันธ์ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

กลางสุขภาพจิตดี ชุมชนบำบัดใจ ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

นายสถาพร วาจาสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวอภิญญา ยุทธภาค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวชลธิชา พวงลำเจียก นักสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอกลางเป็นพื้นที่ตั้งเมืองที่มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวระดับนานาชาติ แต่การขยายตัวของเมือง การเคลื่อนย้ายประชากร และแรงกดดันทางเศรษฐกิจได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตของประชาชน โดยช่วงปี 2566-2568 พบอัตราการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี และระบาดซ้ำในหลายชุมชน ผู้เสพไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาลได้ ผลวิเคราะห์ด้วย CMHI ยังชี้ปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือครอบครัวเดี่ยว เด็กขาดการดูแลใกล้ชิด การเข้าถึงยาเสพติดง่าย และทัศนคติเชิงลบต่อการบริการสุขภาพจิต จึงพัฒนานวัตกรรม "กลางสุขภาพจิตดี ชุมชนบำบัดใจ ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน" เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตและบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ลดการตีตรา และเชื่อมโยงบริการอย่างต่อเนื่อง



กระบวนการทำงาน

ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

- ใช้ CMHI วิเคราะห์บริบทชุมชนและออกแบบกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย ก่อนขยายผลจากตำบลศรีสุนทรสู่ตำบลเชิงทะเล ไม้ขาว และสาธุ
- ดำเนินงานผ่าน 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ "พลังใจวัยใส อึด อึด ลู" พัฒนาแกนนำเยาวชนและ อสม., "ใครติดยา ยกมือขึ้น" ค้นหา คัดกรอง และบำบัดฟื้นฟูด้วยคู่มือ CBT-Satir Community Model, และจัดตั้ง "ศูนย์พักใจ" และ "กล่องพักใจ" เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับรับฟัง คัดกรอง และส่งต่อผู้มีความเสี่ยง
- บูรณาการการทำงานของสาธารณสุข อปท. ตำรวจ โรงเรียน ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม ฟื้นฟู และคืนผู้ผ่านการบำบัดสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ในช่วงปี 2567-2568 มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัด 160 ราย เข้ารับการบำบัดต่อเนื่อง 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.87 ผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 52 ราย งดใช้สารเสพติดต่อเนื่องเกิน 3 เดือน (ร้อยละ 32.50) และมีความภูมิใจในตนเองระดับสูงถึงร้อยละ 82.50 ดัชนี CMHI ภาพรวมเพิ่มจาก 71.83 (ปานกลาง) เป็น 99.45 (ค่อนข้างสูง) เพิ่มขึ้น 26.05 คะแนน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ
- การใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่าง CMHI และคู่มือ CBT-Satir ที่ลดการพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- ศูนย์พักใจที่ช่วยลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนโดยใช้ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) ผ่านกระบวนการ BACHO Model ในพื้นที่ตำบลอุโบะสาว อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

นางสาวอารัตินี เล๊ะลี นักจิตวิทยาชำนาญการ
โรงพยาบาลบาเจาะ อ.บาเจาะ
นางคันสนีย์ นินนากพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพสต.อุโบะสาว อ.บาเจาะ สังกัด อบจ.นราธิวาส



ที่มาและความสำคัญ

พื้นที่ตำบลอุโบะสาว อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส เผชิญภาวะความเครียดและความวิตกกังวลสะสมจากสถานการณ์ความไม่สงบ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงจากสถานการณ์สุขภาพจิต (ครั้งแรก ปีงบประมาณ 2569) ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยซึมเศร้าสูงสุดถึง 4.33% (13 ราย) วัยทำงานป่วยซึมเศร้า 1.23% (37 ราย) มีผู้ป่วยจิตเภท 1.13% (34 ราย) และกลุ่มจิตเวชกลุ่มคลั่ง/ความเสี่ยงสูงจากสารเสพติด (SMIV) 0.23% (7 ราย) นอกจากนี้ผลประเมิน CMHI (Community Mental Health Index) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (75.39 คะแนน) โดยมีที่ "สิ่งแวดลอมในชุมชน" ได้คะแนนต่ำที่สุด (12.77 คะแนน) จึงต้องเร่งแก้ไขสภาพแวดลอมเพื่อลดความเสี่ยง



กระบวนการทำงาน

ขับเคลื่อนเชิงรุกผ่าน 5 ขั้นตอนหลัก

B - Building Networks: บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต., อบต., อสม., ผู้นำท้องถิ่น และผู้เฒ่า

A - Active Screening & Assessment: คัดกรองเชิงรุกจำแนกกลุ่มสี (เขียว-เหลือง-แดง) เน้นกลุ่มผู้สูงอายุและวัยทำงาน

C - Community Environment Care: ปรับปรุงสภาพแวดลอม สร้างพื้นที่ปลอดภัย (Safety Zone) ในหมู่บ้าน และลดปัจจัยเสี่ยงจากสารเสพติด

H - Holistic Mental Health Care: ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่ม SMIV ให้ได้รับยาต่อเนื่อง และฟื้นฟูจิตใจคนสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม

O - Outcome & Sustainability: ประเมินดัชนี CMHI ต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลให้กองทุนสุขภาพตำบล อบต.อุโบะสาว ใช้วางแผนงบประมาณระยะยาว



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

คะแนน CMHI ด้านสิ่งแวดลอมในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 12.77 เป็น 16.79 คะแนน และมีทิศทางการดูแลสุขภาพจิตเพิ่มจาก 18.39 เป็น 25.71 คะแนน เกิดการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้มากกว่า 80% ของพื้นที่ และผู้ป่วยจิตเภท (34 ราย) รวมถึง SMIV (7 ราย) ได้รับการดูแล เยี่ยมบ้าน และติดตามระบบยาแบบ 100% ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ลดภาระผู้ดูแล ครอบครัวมีผลิตภาพดีขึ้น และชุมชนเกิดทัศนคติเชิงบวก ลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยความสำเร็จ

- ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่องจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.อุโบะสาว
- การร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่
- การนำหลักศาสนาอิสลามและวิถีวัฒนธรรมพหุวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารและดูแลผู้ป่วย

ชุมชนวัดคฤหบดีสุขภาพจิตดี ภาคีเครือข่ายเสริมสร้างสุขภาวะ เขตบางพลัด

นางสาวมานิตา รุจศิริ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตบางพลัด และคณะ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 31 เอ็ม-จิตร กังสุบุตร สถานีตำรวจนครบาล
วรมงคล และสำนักงานเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร



กระบวนการทำงาน

- ใช้กระบวนการ บันได 4 ขั้น ได้แก่ สำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ค้นข้อมูลและ
จัดทำแผน สร้างการมีส่วนร่วม และติดตามและประเมินผล โดยใช้ผลประเมิน
CMHI เป็นข้อมูลในการกำหนดกิจกรรมและติดตามผลการดำเนินงาน
- บูรณาการภาคีเครือข่าย 3 ระดับ ได้แก่ ภาคนโยบายและงบประมาณ ภาค
วิชาการ และภาคชุมชน เพื่อร่วมกำหนดทิศทาง สนับสนุนองค์ความรู้ และขับ
เคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตในพื้นที่อย่างเป็นระบบ
- พัฒนาชุมชนตาม 4 เสาหลักของ Mindscape ได้แก่ การเสริมสร้างทุนทาง
สังคม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมด้วยไฟโซลาร์เซลล์และกล้อง CCTV การ
สร้างพื้นที่ Makerspace เพื่อพัฒนาอาชีพและรายได้ของกลุ่มเปราะบาง
และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกโดย นักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน (นสช.)
เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

ชุมชนวัดคฤหบดีเป็นชุมชนเก่าแก่ริมแม่น้ำ
เจ้าพระยา ตั้งอยู่บริเวณเชิงสะพานพระราม 8
ซึ่งความสวยงามโดดเด่นของสะพานกลับ
กลายเป็นจุดเสี่ยงต่อเหตุพยายามกระโดดน้ำ
โดยในเดือนมิถุนายน 2569 เพียงเดือนเดียวมี
เหตุการณ์ถึง 4 ราย ผลประเมิน CMHI จาก
แกนนำชุมชน 31 คน พบสุขภาพจิตชุมชนอยู่
ในระดับปานกลาง (81.13 คะแนน) โดยด้านสิ่ง
แวดล้อมในชุมชนและลักษณะทางสังคม
ประชากรอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ขณะที่
การประเมินสุขภาพใจรายบุคคล (MHCI) ใน
พื้นที่ใกล้เคียงพบกลุ่มเสี่ยงหมดไฟ (Burnout)
สูงถึงร้อยละ 45.8 และเสี่ยงเครียดร้อยละ
37.8 สะท้อนความจำเป็นในการบูรณาการทั้ง
มิติสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการดูแล
สุขภาพจิตไปพร้อมกัน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดแผนบูรณาการความร่วมมือของภาคี 3 ระดับ พร้อมพัฒนา นักส่งเสริมสุขภาพ
จิตชุมชน (นสช.) ระบบเฝ้าระวังเชิงรุก พื้นที่ Makerspace และการติดตั้งไฟ
ส่องสว่างพลังงานแสงอาทิตย์และกล้อง CCTV ในพื้นที่เสี่ยง
- ประชาชนและกลุ่มเปราะบางเข้าถึงการคัดกรองและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้
รวดเร็วขึ้น ความปลอดภัยบริเวณสะพานพระราม 8 เพิ่มขึ้น เกิดเครือข่ายดูแลผู้
สูงอายุ เด็ก และกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมสร้างโอกาสด้านอาชีพ
และรายได้ให้ชุมชน
- สุขภาพจิตชุมชนมีแนวโน้มดีขึ้น ความเครียดและเหตุพยายามกระโดดสะพานลดลง
ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองและจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

การกำหนดนโยบายและแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในระดับเขต การบูรณาการ
ทรัพยากรข้ามภาคส่วนอย่างเป็นระบบ การใช้ข้อมูลจริงจาก CMHI เป็นฐานวางแผน
และการผสานเทคโนโลยีเข้ากับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมอย่างจริงจัง จนชุมชน
เปลี่ยนสถานะจาก "ผู้รับความช่วยเหลือ" เป็น "ผู้จัดการปัญหา" ได้ด้วยตนเอง



สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน

Healthy Minds At Work



Driessen Mind Month

นางสาวรุ่งนภา อินทนากุล
Occupational Health Nurse
บริษัท ดริสเซน เคเทอริ่ง อีควิปเมนต์ จำกัด จังหวัดลำพูน



กระบวนการทำงาน

- **Driessen Mind Month** เป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างบริษัท หน่วยงาน สาธารณสุข และศูนย์สุขภาพจิต เพื่อให้พนักงานเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และลดการตีตรา
- **ดำเนินงานผ่าน 3 กระบวนการหลัก** ได้แก่ Awareness สร้างความตระหนักผ่านการสื่อสารและกิจกรรมรณรงค์ Self-Screening ให้พนักงานประเมินสุขภาพจิตด้วย Mental Health Check-in และจำแนกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย และ Care & Referral จัดบริการให้คำปรึกษาแบบองค์รวม ตรวจประเมินด้วย Biofeedback พร้อมเชื่อมโยงระบบส่งต่อและติดตามการรักษอย่างต่อเนื่อง
- **ยกระดับการดูแลจาก เชิงรับสู่เชิงรุก (Proactive Mental Health Care)** โดยใช้ข้อมูลจาก Mental Health Check-in เป็นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างความรอบรู้ ลดข้อจำกัดด้านเวลาและความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัว พร้อมพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพใจอย่างยั่งยืน

ที่มาและความสำคัญ

บริษัท ดริสเซน เคเทอริ่ง อีควิปเมนต์ จำกัด ตั้งอยู่ในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบข้อมูลการขาดงานและลางานที่สะท้อนว่าพนักงานบางส่วนมีภาวะเครียดและภาวะหมดไฟ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงาน และความยั่งยืนขององค์กร จึงกำหนดนโยบายดูแลสุขภาพจิตครอบคลุมพนักงานทุกกลุ่ม พร้อมบูรณาการความร่วมมือกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน และโรงพยาบาลลำพูน จัดกิจกรรม Mind Month ภายใต้แนวคิด "Mental Health is Now" เพื่อสร้างความตระหนัก ลดการตีตรา และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก "Driessen Mind Month"



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- พนักงาน 750 คน (100%) ได้รับการประเมินสุขภาพจิตผ่าน Mental Health Check-in
- พนักงานกลุ่มปกติ 685 คน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตครบ 100% และ 89% มีระดับความสุขมากกว่าหรือเท่ากับคนทั่วไป
- พนักงานกลุ่มเสี่ยง 65 คน ได้รับคำปรึกษาและประเมินด้วย Biofeedback ครบ 100%
- เกิดระบบความร่วมมือระหว่างองค์กรและหน่วยงานสาธารณสุข พร้อมวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารสนับสนุนอย่างชัดเจน
- ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย
- การใช้ Mental Health Check-in เพิ่มการเข้าถึงบริการ
- การมีส่วนร่วมของพนักงานทุกระดับ



“MindCare 360” ระบบดูแล สุขภาพใจพนักงานเชิงรุกแบบ บูรณาการในสถานประกอบการ

บุสิทธิ์ ติสุข
บริษัท ไทยนิปปอนฟู๊ดส์ จำกัด



กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
02-5174333 หรือ 02-5451000 ต่อ 5707 E-mail:occnopfactory@gmail.com

ที่มาและความสำคัญ

บริษัท ไทยนิปปอนฟู๊ดส์ จำกัด เป็นสถานประกอบการอุตสาหกรรมอาหารที่มีพนักงานจำนวน 1,500 คน ทั้งพนักงานไทยและแรงงานต่างชาติมีที่ตั้งที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พิจิตร และ กรุงเทพมหานคร ซึ่งต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันด้านเวลา คุณภาพการผลิต การทำงานเป็นกะ และภาระด้านเศรษฐกิจและครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะหมดไฟ รวมถึงปัญหาการใช้สารเสพติด

บริษัทฯ จึงร่วมกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และเครือข่ายด้านสุขภาพ พัฒนานวัตกรรม “MindCare 360” เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพใจพนักงานเชิงรุกแบบครบวงจร โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายทรัพยากรบุคคล (HR) ฝ่ายความปลอดภัย (SHE) พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างาน และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้พนักงานสามารถเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจได้อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และลดการตีตราทางสังคม



กระบวนการทำงาน

- **เฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุก** ประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินมาตรฐาน ค้นหา กลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น พร้อมเชื่อมการทำงานของ HR, SHE, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล และหน่วยงานสุขภาพจิต เพื่อวางแผนช่วยเหลือและติดตามร่วมกัน
- **พัฒนาศักยภาพพนักงานและแกนนำ** จัด Mental Health Workshop ให้พนักงาน ไทยและแรงงานต่างชาติ เสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การดูแลตนเอง และพัฒนา Holistic Health Advisor Coach เพื่อเป็นแกนนำดูแลสุขภาพใจในองค์กร
- **ส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง** ผู้มีความเสี่ยงได้รับการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ พร้อมรักษาความลับและศักดิ์ศรีของพนักงาน เพื่อให้เข้าถึงการดูแลได้อย่างปลอดภัย
- **ใช้ Digital Mental Health Support** พัฒนา Official LINE OA “Safe Factory” รองรับ 3 ภาษา (ไทย พม่า กัมพูชา) ให้พนักงานเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และคำปรึกษา จากทีมสหวิชาชีพได้ตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมเชื่อมระบบเข้ากับแนวคิด Health Literacy Organization (HLO) และ Happy Workplace



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- พนักงาน 100% มีความรู้และความตระหนักด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม
- กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ และเข้าถึงการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ได้อย่างรวดเร็ว ผ่านระบบ Onsite และ Digital
- ลดการตีตรา ส่งเสริมการขอรับคำปรึกษา และสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพใจ
- องค์กรมีระบบดูแลสุขภาพจิตแบบครบวงจร เชื่อมโยง HLO, Happy Workplace และ LINE OA Safe Factory สามารถดำเนินงานและขยายผลได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารสนับสนุนและกำหนดเป็นนโยบายองค์กร
- ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายการสื่อสารหลายภาษา
- ระบบดูแลที่รักษาความลับ ลดการตีตรา และบูรณาการกับ HLO/Happy Workplace



EAP (Employee Assistant Program) เพื่อสุขภาพใจของพนักงาน

นางชลิตา ทองมูล
บริษัท อินเว (ประเทศไทย) จำกัด



ที่มาและความสำคัญ

จากผลของการประเมินสุขภาพใจของพนักงาน ในปี 2024 เทียบกับ 2025 โดยพบว่าพนักงานให้ความสนใจและตระหนักถึงเรื่องของสุขภาพใจของตัวเองเพิ่มมากขึ้น โดยเปรียบเทียบจากจำนวนการให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินสุขภาพใจพบว่าปี 2024 มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 70 เปอร์เซนต์และในปี 2025 มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 84 เปอร์เซนต์ จากการสังเกตและการสอบถามพบว่าปัญหาของความเครียดของพนักงานส่วนใหญ่มาจาก การทำงานเป็นกะ ทำให้นาฬิกาชีวิตและครอบครัวเปลี่ยน การทำงานร่วมกับต่างชาติที่มีกำแพงทางภาษาและเวลาการทำงานที่ต่างกัน การประสานงานในการผลิตที่จะต้องทำให้งานเดินต่อเนื่องได้อย่างคล่องตัวตลอด 24 ชั่วโมงทำให้เกิดความเครียดและเหนื่อยล้า ปัญหาความขัดแย้ง (conflict) ในการทำงาน และปัญหาเรื่องรายได้และหนี้สินที่อาจจะไม่สมดุล



กระบวนการทำงาน

บริษัทฯ ได้มีกระบวนการทำงานเพื่อให้พนักงานเกิดสุขภาวะที่ดีทั้งในเรื่องของร่างกายและจิตใจดังนี้

ประชุมสรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน/และผลการประเมินสุขภาพใจ	- จัดการแข่งขันกีฬา กิจกรรมเดินออกกำลังกาย - นัดคุยกับพนักงานที่ประสบปัญหาและเก็บข้อมูลเพื่อติดตาม
โครงการรณรงค์ สุขภาพดี	- พนักงานเข้าชั้นเรียนภาษา 36 คน - พนักงาน จำนวน 7 คนที่สามารถลด อย. ได้ - สถิติการลาของพนักงานได้ลดลงเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ดีขึ้น
โครงการรวมเพื่อนฝูง	- ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการวิ่ง 143 คน - สถิติการลาของพนักงานได้ลดลงเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ดีขึ้น
Team Mental health First aider & Employee assistance program (LyrawellbeingHub)	- พนักงานมีความเครียดลดลงจากการทำแบบประเมินสุขภาพใจ - พนักงานมีความพึงพอใจในการทำงานกับบริษัทฯ สูงขึ้นเปรียบเทียบจากปี 2567
โครงการดูแลคุณภาพชีวิตของพนักงานและแผนการกักกัน	- จัดอบรมออนไลน์เกี่ยวกับสุขภาพสู่ประชาชนผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย - กองทุนสำหรับช่วยเหลือ - จัดทำโครงการช่วยเหลือด้านสวัสดิการให้พนักงานมีความสุขและลดภาระค่าใช้จ่าย
โครงการส่งเสริมความสุขในที่ทำงาน	- พนักงานมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น - สถิติการลาของพนักงานลดลง - การจัดกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ให้กับพนักงาน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- มีการเก็บข้อมูลการใช้งานของแอปพลิเคชันแต่ในสาขาของบริษัท
- ผลการประเมินความพึงพอใจของพนักงาน ในเรื่องสวัสดิการและความพึงพอใจในการทำงานกับบริษัทฯ ดีขึ้น
- สถิติการลาของพนักงานได้ลดลงเป้าหมายที่ตั้งไว้คือน้อยกว่า 1.3 เปอร์เซนต์
- ผลของการนำระบบมาประยุกต์ใช้ทำให้เกิดความเครียด (มากที่สุด) ของพนักงานลดลง เสียชีวิตลดลง และพลังใจมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารระดับสูงของบริษัทฯ ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานให้พนักงานเกิดสุขภาวะที่ดีทั้งสุขภาพกายและใจ
- บริษัทฯ มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้การส่งเสริมสุขภาพใจ
- พนักงานของบริษัทฯ ให้ความสำคัญและใส่ใจในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพใจ

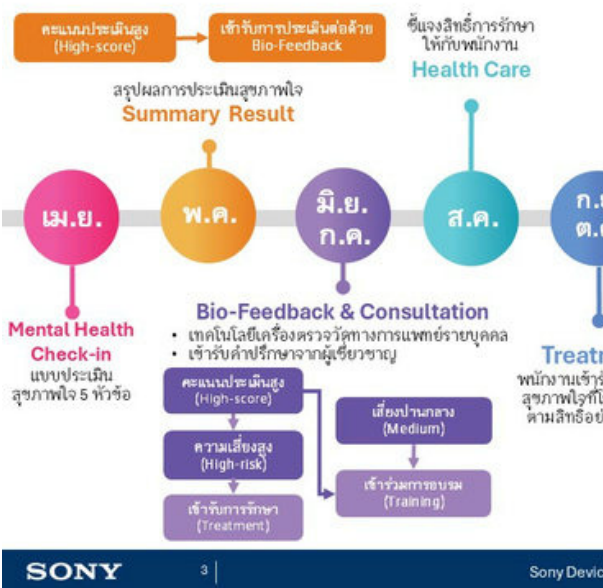


เพราะคน...คือ หัวใจขององค์กร

บริษัท โซนี่ ดีไวซ์ เทคโนโลยี (ประเทศไทย) จำกัด

เพราะคน...คือหัวใจขององค์กร [Process Innovation]

ดำเนินการวางแผนกิจกรรมด้านสุขภาพใจประจำปี
โครงการนี้ดำเนินการตามปีงบประมาณ (Fiscal Year: FY) ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมีนาคม



กระบวนการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใจ



กระบวนการทำงาน

1. **เข้าถึงและคัดกรอง (Access & Screening)** ประชาสัมพันธ์และประเมินสุขภาพใจของพนักงานผ่าน Mental Health Check-in เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก
2. **ประเมินเชิงลึก (Bio-feedback)** ผู้ที่มีผลประเมินระดับสูง (High-score) เข้ารับการประเมินเพิ่มเติมด้วยเทคโนโลยี Bio-feedback ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 และรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ
3. **ให้คำปรึกษาและดูแล (Consult & Care)** จัดบริการ Heart to Heal ให้พนักงานเข้ารับการปรึกษาจากนักจิตวิทยา พร้อมกิจกรรม General Meeting for Mental Health และ Small Group Training เพื่อเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพใจ
4. **ส่งต่อและติดตาม (Treatment & Follow-up)** ผู้มีความเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อรักษา สนับสนุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ที่มาและความสำคัญ

กลุ่มบริษัทโซนี่ตระหนักว่าสุขภาพจิตของพนักงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงาน และความยั่งยืนขององค์กร ภายใต้แรงกดดันจากการทำงาน ปัญหาทางการเงิน ครอบครัว และสุขภาพ บริษัทจึงพัฒนานวัตกรรม Mental Health Check-in เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพใจเชิงรุก ครอบคลุมการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ให้คำปรึกษา ส่งต่อ และติดตามผล โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ผู้บริหาร และศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 เพื่อยกระดับองค์กรสู่การเป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการอย่างยั่งยืน

เพราะคน...คือหัวใจขององค์กร [Process Innovation]

วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง PDCA



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- อัตราการเข้าร่วม Mental Health Check-in เพิ่มขึ้นจาก 85% เป็น 93% และ 96% ขณะที่กิจกรรม Heart to Heal มีผู้เข้าร่วม 93% และสามารถควบคุมพนักงานกลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk) ให้อยู่ที่ 1% อย่างต่อเนื่อง
- พนักงานเข้าถึงการดูแลสุขภาพใจได้รวดเร็วขึ้น มีความรู้และทักษะในการจัดการความเครียด เปิดใจขอรับคำปรึกษามากขึ้น และสามารถรับมือกับความเครียด ภาวะหมดไฟ และปัญหาส่วนบุคคลได้ดีขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- พนักงานเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และเหมาะสม
- พนักงานมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพใจและจัดการความเครียดดีขึ้น
- ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความผูกพันต่อองค์กร และบรรยากาศการทำงานที่ดีขึ้น



“EGAT สบาย MIND” ภายใต้ แผนสุขภาพดีทั่วทั้งองค์กร (Healthy for All)

นางสาวตุลยา ฉายเปล่ง และ นางสาวลลนา มสารกรัณท์
ฝ่ายแพทย์และอนามัย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย



ที่มาและความสำคัญ

การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้ปฏิบัติงานมาโดยตลอดและมุ่งหวังให้ กฟผ.เป็นองค์กรสุขภาพดีอย่างยั่งยืน จึงได้พัฒนาแพลตฟอร์ม “วัดใจ” โดยมีต้นแบบของแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือพร้อมคำแนะนำในการดูแลสุขภาพใจในเบื้องต้นจากกรมสุขภาพจิต (แบบประเมินพลังใจ ภาวะหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินสุขภาพใจของตนเองได้ และได้รับคำแนะนำดูแลใจในเบื้องต้นไม่เฉพาะกับบุคลากร หากมีความเสี่ยงและต้องการรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ จะมีการส่งต่อโดยประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ แต่ด้วยทรัพยากรที่มีจำกัดทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

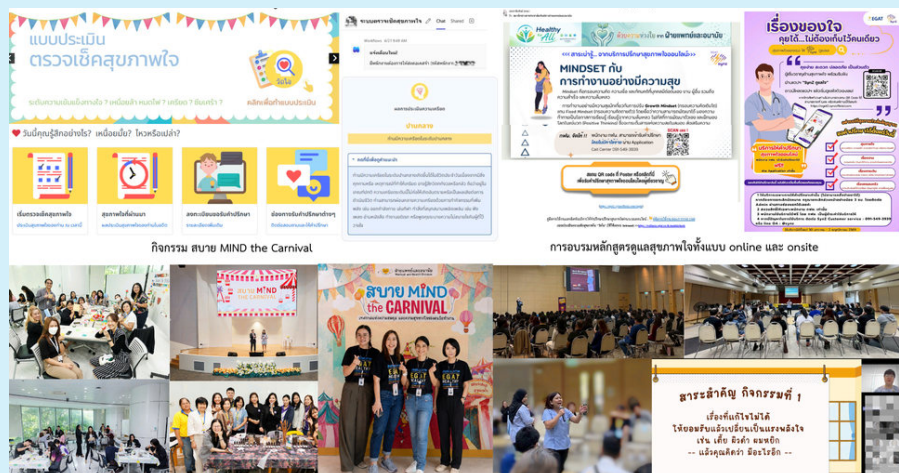
ดังนั้น ฝ่ายแพทย์และอนามัย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จึงได้ดำเนินการแผนสุขภาพดีทั่วทั้งองค์กร (Healthy for All) ภายใต้แผนแม่บททรัพยากรบุคคล (HR Masterplan) ซึ่งเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์องค์กร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผังการดำเนินงานแผน Healthy for All



กระบวนการทำงาน

1. **ประเมินสุขภาพจิต** ผ่านระบบออนไลน์ “วัดใจ” และ Mental Health Check-in เพื่อคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงาน
2. **วิเคราะห์ข้อมูลและแบ่งกลุ่มความเสี่ยง** นำผลประเมินมาจำแนกผู้ปฏิบัติงานเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสุขภาพใจดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแล พร้อมออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
3. **ส่งเสริมและดูแลเฉพาะกลุ่ม** จัดกิจกรรมอบรม พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพใจ ให้คำปรึกษาออนไลน์โดยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ พร้อมระบบส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่การรักษารวดเร็ว
4. **ติดตามและพัฒนาระบบต่อเนื่อง** ติดตามผลการใช้บริการ ความพึงพอใจ และผลการประเมินสุขภาพจิต เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงกิจกรรมและระบบบริการอย่างต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

- พัฒนาระบบคัดกรอง ปรัชญาออนไลน์ และส่งต่อที่เข้าถึงได้ทั่วองค์กร
- ผู้ปฏิบัติงานมีภาวะพลังใจดีขึ้น ลดความเครียดและภาวะหมดไฟ
- ผู้มีความเสี่ยงได้รับการดูแลรวดเร็ว เข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความพึงพอใจสูง
- องค์กรได้รับรางวัลและผลประเมินด้านการบริหารทุนมนุษย์ดีขึ้น เป็นต้นแบบให้องค์กรอื่นศึกษา

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ
- ใช้ข้อมูลจากระบบ “วัดใจ” และ Mental Health Check-in
- ขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
- สร้างการมีส่วนร่วมและวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพจิต



ส่งเสริมสุขภาพใจวัยทำงาน ในสถานประกอบการ

พ.ต.ต.หญิง ธิษณก ทองมาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม



ที่มาและความสำคัญ

สถิติจำนวนฆ่าตัวตายจังหวัดสมุทรสงคราม
ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 21 คน ปีงบประมาณ
2568 จำนวน 20 คน ปีงบประมาณ 2569 จำนวน
13 คน (ตุลาคม 2568- 30 มิถุนายน 2569)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น พบว่า การฆ่า
ตัวตายสำเร็จเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการ
เก็บข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าลักษณะนิสัย
ผู้ชายที่มีภาวะผู้นำครอบครัวตั้งแต่เด็กผู้ชาย มักถูก
สอนว่าต้องอดทนเข้มแข็ง ต้องทำอะไรด้วยตัวเอง
ให้ได้ ต้องพึ่งพาตัวเอง อย่าร้องไห้ ถ้าร้องไห้จะ
เหมือนเด็กผู้หญิงจึงไม่แสดงอารมณ์อ่อนแอ
ออกมา เมื่อโตขึ้นถึงวัยทำงานต้องก้าวมาสู่สังคมการ
ทำงานมีการแข่งขันตั้งแต่สมัครงาน สังคมในที่
ทำงานขณะที่ ทำงานแล้วอาจมีการปลดพนักงาน
ด้วยภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทย อาชีพรับจ้าง
ตลอดจนมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยสามารถ
ให้ AI หรือเครื่องจักรทดแทนแรงงานมนุษย์ นำมาสู่
การปลดพนักงาน



กระบวนการทำงาน

การส่งเสริมสุขภาพใจวัยทำงานในสถานประกอบการ คือ การจัดอบรมให้ความรู้ กลุ่ม
เป้าหมายเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 20 - 59 ปี) ซึ่ง เป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุที่มีการฆ่าตัว
ตายสูงสุด โดย สสอ.สมุทรสงคราม ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 และแรงงานจังหวัด
สมุทรสงคราม บูรณาการกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ผ่านรูปแบบการอบรมอย่างมีส่วนร่วม
รายละเอียดดังนี้

1. เริ่มต้นด้วยการละลายพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมด้วยการทำความเข้าใจกัน
ผ่านรูปแบบเกมส์
2. ระดมสมองเพื่อให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกทักษะการฟัง
3. กิจกรรมรู้จักและทบทวนความรู้สึกตัวเองผ่านการเขียน
4. กิจกรรมทบทวนความรู้ความเข้าใจของตัวเองแบบเดิม
5. กิจกรรมเสนอทางเลือกจากประสบการณ์ของตนเองในการจัดการความเครียด
6. เติมเต็มความรู้โดยวิทยากรเพื่อเติมความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและสัญญาณ
เตือนการฆ่าตัวตาย



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดสมุทรสงครามมีความเข้มแข็งมีการจัดทำ
แผนงานชัดเจน มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการ รับรู้ข้อมูลจากการ
วิเคราะห์การฆ่าตัวตามสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายและร่วมผลักดันให้เกิด
กิจกรรมที่ได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ

ปัจจัยความสำเร็จ

- คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดสมุทรสงครามมีความเข้มแข็งมีการจัดทำ
แผนงานชัดเจน มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตามสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายได้
มาตรฐานตามแบบสอบสวนโรคฯ และสื่อสารต่อ
คณะอนุกรรมการได้ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าว



Building Psychological Safety and Mental Well-being Culture in Manufacturing Workplace

นางสาวเบญจมาศ เหลืองเจริญวัฒนา
บริษัท สยามมิชลิน จำกัด



กระบวนการทำงาน

Pillar 1 : Awareness & Prevention

สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้าใจในความหลากหลาย เพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่ทุกคนรู้สึกได้รับการยอมรับและสามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างปลอดภัย

Pillar 2 : Leadership Capability

พัฒนากิจกรรมการรับฟังเชิงลึก การตั้งคำถาม และการสนับสนุนพนักงานเบื้องต้น พัฒนาผู้นำทุกระดับให้สามารถสังเกต รับฟัง และให้การช่วยเหลือพนักงานที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

Pillar 3 : Psychological Safety (Safe Space)

สร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจในการทำงาน เพื่อให้พนักงานกล้าแสดงความคิดเห็น กล้ายอมรับความผิดพลาด และขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

Pillar 4 : Mental Health Support & Referral System

ระบบดูแล ช่วยเหลือ และส่งต่อพนักงานที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ผ่านช่องทางให้คำปรึกษาสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญ พนักงานและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ที่มาและความสำคัญ

สร้างระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในโรงงาน ผ่านการพัฒนาผู้นำ การสร้าง Safe Space และการเข้าถึงการช่วยเหลือ เนื่องจากปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในสถานประกอบการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งจากภาระงาน ความเครียดทางเศรษฐกิจ ความขัดแย้งในที่ทำงาน และปัญหาส่วนตัว ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของพนักงาน

บริษัท สยามมิชลิน จำกัด (แหลมฉบัง) เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพจิต จึงพัฒนาระบบ "Mental Health Well-being" เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ปลอดภัยทางจิตใจ (Psychological Safety: Safe Space) เพิ่มทักษะผู้นำในการดูแลทีมงาน และสนับสนุนให้พนักงานเข้าถึงการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

- พนักงานมีส่วนร่วมในการกำหนดพฤติกรรมทีมและแนวทางสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจ
- ผู้นำทุกระดับได้รับการพัฒนากิจกรรมด้านการรับฟัง การสังเกตสัญญาณความเครียด และการส่งต่อเพื่อรับความช่วยเหลือที่เหมาะสม
- มีระบบคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามพนักงานที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

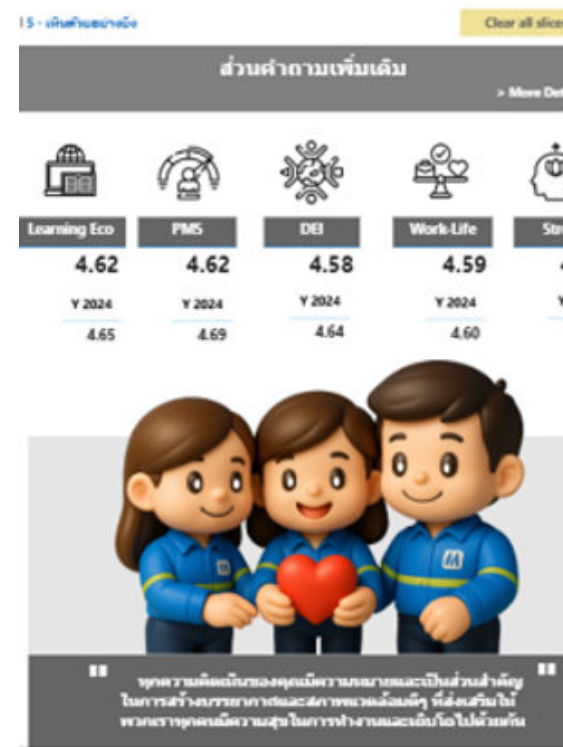
ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้การสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง
- บูรณาการความร่วมมือระหว่าง HR, Occupational Health และผู้บริหาร
- พนักงานมีส่วนร่วมกำหนด Team Behavior Rules
- มีระบบคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามผู้มีความเสี่ยงที่ชัดเจน
- ดำเนินงานครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การดูแล และการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง



MPV Mind Care, We Care เพราะพนักงานคือหัวใจสำคัญขององค์กร

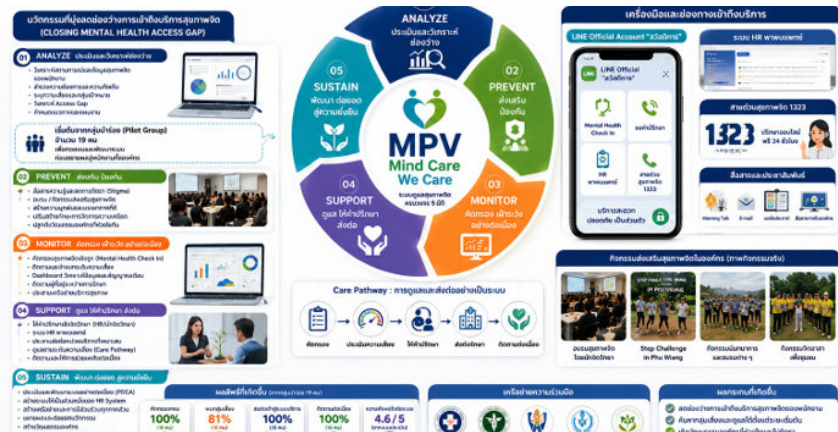
นายธีรศักดิ์ คุยัญญา
บริษัท รวมเกษตรกรอุตสาหกรรม จำกัด (สาขามิตรภูเวียง)



ที่มาและความสำคัญ

บริษัท รวมเกษตรกรอุตสาหกรรม จำกัด (สาขามิตรภูเวียง) เป็นสถานประกอบการด้านอุตสาหกรรมเกษตรที่มีพนักงานปฏิบัติงานทั้งสายการผลิตและสายสนับสนุน ซึ่งต้องทำงานเป็นกะ ภายใต้เป้าหมายการผลิตและสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความกดดัน ส่งผลให้พนักงานมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด นอนไม่หลับ อ่อนล้าทางอารมณ์ และภาวะหมดไฟในการทำงาน จากการทบทวนผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา พบว่า แม้องค์กรจะมีสวัสดิการด้านสุขภาพและช่องทางการส่งต่อรักษา แต่พนักงานยังเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้น้อย เนื่องจากขาดระบบคัดกรองเชิงรุก

องค์กรจึงพัฒนา นวัตกรรม MPV Mind Care, We Care เพื่อสร้างนวัตกรรมระบบดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการแบบครบวงจร ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ส่งต่อ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้ LINE Official "สวัสดิการ" เป็นช่องทางหลักในการเข้าถึงบริการ ลดข้อจำกัดด้านเวลาและเพิ่มความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ



กระบวนการทำงาน

- Analyze (วิเคราะห์)** สำรวจสุขภาพจิตและความต้องการของพนักงาน วิเคราะห์ช่องว่างของระบบ (Mental Health Access Gap) เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาที่ตอบโจทย์การเข้าถึงบริการ
- Prevent (ป้องกัน)** กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิต พัฒนา MPV Mind Care Model และสื่อสารผ่าน Morning Talk, E-mail, LINE Official และสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อลดการตีตราและสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต
- Monitor (เฝ้าระวัง)** พัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกผ่าน LINE Official "สวัสดิการ" ให้พนักงานเข้าถึง Mental Health Check-in การขอคำปรึกษา ระบบ HR พาวพ แพทย์ การส่งต่อ และสายด่วน 1323 ได้สะดวกและเป็นส่วนตัว
- Support (ดูแลช่วยเหลือ)** จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต จำแนกความเสี่ยง ให้คำปรึกษา และประสานส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว
- Sustain (พัฒนาต่อเนื่อง)** ติดตามผลการดูแลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และปรับปรุงระบบตามวงจร PDCA เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพและยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

- พนักงานเข้าถึงการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และการส่งต่อได้สะดวก รวดเร็ว และเป็นส่วนตัว
- ค้นหาผู้มีความเสี่ยงได้เร็วขึ้นและลดการตกหล่น
- พนักงานมีความรู้ ความตระหนัก และกล้าขอรับความช่วยเหลือมากขึ้น
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารกำหนดนโยบายและสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง
- ออกแบบบริการโดยยึดผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (User-centered Design)
- ความร่วมมือของ HR ผู้บริหาร พนักงาน และเครือข่ายบริการสุขภาพ
- ใช้ข้อมูลติดตามและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA



"WORK-MATRIX : Matrix Program in Workplace for Recovery and Income Retention"

"ดูแลใจ ดูแลรายได้" สำหรับผู้ใช้ยาและสารเสพติดในสถานประกอบการ

นางอุทัยวรรณ ขุขัยภูมิ
โรงพยาบาลคอนสวรรค์



กระบวนการทำงาน

- WORK-MATRIX เป็นรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช แพทย์ นักจิตวิทยา ฝ่ายทรัพยากรบุคคล และภาคีเครือข่าย ร่วมประยุกต์ Matrix Program กับ การดูแลสุขภาพจิตและการส่งเสริมการคงอยู่ในงาน (Job Retention) เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการดูแลในบริบทการทำงานจริง
- ดำเนินงานผ่าน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย บำบัดเชิงรุกในสถานประกอบการ ดูแลสุขภาพจิตและให้คำปรึกษา ดูแลด้านอาชีพและรายได้โดยประสานนายจ้าง และติดตามต่อเนื่องผ่านสถานประกอบการ โทรศัพท์ หรือระบบ Line เพื่อป้องกันการหลุดจากระบบการรักษา
- ยกย่องการดูแลจากการบำบัดในโรงพยาบาลสู่ Recovery Workplace โดยใช้สถานประกอบการเป็นพื้นที่ฟื้นฟู ลดภาระการเดินทาง ลดการตีตรา และเปิดโอกาสให้นายจ้างมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการฟื้นฟู ควบคู่กับการรักษา และรายได้ของผู้ป่วย



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดในวัยแรงงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ประสิทธิภาพการทำงาน รายได้ และคุณภาพชีวิต แม้ผู้ใช้สารเสพติดจำนวนหนึ่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้ว แต่ยังพบปัญหาขาดนัดและหลุดจากระบบ เนื่องจากต้องทำงาน ใช้ระยะเวลาในการเดินทางเพื่อเข้าบำบัด ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดถูกหักค่าแรง ทำให้รายได้ลดลง จึงส่งผลให้แรงจูงใจในการบำบัดลดลง เกิด Drop Out ระหว่างบำบัด และสูญเสียรายได้ ทำให้เกิดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

โรงพยาบาลคอนสวรรค์จึงพัฒนานวัตกรรม WORK-MATRIX โดยนำ Matrix Program ไปให้บริการถึงสถานประกอบการ ผลานการดูแลสุขภาพจิต การติดตามต่อเนื่อง และการคงอยู่ในงาน (Job Retention) ภายใต้แนวคิด "ดูแลใจ ดูแลรายได้" โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล สถานประกอบการ และภาคีเครือข่าย เพื่อนำบริการบำบัดฟื้นฟูติดตามต่อเนื่องไปยังสถานที่ทำงาน และการคงไว้ซึ่งอาชีพและรายได้ อันจะนำไปสู่การลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ Matrix Program ในสถานประกอบการ 100%
- ผู้ป่วยไม่ขาดนัดการบำบัด 92.30%
- ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องตามแผน 92.30%
- เกิดระบบดูแลระหว่างโรงพยาบาล สถานประกอบการ และชุมชน พร้อมระบบส่งต่อและติดตามที่ชัดเจน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การนำบริการบำบัดเชิงรุกไปให้ถึงสถานประกอบการ ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ
- ความร่วมมือของโรงพยาบาล สถานประกอบการ และภาคีเครือข่ายในชุมชน

3P Model for Mental Health

นายณวัตร ชูลิขสิทธิ์
พนักงาน น้ำตาลมิตรผล จำกัด (อำนาจเจริญ)



กระบวนการทำงาน

3P Model for Mental Health มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

- **People (พัฒนาคน)** พัฒนาศักยภาพพนักงานและหัวหน้างานผ่าน Supervisory Development Program, Functional Competency, IDCP และการเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อสร้างทักษะและความตระหนักในการดูแลสุขภาพใจ
- **Place (พัฒนาสภาพแวดล้อม)** ใช้ข้อมูลสุขภาพพนักงาน (Data Health) พัฒนา Healthy Workplace, Healthy Canteen และกิจกรรมชมรม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพจิต
- **Process (พัฒนาระบบ)** กำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิต ใช้ People Survey และ Mental Health Check-in คัดกรองและติดตามสุขภาพจิต พร้อมส่งเสริมความหลากหลายและการยอมรับ (DEI) เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นระบบและต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

องค์กรเป็นภาคการผลิตที่มีการแข่งขันสูงต้องดำเนินงานภายใต้เป้าหมายการผลิต (Production Target) และข้อกำหนดด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และระยะเวลาที่เข้มงวด ส่งผลให้พนักงานเผชิญแรงกดดันจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการติดตามข้อมูลด้านสุขภาพของพนักงาน พบแนวโน้มความเครียด ความเหนื่อยล้าสะสม (Fatigue) และภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร การดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดระบบเชื่อมโยงระหว่าง การส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแล และส่งต่อ ทำให้พนักงานบางส่วนเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง

องค์กรจึงพัฒนานวัตกรรม “3P Model” โดยบูรณาการ People (การพัฒนาศักยภาพบุคลากร), Place (การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Process (การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตขององค์กร) เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม เชิงรุก และยั่งยืน ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแล ส่งต่อ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

- มีการออกแบบระบบดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม (People, Place, Process)
- มีเครื่องมือ/ระบบที่ใช้งานจริง เช่น People Survey, Policy และแนวทางดูแลสุขภาพจิต
- มีกระบวนการคัดกรองพนักงาน (กลุ่ม “เสี่ยง / ไม่เสี่ยง”) อย่างเป็นระบบ
- เกิดกิจกรรมส่งเสริม Well-being, Recognition (Starship), Club Engagement จำนวนเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- พนักงานได้รับการประเมินสุขภาพจิต (ครอบคลุม 100%)
- ได้รับความรู้ด้าน Mental Health
- มีช่องทาง Check-in / ขอคำปรึกษา / ส่งต่อ
- มีส่วนร่วมในกิจกรรม Well-being และ Recognition (Starship)
- ได้พัฒนา Competency และ Soft skill



"PWA MindFlow: ระบบ นวัตกรรมหมุนเวียนพลังใจ สู่ 234 สาขาทั่วไทย"

นายจิระศักดิ์ ดีใจ
การประสานส่วนภูมิภาคสาขาชล



ที่มาและความสำคัญ

การประสานส่วนภูมิภาค (กปภ.) เป็นองค์กร
สาธารณูปโภคขนาดใหญ่ที่มีลักษณะการทำงานเฉพาะตัว
โดยมีสำนักงานสาขากระจายตัวอยู่กว่า 234 สาขาทั่ว
ประเทศ ส่งผลให้การดูแลเอาใจใส่พนักงานจากส่วน
กลางทำได้ยากและไม่ทั่วถึง
เนื่องจากอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ ในด้านบริหารการ
ทำงาน พนักงาน กปภ. ต้องเผชิญกับแรงกดดันและ
ความเครียดสะสมในระดับสูงรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็น
พนักงานส่วนหน้า (Front Office) ที่ต้องคอยรับแรง
กระแทกจากอารมณ์และข้อร้องเรียน
นอกจากนี้ วัฒนธรรมองค์กรเดิมยังมีกำแพงเรื่อง
"การตีตราทางสังคม" (Stigma) ทำให้พนักงานที่มีภาวะ
เครียดหรือหมดไฟ (Burnout) ไม่กล้าเดินไปขอความช่วยเหลือ
จากฝ่ายบุคคลหรือพบแพทย์ เพราะกลัวจะถูกมอง
ว่าเป็นคนอ่อนแอและส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าใน
อาชีพ
ด้วยข้อจำกัดด้านระยะทางของสาขา ความกดดันหน้า
งานตลอด 24 ชั่วโมง และความกังวลเรื่องความเป็น
ส่วนตัว จึงกลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ กปภ. ต้อง
เร่งปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลพนักงาน สู่การ
สร้างสรรค์ "นวัตกรรมกระบวนการดิจิทัล" ที่เน้นความ
ง่าย เข้าถึงได้จากทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และที่สำคัญที่สุด
คือ การรักษาความลับขั้นสูงสุด เพื่อ
คลายกำแพงความกลัวและโอบอุ้มสุขภาพใจของ
พนักงานทุกคนได้อย่างแท้จริง



กระบวนการทำงาน

- ระบบคัดกรองสุขภาพจิตอัตโนมัติ ผังแบบประเมินสุขภาพจิต (Mental Health Check In, 2Q, 9Q) ในระบบสารสนเทศขององค์กร พร้อมแจ้งเตือนประเมินรายเดือน และเชื่อมต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่สายด่วนสุขภาพจิตและศูนย์สุขภาพจิต รวมทั้งพัฒนาแกนนำ Holistic Health Advisor (HHA) ในองค์กร
- ให้คำปรึกษาแบบนิรนาม (Tele-Mental Health) พนักงานสามารถนัดหมายและรับคำปรึกษาผ่านวิดีโอคอลหรือแชตกับผู้เชี่ยวชาญได้โดยตรงโดยไม่ผ่าน HR เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวและลดการตีตรา
- ลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ใช้ระบบ AI Scheduling จัดสมดุลภาระงาน จำกัดชั่วโมงงานที่มีความเครียดสูง และกำหนดช่วงพักฟื้นเมื่อทำงานหนักต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะ Burnout
- เยียวยาหลังเหตุวิกฤต จัดทำ Post-Incident Protocol ให้พนักงานที่เผชิญเหตุสะเทือนใจหยุดพักชั่วคราว และได้รับการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (Psychological First Aid) ก่อนกลับเข้าปฏิบัติงาน



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

- มีระบบคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก ค้นหาผู้มีความเสี่ยงได้รวดเร็วขึ้น
- พนักงานเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาได้สะดวก ปลอดภัย และเป็นความลับ
- มีระบบบริหารภาระงานและเวลาพัก ช่วยลดภาวะหมดไฟ
- มีแนวปฏิบัติการเยียวยาหลังเหตุวิกฤตที่เป็นมาตรฐาน
- ลดการขาดงานและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การรักษาความลับของข้อมูลและผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด
- ระบบใช้งานง่าย เข้าถึงสะดวก และไม่เพิ่มภาระงาน
- การสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณจากผู้บริหาร
- หัวหน้างานมีความรู้และปฏิบัติตามแนวทางดูแลพนักงานอย่างเหมาะสม
- การสื่อสารสร้างความเข้าใจ ลดการตีตรา และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง



“สุขภาพดี มีความสุข : ฟาร์มเฮ้าส์ ฟาร์มสุข (Happy Healthy People & Happy Healthy Company)”

นายอนุเบศร์ สิงห์สถิตย์ , นางวรลักษณ์ เปี่ยมแพร่
หน่วยงาน บริษัท เพอร์ซิเดนซ์ เมเกอรี่ จำกัด (มหาชน)
กรุงเทพมหานคร



กระบวนการทำงาน

- 1.วางแผนด้วยข้อมูล (Plan) วิเคราะห์ข้อมูลจาก Happinometer, HPI, สุขภาพประจำปี การลาป่วย อุบัติเหตุ และข้อเสนอแนะของพนักงาน เพื่อค้นหาความต้องการและประเด็นสุขภาวะของแต่ละกลุ่ม
- 2.ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิด 5 Healthy (Do) ได้แก่ Healthy Body, Healthy Mind, Healthy Workplace, Healthy Participation และ Healthy Data ส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพใจ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การมีส่วนร่วมผ่าน Farmhouse Activity Point และการใช้ฐานข้อมูลกลางในการบริหารสุขภาวะ
- 3.ติดตามและประเมินผล (Check) ประเมินผลจากอัตราการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนความสุข HPI ข้อมูลสุขภาพ การลาป่วย อุบัติเหตุ และความผูกพันต่อองค์กร เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการดำเนินงาน
- 4.พัฒนาและขยายผล (Act) นำผลประเมินมาปรับปรุงกิจกรรม ขยายผลสู่ทุกหน่วยงาน และบูรณาการเข้ากับระบบ HR ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ ESG เพื่อให้เป็นระบบงานปกติขององค์กร



ที่มาและความสำคัญ

จากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความสุขในการทำงาน (Happinometer และ HPI) รวมถึงข้อมูลการลาป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่าการพัฒนาสุขภาวะพนักงานจำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวม

จากบริบทและความท้าทายดังกล่าว บริษัทฯ จึงได้พัฒนานวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาวะองค์กรขึ้น เพื่อเป็นกลไกในการบูรณาการข้อมูลสุขภาพ ความสุข และข้อมูลทรัพยากรบุคคลให้สามารถวิเคราะห์ วางแผน และติดตามผลได้อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) “นวัตกรรมสุขภาพดี มีความสุข : ฟาร์มเฮ้าส์ ฟาร์มสุข (Happy Healthy People & Happy Healthy Company)” ภายใต้แนวคิด “คนแข็งแรง • องค์กรแข็งแรง • สังคมยั่งยืน” โดยเปลี่ยนแนวทางจากการจัดกิจกรรมสุขภาพแบบแยกส่วน มาเป็น “ระบบบริหารจัดการสุขภาวะองค์กรด้วยข้อมูล” ที่ครอบคลุมมิติสุขภาวะองค์กร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำงาน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของพนักงาน เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เสริมสร้างความยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว ภายใต้ “โครงการ “ฟาร์มเฮ้าส์ ฟาร์มสุข”



จุดเด่นของนวัตกรรม

จุดเด่น (ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ)

คะแนนความสุขของพนักงานจากการประเมิน Happinometer เพิ่มขึ้นจาก 56.99 คะแนน เป็น 66.90 คะแนน เพิ่มขึ้น 9.91 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.39 พนักงานมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร
- การใช้ข้อมูลเป็นฐานการพัฒนา
- ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
- การสื่อสารและการมีส่วนร่วมที่เข้าถึงได้จริง
- Farmhouse Activity Point



มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา

Mind Matter: University Initiatives For Student
Mental Health Care



PAYAP care U: ระบบนิเวศการดูแลจิตใจเชิงรุกผ่านโครงการ "รู้ไว้ ไม่เสียใจทีหลัง" แบบบูรณาการ (Proactive Mental Health Ecosystem)

นายปภาณุกฤษ ปัญญาวิธา
ศูนย์ให้การปรึกษา PAYAP care U มหาวิทยาลัยพายัพ



กระบวนการทำงาน

"ระบบนิเวศการดูแลจิตใจเชิงรุกแบบบูรณาการ (Proactive Mental Health Ecosystem)" ซึ่งเป็นกระบวนการให้บริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการติดตามผล นวัตกรรมนี้ถูกนำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายหลักคือนักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัยพายัพ โดยมี นักจิตวิทยาประจำศูนย์ PAYAP care U เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อน ร่วมกับเครือข่ายผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา บุคลากรสายสนับสนุน และหน่วยงานภายนอก

- 1. มิติการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
- 2. มิติการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยง
- 3. มิติการดูแลช่วยเหลือ
- 4. มิติการดูแลต่อเนื่องและติดตามผล

ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยพายัพตระหนักดีว่า ช่วงวัยของนักศึกษาเป็นช่วงรอยต่อสำคัญของการเติบโต ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจสูง เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งบริบทเฉพาะของมหาวิทยาลัยพายัพคือความเป็นมหาวิทยาลัยเอกชนที่มุ่งเน้นการดูแลแบบมีความเป็นครอบครัว(Family-like Environment) แต่ในขณะเดียวกันก็มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนาในระดับสูงมาก โดยมีนักศึกษาต่างชาติร่วมเรียนอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น กลุ่มนักศึกษาจีน และกลุ่มนักศึกษาเมียนมาร์ ความหลากหลายนี้ส่งผลให้สภาพสังคมของนักศึกษามีความซับซ้อน

จากสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อน มหาวิทยาลัยจึงผลักดันให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบผ่านการจัดตั้งศูนย์ให้การปรึกษา PAYAP care U ขึ้น เพื่อบูรณาการงานดูแลนักศึกษาให้เป็นระบบนิเวศเดียวกันมุ่งเน้นการใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อค้นหาศึกษากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ต้นทาง และสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังผ่านบุคลากร (Gate Keeper) เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับความท้าทายได้อย่างเหมาะสม



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ### ผลลัพธ์ที่ได้
- ช่วยสร้างระบบนิเวศการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในมหาวิทยาลัย ทำให้นักศึกษาเข้าถึงการดูแลและการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
 - เกิดพื้นที่ปลอดภัยในการรับฟังและให้คำปรึกษา นักศึกษามีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถรับมือกับความเครียดและความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น
- ### ปัจจัยความสำเร็จ
- ความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในมหาวิทยาลัย โดยยึดหลัก C.A.R.E.U. (Compassion, Acceptance, Respect, Empowerment และ Understanding)
 - เป็นแนวทางดำเนินงาน สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เข้าใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต มีระบบดูแลเชิงรุกที่เข้าถึงง่าย พร้อมสร้างการมีส่วนร่วมของนักศึกษา บุคลากร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของมหาวิทยาลัย



PSRU Care Model : ระบบดูแลใจมหาวิทยาลัย แห่งความสุข

ดร.สิริลักษณ์ วงศ์ประสิทธิ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม



โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ
การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายในมหาวิทยาลัย
เขตสุขภาพที่ 2 ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 กรมสุขภาพจิต
กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม <https://sdd.psu.ac.th>

ที่มาและความสำคัญ

ในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาได้ยกระดับจากการเป็นบริการสนับสนุนทั่วไปสู่การเป็นยุทธศาสตร์หลักในการสร้าง "คนไทยคุณภาพ" มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ได้กำหนดนโยบายเชิงรุก โดยจัดตั้ง ศูนย์แนะแนวและให้คำปรึกษา PSRU Care Center และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการดูแลนักศึกษา ตลอดจนบุคลากรตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง แบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (พ.ศ.2555-2556) เริ่มจัดตั้งศูนย์แนะแนวและให้คำปรึกษาเป็นครั้งแรก และจัดตั้งคณะกรรมการฯ ตามบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2 (2557-2558) เริ่มจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร SOS Center

ระยะที่ 3 (2559-2563) พัฒนาระบบ PSRU CARE MODEL และจัดโครงการพัฒนาระบบอาจารย์ที่ปรึกษาสายจอร์

ระยะที่ 4 (2563-2564) ปรับโครงสร้างคณะกรรมการศูนย์แนะแนวฯ ที่สอดคล้องกับ PSRU CARE MODEL

ระยะที่ 5 (2565-2568) ลงนาม MOU กับ กรมสุขภาพจิตและนำ Mental Health Check-in มาใช้คัดกรองเชิงรุก

ระยะที่ 6 (2569 ปัจจุบัน) อยู่ระหว่างสำรวจบุคลากรสายวิชาการ/สายสนับสนุน ที่มีความรู้หรือสนใจ โดยวางแผนพัฒนาสมรรถนะก่อนแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและทำหน้าที่ให้คำปรึกษา



กระบวนการทำงาน

- 1. นวัตกรรมด้านการบริการ ได้แก่**
- App DEK PIBU** คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q สรุปผล Real-time ผ่าน PSRU Platform และโทรปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาได้ทันที
 - App PIBUL Next** ศูนย์ข้อมูลสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา ติดตามนักศึกษาในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างใกล้ชิด
 - Line “น้องเต็มใจ”** Chatbot เข้าใจอารมณ์สร้างพื้นที่ปลอดภัย ลดความกลัวการถูกตีตรา
 - Biofeedback** ประเมินสภาวะและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลสำหรับบุคลากร
- 2 นวัตกรรมกระบวนการ PSRU Care Model** เป็นนวัตกรรมกระบวนการที่พัฒนาระบบการดูแลสภาวะทางด้านจิตใจเชิงรุก เชื่อมโยงการคัดกรอง เฝ้าระวังช่วยเหลือ ส่งต่อ และติดตามผลอย่างเป็นระบบ ผ่านการ บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายสหวิชาชีพ ลดระยะเวลารับถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน



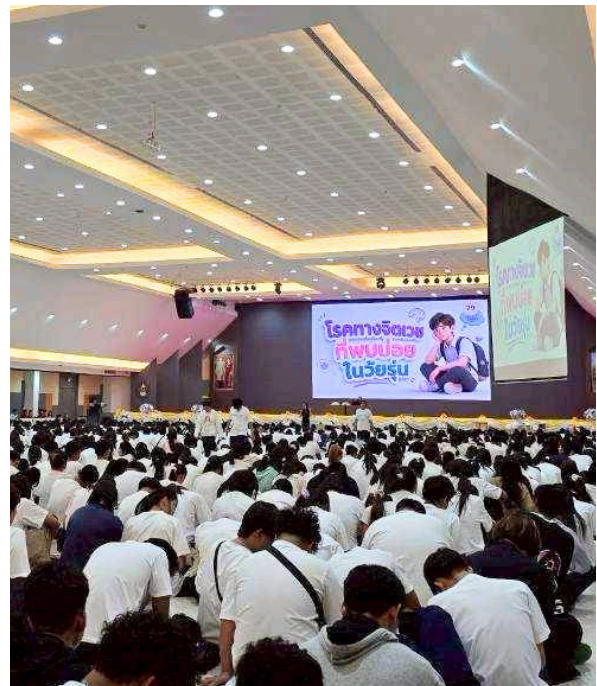
จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้**
- นักศึกษาเข้าร่วมประเมินสภาวะผ่าน App DEK PIBUL เพิ่มขึ้นจาก 5,096 คน เป็น 8,604 คน (เพิ่มขึ้น 68.8%) และสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที
 - นักศึกษากลุ่มเสี่ยง 75% มีอาการดีขึ้นหลังได้รับการติดตามดูแลอย่างเป็นระบบ และมหาวิทยาลัย ไม่มีสถิติการฆ่าตัวตายของนักศึกษา
 - บูรณาการการคัดกรอง เฝ้าระวัง ช่วยเหลือ และส่งต่อผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ Application DEK PIBUL, PIBUL Next และ Line “น้องเต็มใจ”
 - ทำให้นักศึกษาเข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ติดตามข้อมูลผ่าน PSRU Platform แบบ Real-time ส่งผลให้การค้นหากลุ่มเสี่ยง การช่วยเหลือ และการส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ปัจจัยความสำเร็จ**
- การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ
 - การมีแพลตฟอร์มกลางสำหรับคัดกรอง ติดตาม และบริหารจัดการข้อมูลแบบ Real-time
 - ความร่วมมือของหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือนักศึกษา
 - การพัฒนาระบบและเครื่องมืออย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาและบริบทมหาวิทยาลัย การเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว และเป็นมิตร ช่วยลดอุปสรรคในการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา



กระบวนการดูแล เพื่อให้นักศึกษาไปต่อได้ไกลกว่าเดิม

นางสาวปราณี แผนดี และนางสาวชญานันท์ กาฬภัคดิ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร



ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร มีนักศึกษาที่เข้ามาเล่าเรียนจากหลายจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่เขตภาคเหนือและภาคกลางตอนบนซึ่งมีความหลากหลายและซับซ้อนทางวัฒนธรรม ซึ่งนักศึกษาจะต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ทักษะคติ ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างออกไป รวมถึงต้องแบกรับความคาดหวังจากครอบครัว สถานะทางการเงิน ฯลฯ ซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวหากไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการเสียชีวิตได้ ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น มหาวิทยาลัยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลใจของนักศึกษา

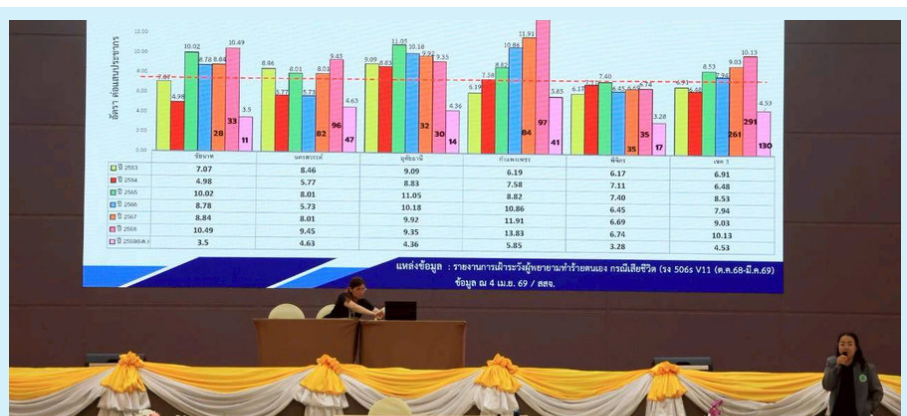
จึงได้พัฒนานวัตกรรม “กระบวนการดูแลใจเพื่อให้นักศึกษาไปต่อได้ไกลกว่าเดิม” ที่ต่อยอดจากเครื่องมือทางด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม ให้เกิดกลไกที่จะสามารถดูแลใจให้กับนักศึกษา ที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพจิต นวัตกรรม “กระบวนการดูแลใจ เพื่อให้นักศึกษาไปต่อได้ไกลกว่าเดิม” ใช้กรอบแนวคิด 3 ส. ได้แก่ 1) สอดส่อง : ใช้ระบบคัดกรองสุขภาพจิตออนไลน์ (MENTAL HEALTH CHECK IN) 2) ส่งเสริม: มีกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลาย 3) ส่งต่อ: มีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลกำแพงเพชรเพื่อส่งต่อนักศึกษาที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะทาง พร้อมทั้งกำกับติดตามดูแลนักศึกษาอย่างต่อเนื่องโดย อาจารย์และเพื่อนนักศึกษา มหาวิทยาลัยฯ จึงสร้างกระบวนการดูแลใจ เพื่อให้นักศึกษาไปต่อได้ไกลกว่าเดิม เพื่อให้นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยได้อย่างสมดุล เหมาะสม สามารถศึกษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสำเร็จการศึกษาเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ พร้อมด้วยภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่เข้มแข็ง มหาวิทยาลัยไม่ได้สร้างแค่ “บัณฑิตที่เก่งงาน” แต่กำลังบ่มเพาะ “มนุษย์ที่มีหัวใจที่เข้มแข็ง” เพื่อเป็นรากแก้วที่สำคัญให้กับท้องถิ่น



กระบวนการทำงาน

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรได้พัฒนานวัตกรรม “กระบวนการดูแลใจ เพื่อให้นักศึกษาไปต่อได้ไกลกว่าเดิม” โดยนำหลัก PDCA (Plan - Do - Check - Act) มาใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้หลักการทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการทั้งหมดแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1. **ขั้นตอนการเตรียมการ** ทำความรู้จักนักศึกษาเป็นรายบุคคลเริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลพื้นฐานของนักศึกษา กำหนดนโยบายและสร้างความเข้าใจร่วมกัน การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
- 2. **ขั้นตอนการดำเนินงาน** สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนปฏิบัติการ และวางระบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างรอบด้าน
- 3. **ขั้นตอนการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง** มหาวิทยาลัยมีระบบติดตามอย่างเป็นระบบการสรุปผลและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการดำเนินงานในแต่ละปี ถูกนำมาสรุปบทเรียนและปรับปรุงกระบวนการ เช่น การเพิ่มการเข้าถึง: ยุทธศาสตร์การคัดกรองให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยกระจายการคัดกรองไปยังทุกคณะและ การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- นักศึกษามีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต รู้จักดูแลตนเองและสังเกตสัญญาณเสี่ยงของตนเองและเพื่อน
- เกิดระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามผล
- นักศึกษากลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องร้อยละ 100
- อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ประจำคณะได้รับการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือภาวะวิกฤตร้อยละ 100

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการคัดกรองและติดตาม
- การพัฒนาศักยภาพอาจารย์และบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- ระบบดูแล ช่วยเหลือ และส่งต่อที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่าย



Safe Space for Your Heart พื้นที่ปลอดภัย
ปลดปล่อยอารมณ์ ภายใต้โครงการพัฒนาความ
เข้มแข็งของกลไกการสร้างเสริมการเข้าถึงบริการ
ด้านสุขภาพจิตและเครือข่าย “เพื่อนใจปทุมธานี”

บุญบุษ อัครวราพานิช, กชนิกา แสงสง่า, โชติมา ล้อมลาย, ณัฏฐกร
ทอนระน้อย, ชญาณัฐ เคียรเขียว, พันทิพ ผายการณ, ภักธราวุธ
เกษมโสธ, ณัฐนันท์ โพธิ์ประติษฐ์ (นักศึกษา)
ผศ.รณภูมิ สามีศักดิ์การณย์ อาจารย์ที่ปรึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



กระบวนการทำงาน

- Safe Space for Your Heart: ระบบพื้นที่ปลอดภัยทางใจ เพื่อการดูแล
สุขภาพจิตนักศึกษาเชิงรุก นวัตกรรมนี้ใช้ผ่านกระบวนการ SAFE SPACE
Model ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่
- 1.Safe Space สร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจผ่านกิจกรรมศิลปะ ดนตรี และ
กิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น Workshop ปั่นผ้าฝ้ายใจ และ UNYU Folk
Songs
 - 2.Awareness เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านนิทรรศการและ
กิจกรรมเรียนรู้
 - 3.Find Risk ค้นหาและคัดกรองผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต
 - 4.Early Support ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นผ่านระบบเพื่อนช่วยเพื่อนและ
อาจารย์ที่ปรึกษา
 - 5.Specialized Care ส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต
 - 6.Evaluation & Follow-up ติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

สุขภาพจิตของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็น
ประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้ง
ด้านการเรียน การใช้ชีวิต ความสัมพันธ์ และการ
วางแผนอนาคต ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตก
กังวล และปัญหาการปรับตัวได้ง่าย หากไม่ได้รับการ
ดูแลอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์
ทางการศึกษา คุณภาพชีวิต และการทำงานในอนาคต

จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental
Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มวัย
เรียนและวัยรุ่นมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง ขณะที่ข้อมูลการสำรวจภายในมหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์พบว่า นักศึกษาและบุคลากรร้อยละ 72
ขาดความรู้ในการจัดการความเครียด และกว่าร้อยละ
56 มีภาวะหมดไฟในการเรียนหรือการทำงาน นอกจากนี้
ยังพบว่านักศึกษาจำนวนหนึ่งเลือกเก็บปัญหาไว้กับ
ตนเองและไม่ขอรับความช่วยเหลือ แม้ว่ามหาวิทยาลัยจะ
มีระบบบริการสุขภาพจิตรองรับอยู่แล้วก็ตาม

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่าง
สำคัญระหว่าง “การมีบริการ” และ “การเข้าถึงบริการ”
โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่ไม่กล้าเปิดเผยปัญหา กลัว
การตีตรา หรือไม่ทราบช่องทางในการขอความช่วยเหลือ
คณะผู้ดำเนินงานจึงได้พัฒนา Safe Space for Your
Heart เพื่อสร้างกระบวนการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษา
เชิงรุก ผ่านการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจที่เอื้อต่อการ
เรียนรู้ การสะท้อนตนเอง การคัดกรองความเสี่ยง และ
การเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบช่วยเหลือที่เหมาะสม



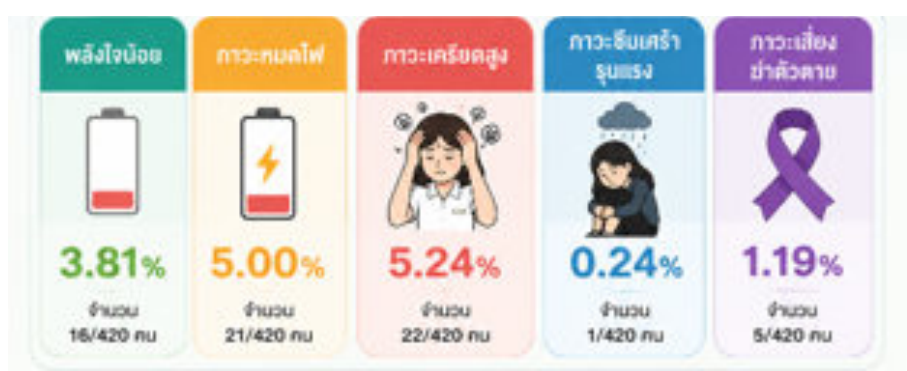
จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้
- เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพทางใจ ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพจิต และการมีเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็ง
 - พัฒนาระบบนิเวศสุขภาพจิตไร้รอยต่อ (Seamless Mental Health Ecosystem)
เชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพจิต คัดกรอง ช่วยเหลือ ส่งต่อ และติดตามผลอย่าง
เป็นระบบ
 - นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และได้รับการดูแลต่อเนื่อง
มากขึ้น
- ปัจจัยความสำเร็จ
- การบูรณาการกระบวนการดูแลสุขภาพจิตไว้ในระบบเดียว
 - ความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย
 - การสร้างพื้นที่ปลอดภัยและการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร
 - การติดตามดูแลและส่งต่ออย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless Care)



“MindCare Check-in”

นางพิชญาภา ยิ่งประเสริฐชัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี



กระบวนการทำงาน

MindCare Check-in มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

1. คัดกรองและค้นหา ประเมินสุขภาพจิตเพื่อค้นหานักศึกษากลุ่มเสี่ยง
2. ประเมินและเฝ้าระวัง จัดระดับความเสี่ยงและวางแผนช่วยเหลือร่วมกัน
3. ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ดูแลด้านจิตใจและเสริมทักษะการจัดการปัญหา
4. ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ส่งต่อนักจิตวิทยา พยาบาล หรือแพทย์ตามระดับความรุนแรง
5. ติดตามต่อเนื่อง ติดตามผลและประสานเครือข่ายเพื่อไม่ให้นักศึกษาหลุดจากระบบการดูแล

ที่มาและความสำคัญ

เหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม คือ ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ระบบดูแลเดิมยังมีข้อจำกัดด้านการคัดกรอง การเข้าถึงบริการ การส่งต่อ และการติดตามผล จึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการดูแลรูปแบบใหม่ให้เป็นระบบ รวดเร็ว และต่อเนื่อง

บริบทพื้นที่ คือ สถาบันการศึกษาที่มีนักศึกษาหลากหลายและมีปัจจัยเสี่ยงด้านการเรียน ครอบครัว เศรษฐกิจ และการปรับตัว โดยมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการดูแลนักศึกษา แต่ยังคงต้องพัฒนาระบบประสานงานและติดตามผลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จึงเกิดการพัฒนาระบบการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดกรอง เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการร่วมกันระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษา งานกิจการนักศึกษา นักจิตวิทยา พยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการมีเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็ง
- พัฒนาระบบนิเวศสุขภาพจิตไร้รอยต่อ (Seamless Mental Health Ecosystem) เชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพจิต คัดกรอง ช่วยเหลือ ส่งต่อ และติดตามผลอย่างเป็นระบบ
- ดูแลเชิงรุก ทำให้นักศึกษาเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย และได้รับการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น ลดโอกาสการหลุดจากระบบการดูแล

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการกระบวนการดูแลสุขภาพจิตไว้ในระบบเดียว ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ช่วยเหลือ และติดตามผล
- ความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยในการดูแลนักศึกษา การสร้างพื้นที่ปลอดภัยและช่องทางเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรต่อผู้รับบริการ การใช้ระบบติดตามดูแลและส่งต่ออย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless Care)



การพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อเสริมสร้าง
กรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth
Mindset Coaching) สำหรับนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก

นายทวิชากร ขุนภักดี
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก



ที่มาและความสำคัญ

ในยุคปัจจุบัน นักศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องเผชิญกับสภาวะความกดดันรอบด้าน ทั้งด้านวิชาการ การปรับตัวเข้าสู่สังคม และความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้นักศึกษามีภาวะเครียด วิตกกังวล และขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อทั้งสุขภาวะทางจิต (Mental Health) และความสำเร็จทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกเล็งเห็นถึงความสำคัญของประเด็นดังกล่าว จึงมุ่งสร้างกลไกเชิงรุกเพื่อดูแลใจนักศึกษา โดยเน้นการเปลี่ยนผ่านจากการตั้งรับ (การบำบัดรักษาเมื่อเกิดปัญหา) ไปสู่การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจและการสร้าง กรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth Mindset) เพื่อให้ นักศึกษามองเห็นอุปสรรคเป็นโอกาสในการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม ลำพังการแนะแนวในรูปแบบเดิม หรือการจัดอบรมแบบบรรยายทั่วไป ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดของนักศึกษาได้อย่างยั่งยืน จึงนำมาสู่การพัฒนาโปรแกรม รูปแบบการโค้ชเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth Mindset Coaching) เพื่อสร้างระบบนิเวศการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาที่มีประสิทธิภาพสูงในบริบทของมหาวิทยาลัย



กระบวนการทำงาน

- นวัตกรรมนี้คือ** รูปแบบการโค้ชเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth Mindset Coaching Approach) ซึ่งเป็นการบูรณาการกระบวนการสนทนา (กระบวนการสนทนาเพื่อสะท้อนคิด Reflective Conversation) ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และ GROW Model มาขับเคลื่อนร่วมกับการพัฒนา Growth Mindset โดยมีกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน ตามแนวทางเครื่องมือดังนี้
- G : Goal (เจาะจงเป้า)** - โค้ชชวนนักศึกษาค้นหาเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงที่ตนเองต้องการบรรลุ ทั้งในด้านการเรียน พฤติกรรม หรือจิตใจ
 - R : Reality (เข้าใจสถานการณ์)** - การชวนให้นักศึกษาสะท้อนประสบการณ์และตรวจสอบสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน ชวนให้ตระหนักถึงความคิดและความรู้สึกของตนเอง
 - O : Option (ร่วมหาทาง)** - โค้ชและนักศึกษาร่วมกันระดมสมองและค้นหาทางเลือกหรือแนวทางที่น่าจะเป็นไปได้ เพื่ก้าวข้ามอุปสรรคโดยเน้นมุมมองแบบ Growth Mindset
 - W : Wrap-up (วางแผนสรุป)** - การสรุปสิ่งที่ได้จากการพูดคุยเพื่อวางแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนว่าจะทำอะไร และใครเป็นผู้ทำ เพื่อนำไปสู่การติดตามผลในครั้งถัดไป



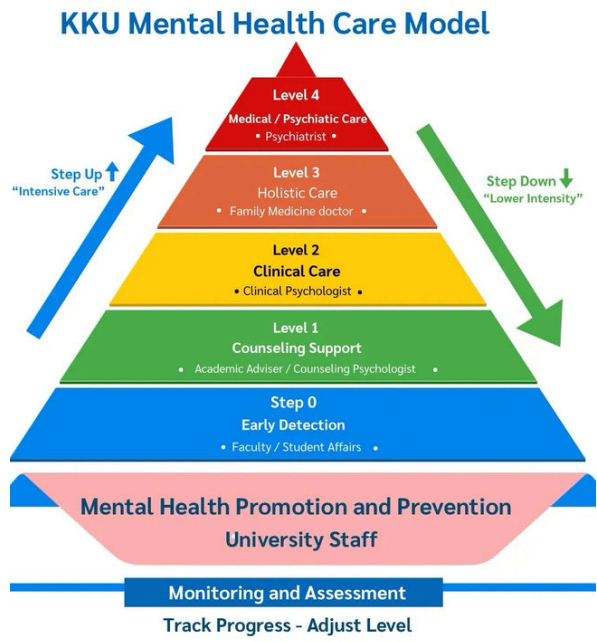
จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้**
- ได้หลักสูตรและคู่มือ Growth Mindset Coaching พร้อมเครือข่ายโค้ชแกนนำจากอาจารย์และนักศึกษา
 - เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร และไม่ตีตรา
 - สร้างวัฒนธรรมการรับฟังและช่วยเหลือกันภายในมหาวิทยาลัย
 - นักศึกษาได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ปัจจัยความสำเร็จ**
- หลักสูตรและเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทมหาวิทยาลัย
 - การมีเครือข่ายโค้ชแกนนำที่เข้มแข็ง
 - ความร่วมมือของผู้บริหาร อาจารย์ และนักศึกษา
 - ระบบดูแลช่วยเหลือที่เข้าถึงง่ายและต่อเนื่อง



KKU Mental Health Care Model

นางเจษฎาพร ศรีรัตนประพันธ์
กองพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งจากแรงกดดันด้านการเรียน เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคดิจิทัล ส่งผลให้นักศึกษาจำนวนมากเผชิญภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ พบว่านักศึกษาร้อยละ 40 มีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 4.3 ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และมากกว่าร้อยละ 4 มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้ง เมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นประมาณ 32,000 คน คาดว่าจะมีนักศึกษากลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิตมากกว่า 12,800 คน และอาจมีนักศึกษาที่มีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่า 1,200 คน

นอกจากนี้ผลการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่นด้วยแบบประเมิน GHQ-28 ยังพบว่า นักศึกษามีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 54.7 ดังนั้น มหาวิทยาลัยขอนแก่นจึงได้พัฒนา KKU Mental Health Care Model ขึ้นเป็นนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เพื่อปรับเปลี่ยนระบบดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาจากการแก้ปัญหาปลายเหตุ ไปสู่การส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง และดูแลเชิงรุก โดยใช้แนวคิด Stepped Care Model ที่จัดระดับการดูแลตามความรุนแรงของปัญหา เชื่อมโยงทุกภาคส่วนของมหาวิทยาลัยเข้าด้วยกัน เพื่อให้สามารถค้นหา ป้องกัน ดูแล และติดตามนักศึกษากลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบก่อนเกิดภาวะวิกฤต จึงถือเป็นนวัตกรรมที่ออกแบบขึ้นจากปัญหาและบริบทจริงของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมุ่งสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาที่เข้าถึงได้ ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายที่สำคัญในการเป็นมหาวิทยาลัยแห่งสุขภาพ (Healthy University)

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (แผนกจิตเวช)

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (แผนกจิตเวช) | รพ.ศรีนครินทร์/อำนวยการ/พญ.สิริมา/สุรศักดิ์ | วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 07:00-11:00 น. | ***ตอบกลับรวดเร็ว*** | 043-363001 / 043-363004

หน่วยปฏิบัติการ 123 มข. (หอแปดหลัง)

หอแปดหลัง มหาวิทยาลัยขอนแก่น | วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09:00-10:30 น. | หน่วยปฏิบัติการ 123 มข. | 043-203-455

ASKPCU PCU 123, PCU KKU

"นักศึกษาและบุคลากร สามารถปรึกษาสุขภาพกายและสุขภาพใจผ่านทาง LINE โดยแพทย์ตอบคำถามและคอยให้คำแนะนำ" | @ASKPCU | แพทย์ตอบคำถาม เวลา 08:30-16:00 น.

ศูนย์ให้คำปรึกษาและแนะแนว (KKU MORE CARE)

บริเวณอาคารเรียน 1 อาคารอำนวยการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09:00-16:00 น. | KKKU MORE CARE | @KKUMORECARE

หน่วยสุขภาพทางจิต LEARNING MIND

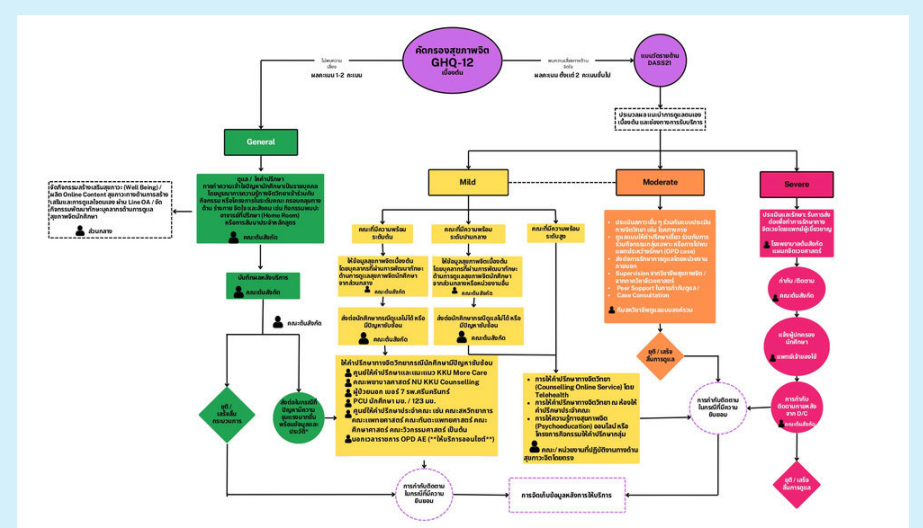
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09:30-16:00 น. | LEARNING MIND คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

KKU TELE MENTAL HEALTH

ช่อง LINE ปรึกษา อาจารย์ 6 ถึง 3 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ | วันและเวลาบริการ เวลา 08:00-17:00 น. | 091-935-5463 (สอ.บป.) | บริการสุขภาพจิตออนไลน์ ตลอด 24 ชั่วโมง

กระบวนการทำงาน

- "KKU Mental Health Care Model: นวัตกรรมกระบวนการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาแบบแบ่งระดับความเข้มข้น (Stepped Care Process Innovation)" เป็นนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ที่พัฒนาต่อยอดจากแนวคิดเดิม เปลี่ยนจาก "การตั้งรับ" เป็น "การเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุก" การดำเนินงาน มีกระบวนการดูแล 5 ระดับ ได้แก่
- 1. Step 0: Early Detection เฝ้าระวัง คัดกรองเชิงรุก ใช้แบบประเมินสุขภาพจิต (GHQ-12)
 - 2. Level 1: Counseling Support อาจารย์ที่ปรึกษาและนักจิตวิทยาการปรึกษาให้การช่วยเหลือเบื้องต้น
 - 3. Level 2: Clinical Therapy นักจิตวิทยาคลินิกและนักศึกษาดำเนินการด้วยกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิก
 - 4. Level 3: Holistic Care แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลเชิงลึก บำบัดรักษา ติดตาม และเฝ้าระวังรายการ
 - 5. Level 4: Medical/Psychiatric Care จิตแพทย์วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะวิกฤต



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้
- มหาวิทยาลัยมี KKU Mental Health Care Model เป็นระบบมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาแบบ Stepped Care
 - มีแนวปฏิบัติ (SOP) และระบบส่งต่อ (Referral System) ด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน
 - นักศึกษาเข้าถึงการดูแล ช่วยเหลือ และส่งต่อได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง
 - อัตราการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายของนักศึกษาลดลง
 - เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกที่มีความยั่งยืนและสามารถพัฒนาต่อยอดได้
- ปัจจัยความสำเร็จ
- การมี KKU Mental Health Care Model เป็นกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน
 - การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนภายในมหาวิทยาลัย
 - การมี SOP และ Referral System ที่เชื่อมโยงการดูแลอย่างเป็นระบบ
 - การเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตามช่วยเหลือเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง
 - การสนับสนุนจากผู้บริหารและเครือข่ายด้านสุขภาพจิตอย่างเข้มแข็ง



NPU Mental Health Check

นางสาวชนิกานต์ ปัทม
นายชาลี บุญมา
ผศ.ดร.ชาญวิทย์ สุวรรณพงษ์
นายกรรชัย น้อยชาลี
อาจารย์สุมิศา กุมลา
มหาวิทยาลัยนครพนม



ระบบประเมินสุขภาพจิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยนครพนม

โปรดอ่านรายละเอียดด้านล่างก่อนเริ่มทำแบบประเมิน

เรียน นักศึกษามหาวิทยาลัยนครพนมทุกท่าน

ในฐานะที่เราเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมหาวิทยาลัย สุขภาพจิตของทุกคนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้มหาวิทยาลัยสามารถเข้าใจและสนับสนุนสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างดียิ่งขึ้น ขอเชิญชวนทุกท่านร่วมกรอกแบบประเมินสุขภาพจิต ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้เพื่อการพัฒนาแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาทุกท่าน

ยืนยันเข้าร่วมการประเมิน

ไม่ประสงค์เข้าร่วมการประเมิน

"สุขภาพจิตที่ดีเริ่มต้นจากความเข้าใจตนเอง"

ขอเชิญชวนนักศึกษามหาวิทยาลัยนครพนม
"สำรวจสุขภาพใจ"

สุขภาพจิตที่ดีเริ่มต้นจากความเข้าใจตนเอง

☒ สำรวจสุขภาพใจ ก้าวข้ามเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด

☒ รู้เท่าทันและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

☒ เพื่อเข้าใจและสนับสนุนสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างดีขึ้น

npu-app-dev.extremesofts.com

กระบวนการทำงาน

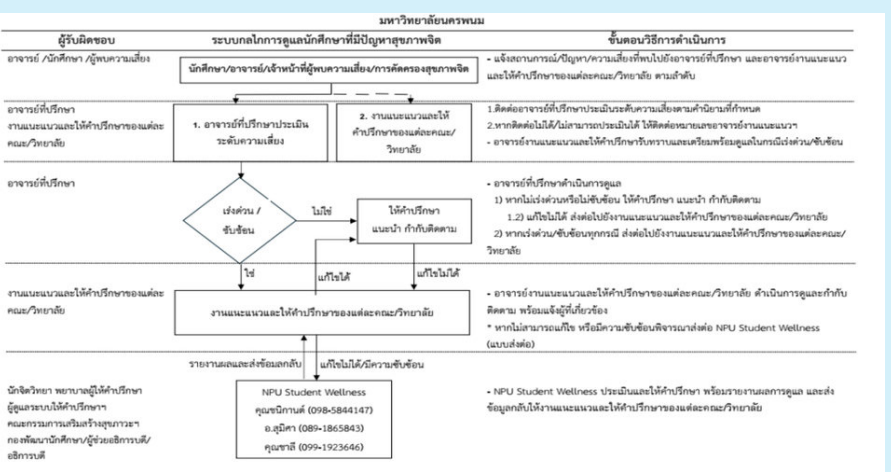
- กระบวนการดำเนินงาน NPU Mental Health Check (ADDIE Model)
- 1. Analysis (การวิเคราะห์)** วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา คัดเลือกแบบประเมินที่เหมาะสม ออกแบบโครงสร้างระบบ และกำหนดมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)
 - 2. Design (การออกแบบ)** ออกแบบหน้าจอและขั้นตอนการใช้งานให้สะดวก ตั้งแต่วางระบบ การทำแบบประเมิน การคำนวณคะแนน และการแสดงผล พร้อมกำหนดระบบแจ้งเตือนสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง
 - 3. Development (การพัฒนา)** พัฒนาฐานข้อมูลและโปรแกรม ทดสอบการทำงานของระบบ และปรับปรุงให้มีความถูกต้อง เสถียร และพร้อมใช้งานจริง
 - 4. Implementation (การนำไปใช้)** นำระบบไปใช้กับนักศึกษา ประชาสัมพันธ์ผ่านคณะและวิทยาลัยต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง
 - 5. Evaluation (การประเมินผลและพัฒนา)** ติดตามประสิทธิภาพการใช้งาน รวบรวมความคิดเห็นจากผู้ใช้งาน และนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบให้ตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยนครพนมเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีจัดการเรียนการสอนกระจายอยู่ใน 7 เขตพื้นที่การศึกษา จึงให้ความสำคัญกับการสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงนักศึกษาได้อย่างทั่วถึง โดยได้จัดตั้งคณะกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะและให้คำปรึกษานักศึกษา ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์และบุคลากรจากทุกคณะ เพื่อดูแลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่นักศึกษา

ตั้งแต่ปีการศึกษา 2/2566 มหาวิทยาลัยได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษาทุกภาคการศึกษาผ่าน Google Form แต่พบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ นักศึกษาเข้าสู่ระบบคัดกรองในสัดส่วนที่น้อย นักศึกษาไม่ทราบผลการประเมินของตนเอง จึงไม่สามารถตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาได้ด้วยตนเอง การประมวลผลและจำแนกระดับความเสี่ยงใช้เวลานาน ทำให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงล่าช้า

ด้วยเหตุนี้ มหาวิทยาลัยจึงพัฒนา NPU Mental Health Check ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศสำหรับคัดกรองสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง จำแนกความเสี่ยง และดูแลนักศึกษาทั้ง 7 เขตพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้
- สามารถคัดกรองและจำแนกความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ พร้อมส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบดูแลได้ทันที
 - ผู้รับบริการทราบผลการประเมินของตนเอง และได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
 - เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ลดการตกหล่นของกลุ่มเสี่ยง และช่วยให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
 - สามารถพัฒนาต่อยอดและขยายผลเป็นระบบมาตรฐานด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัยได้

ปัจจัยความสำเร็จ

- การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการคัดกรองและบริหารจัดการข้อมูล
- การมีระบบส่งต่อและติดตามผลที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ความร่วมมือของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง



SUTHie Care : สุดที่แคร์

- นายปฐมภูมิ พลศักดิ์
นายภาณุวัฒน์ พันธุ์สุวรรณ
นางสาวนิชชา คงประทีปานนท
นางสาวขวัญแก้ว เพตกระโทก
นางสาวพรชิตา สนิทเชื้อ
นายพีรวิชญ์ เพ็ญโคกกรวด

ผศ.พญ.สิขาว เชื้อปອງ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- นายณัฐสิทธิ์ หล้าแสนห์
นายสาริก รั้งจะโปะ
นางสาววรัญญา สีนจรรย์นันท์
นางสาวขวัญภา ชักงูเหลื่อม
นางสาวสุภาวดี คำพิช
นายศักดา บือสันเทียะ



กระบวนการทำงาน

- ขั้นตอนการดำเนินงาน SUTHie Care
- 1. พัฒนาระบบร่วมกัน (Co-Creation)** พัฒนาระบบจากปัญหาจริงในหน่วยงาน โดยความร่วมมือระหว่างคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และนักศึกษา
 - 2. คัดกรองและเข้าถึงบริการ** ผู้ใช้ลงทะเบียน ขอรับคำปรึกษา และประเมินสุขภาพจิตผ่านแบบคัดกรอง 2Q, 9Q และ 8Q พร้อมรับทราบผลเบื้องต้นและติดตามนัดหมายได้ด้วยตนเอง
 - 3. เฝ้าระวังและช่วยเหลือเชิงรุก** ระบบรวบรวมข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลาง แสดง Dashboard แบบ Real-Time พร้อมระบบแจ้งเตือนและ Alert กลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ทีมดูแลวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว
 - 4. ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล** ติดตามผลการดูแล จำแนกกลุ่มผู้รับบริการ วิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต และนำข้อมูลไปใช้วางแผนเชิงรุกระดับมหาวิทยาลัย

ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเป็นมหาวิทยาลัยที่มีนักศึกษาจากทั่วประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตห่างจากครอบครัว ส่งผลให้ต้องเผชิญกับความเครียดจากการเรียน การปรับตัว และปัญหาส่วนตัวที่กระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมาก ข้อมูลของคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีงบประมาณ 2569 พบว่า

- มีผู้เข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต 1,585 ครั้ง
- ผู้รับบริการ 415 คน
- ผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 174 คน

สะท้อนว่าปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ เดิมมหาวิทยาลัยใช้ Google Form เป็นช่องทางลงทะเบียนรับบริการ ซึ่งแม้ช่วยให้เข้าถึงบริการได้สะดวก แต่ยังมีข้อจำกัด ได้แก่

- ไม่สามารถติดตามสถานะผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีระบบแจ้งผลการประเมินและการนัดหมาย
- ไม่มีระบบเฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยงสูง
- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเห็นระดับความเสี่ยงแบบทันที (Real-Time)
- การจัดลำดับความเร่งด่วนและการติดตามยังไม่เป็นระบบ

จึงพัฒนา SUTHie Care : สุดที่แคร์ ซึ่งเป็น Web Application ภายใต้แนวคิด "นักศึกษาดูแลนักศึกษาด้วยกันเอง" เพื่อเป็นระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม และส่งต่อการดูแลสุขภาพจิตแบบครบวงจร ช่วยให้ผู้ใช้มีความเสี่ยงได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทำให้มหาวิทยาลัยสามารถบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้**
- เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตแบบครบวงจรที่เข้าถึงได้ทุกอุปกรณ์ รองรับการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง
 - มี Dashboard และระบบ Alert แบบ Real-Time ช่วยค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว ลดการตกหล่นของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ
 - ข้อมูลสุขภาพจิตถูกเชื่อมโยงสู่ฐานข้อมูลกลาง สามารถวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาและสนับสนุนการวางแผนเชิงรุกระดับมหาวิทยาลัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - เปลี่ยนรูปแบบการดูแลจากการรอรับบริการ เป็นการเฝ้าระวัง คัดกรอง และเข้าช่วยเหลือเชิงรุกได้อย่างทันท่วงที
- ปัจจัยความสำเร็จ**
- การพัฒนาระบบแบบ Co-Creation โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรและนักศึกษาจากปัญหาจริงในหน่วยงาน
 - การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและข้อมูลแบบ Real-Time เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว
 - การสนับสนุนจากผู้บริหารและภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการใช้อย่างต่อเนื่องและสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน



Happy Clinic Model: การดูแล สุขภาพจิตแบบบูรณาการเพื่อ สร้างมหาวิทยาลัยแห่งความสุข (Happy University)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี



ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยเป็นพื้นที่ที่นักศึกษาและบุคลากรต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านการเรียน การทำงาน เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และปัญหาการปรับตัว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีมีนักศึกษากว่า 17,000 คน และบุคลากรกว่า 1,700 คน โดยผลการดำเนินงานในปี 2567 พบว่า มีผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต 119 ราย ผู้ผ่านการคัดกรองมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29 มีผู้ต้องส่งต่อเพื่อรับบริการเฉพาะทาง 10 ราย

แม้ว่ามหาวิทยาลัยจะมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาและหน่วยงานช่วยเหลืออยู่แล้ว แต่การดำเนินงานยังเป็นลักษณะแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล เน้นการแก้ปัญหาเมื่อเกิดเหตุ มากกว่าการป้องกันเชิงรุก อีกทั้งผู้รับบริการยังกังวลเรื่องการตีตราและการเข้าถึงบริการ ด้วยเหตุนี้จึงพัฒนา Happy Clinic Model เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการ เปลี่ยนจากการแก้ไขปัญหาเป็นการ ส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง เฝ้าระวัง ดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิด Happy University



กระบวนการทำงาน

- นวัตกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบครบวงจร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้
1. Input จัดตั้งคณะกรรมการ พัฒนานโยบาย แผนงาน งบประมาณ ระบบฐานข้อมูล และสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย
 2. Screening & Early Warning คัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกผ่านแบบประเมิน การสังเกตของอาจารย์ เพื่อน และเครือข่าย พร้อมจัดระดับความเสี่ยงเพื่อวางแผนช่วยเหลือ
 3. Happy Clinic ให้บริการทั้ง On-site และ Online ได้แก่ ประเมินสุขภาพจิต ให้คำปรึกษา ดูแลภาวะวิกฤต ส่งเสริมทักษะชีวิต และสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงความลับและความปลอดภัย
 4. Counseling & Care ดูแลตามระดับความรุนแรง ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาต่อเนื่อง จนถึงการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญในรายวิกฤต
 5. Referral Network ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง พร้อมติดตามร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายบริการ
 6. Follow-up System ติดตามผล ประเมินซ้ำ ประชุมกรณีศึกษา และนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการและนโยบายสุขภาพจิต
 7. Happy University Outcome สร้างระบบสุขภาพจิตที่ยั่งยืน ลดการตีตรา เพิ่มการเข้าถึงบริการ และสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพจิต



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้**
- นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และทั่วถึงมากขึ้น
 - กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ช่วยเหลือ และส่งต่ออย่างทันท่วงที
 - เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ ทั้ง On-site และ Online
 - ลดการตกหล่นของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล
 - มหาวิทยาลัยมีระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพจิตที่สนับสนุนการวางแผนเชิงรุก และการพัฒนางานอย่างยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

- บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพจิต
- มุ่งเน้นการป้องกันและเฝ้าระวังเชิงรุกตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
- ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีสนับสนุนการบริหารจัดการและติดตามผล
- มีบริการทั้ง On-site และ Online พร้อมระบบส่งต่อไร้รอยต่อ
- สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจและสนับสนุนสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง



SRU Mind Care Model

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤษณา สังขมุนีจินตนา
นายโชคชัย มลิวรรณ
โครงการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี



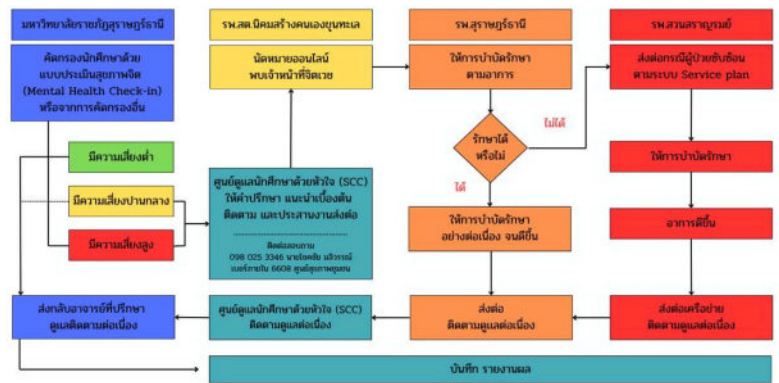
ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีเป็นสถาบัน
อุดมศึกษาที่มีนักศึกษาจำนวนมากจากหลากหลาย
บริบททางสังคมและเศรษฐกิจ จากการดำเนินงาน
ที่ผ่านมา พบว่านักศึกษามีแนวโน้มเกิด ภาวะเครียด
ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการคงอยู่
ในระบบการศึกษา

ปัญหาสำคัญของระบบเดิม คือ

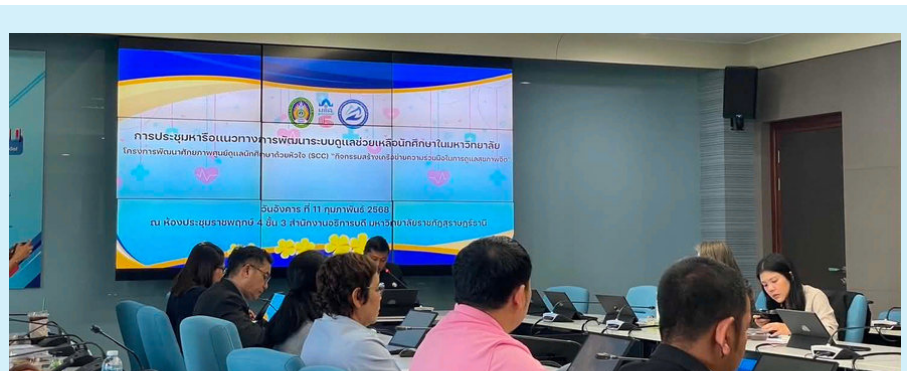
- การช่วยเหลือเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเมื่อเกิดภาวะวิกฤตแล้ว
- ขาดกลไกกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแล
- การประสานงานระหว่างมหาวิทยาลัยกับหน่วยบริการสุขภาพยังไม่เป็นระบบ

ศูนย์สุขภาพชุมชนของมหาวิทยาลัยจึงพัฒนา SCC Mind Care Model เพื่อเป็นระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก โดยบูรณาการการทำงานระหว่างผู้บริหาร อาจารย์ที่ปรึกษา แก่นนำนักศึกษา และเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้นักศึกษาเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และลดการตีตราทางสังคม



กระบวนการทำงาน

- SCC Mind Care Model เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพจิตแบบ Continuum of Care หรือการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการติดตามผล โดยมี 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่
1. Mental Health Check-in ดำเนินการคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตเชิงรุก ผ่านระบบออนไลน์ร่วมกับการสังเกตของอาจารย์ที่ปรึกษาและเครือข่ายภายในมหาวิทยาลัย
 2. Risk Stratification จำแนกระดับความเสี่ยงของนักศึกษาเป็น 3 ระดับ เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสม ได้แก่
 - ความเสี่ยงต่ำ
 - ความเสี่ยงปานกลาง
 - ความเสี่ยงสูง
 3. SCC Assessment ศูนย์ SCC ประเมินปัญหาเชิงลึกรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการในการช่วยเหลือ
 - 4).Care Plan / Case Manager จัดทำแผนดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan) โดยมี Case Manager ประสานการดูแลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและครอบครัวอย่างเป็นระบบ
 5. Fast Track Referral Network กรณีที่มีความเสี่ยงสูง จะส่งต่อผ่านเครือข่ายโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วผ่านระบบ Fast Track ได้แก่
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองขุนทะเล
 - โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 - โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
 6. Follow-up System ติดตามผลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถกลับมาเรียนได้ตามปกติและเรียนจนสำเร็จการศึกษา



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้
- นักศึกษาได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Case Manager และ One Stop Service
 - กลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ และส่งต่อแบบ Fast Track อย่างทันท่วงที
 - ลดการตีตราและส่งเสริมการช่วยเหลือกันผ่าน Peer Support
 - นักศึกษาสามารถเรียนต่อได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีผู้หยุดเรียนจากปัญหาสุขภาพจิต
- ปัจจัยความสำเร็จ
- การบูรณาการเครือข่ายดูแลและระบบส่งต่อแบบ Fast Track
 - การมี Case Manager เป็นผู้ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง
 - การเฝ้าระวังเชิงรุกและการลดการตีตราปัญหาสุขภาพจิต
 - ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลนักศึกษาอย่างเป็นระบบ



360 องศา Model ดูแลใจ @ PSU Pattani

นางสุธิรา โกลมาลัย
นางสาวปัทมา มูฮิตาปี
งานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะ กองพัฒนานักศึกษา
และศิษย์เก่าสัมพันธ์วิทยาเขตปัตตานี



ที่มาและความสำคัญ

ม.สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ตั้งอยู่พื้นที่ชายแดนใต้ บริบทสังคม/วัฒนธรรม/ความมั่นคงเฉพาะ นักศึกษาเผชิญความเครียด วิตกกังวล ปัญหาครอบครัว/เศรษฐกิจ การปรับตัว และเหตุการณ์ความไม่สงบต่อเนื่อง สอดคล้องแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาทั่วประเทศที่เพิ่มขึ้น (ซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง เสี่ยงฆ่าตัวตาย) ดูนักศึกษากว่า 8,000 คน แต่ช่วงเริ่มต้นไม่มีนักจิตวิทยาประจำ/หน่วยบริการจิตเวชในมหาวิทยาลัย เข้าถึงบริการเฉพาะทางยาก และเดิมเป็นการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหามากกว่าป้องกันเชิงรุก

จึงพัฒนา “360 องศา Model ดูแลใจ @ PSU Pattani” โดยมีเป้าหมาย “อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นศูนย์” พร้อมยกระดับจากดูแลรายบุคคลสู่ระบบนิเวศครอบคลุมส่งเสริม เฝ้าระวังคัดกรอง ให้คำปรึกษา ส่งต่อ ติดตาม พื้นฟู และเครือข่าย เป็นการบูรณาการนวัตกรรมเชิงกระบวนการและบริการ ทำงานสหวิชาชีพ ใช้ DASS-21 เชื่อมฐานข้อมูล Dashboard Real-time ระบบ Case Management (CCFR+2R) Wellness Center PSU Pattani เครือข่าย Blue Angel Family บูรณาการรายวิชาศึกษาทั่วไป และวัคซีนใจ 24 สายพันธุ์



กระบวนการทำงาน

- ขั้นตอนการดำเนินงาน (PDCA-PaR)
- 1. Plan (วางแผน)** วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต กำหนดเป้าหมาย Zero Suicide พัฒนาระบบคัดกรองออนไลน์ ระบบ Case Management และเครือข่ายส่งต่อ
 - 2. Do (ดำเนินงาน)** ให้บริการผ่าน Wellness Center ทั้ง Walk-in, Online Counseling, Hotline, Relax Room และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต พร้อมพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง
 - 3. Check (ติดตามประเมินผล)** ติดตามผลการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การดูแลรายกรณี และประสิทธิภาพระบบส่งต่อ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงงาน
 - 4. Act (พัฒนาปรับปรุง)** ปรับปรุงระบบบริการ แนวปฏิบัติ และแผนเผชิญเหตุ พร้อมขยายผลสู่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
 - 5. Participation (การมีส่วนร่วม)** บูรณาการความร่วมมือของผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร นักศึกษา ผู้ปกครอง และเครือข่ายสุขภาพจิต
 - 6. Record & Report (บันทึกและรายงาน)** พัฒนาฐานข้อมูลและ Dashboard แบบ Real-time เพื่อวิเคราะห์ ติดตาม และรายงานผลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย



จุดเด่นของนวัตกรรม

- ผลลัพธ์ที่ได้
- เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตแบบ 360 องศา ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแล ส่งต่อ และฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
 - นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้รวดเร็วมากขึ้น ได้รับการดูแลและส่งต่ออย่างเหมาะสม
 - มีระบบฐานข้อมูลและ Dashboard สนับสนุนการติดตามและบริหารจัดการผู้มีความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ
 - เกิดเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ช่วยเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม
 - เป็นต้นแบบการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในสถาบันอุดมศึกษา และสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้
- ปัจจัยความสำเร็จ**
- การขับเคลื่อนภายใต้นโยบาย Zero Suicide ที่มีเป้าหมายชัดเจน
 - การบูรณาการความร่วมมือของผู้บริหาร บุคลากร นักศึกษา ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่าย การใช้เทคโนโลยีและฐานข้อมูลแบบ Real-time เพื่อสนับสนุนการ



I CARE U

ศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม
ผศ.ดร.ชลพร กองคำ
นางสาวกษณิศา เนตรสาคร
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

หน้าหลัก

I care U
@541foapp

ทาร์เก็ตรีช

243

ข้อความส่งฟรี

0 / 300

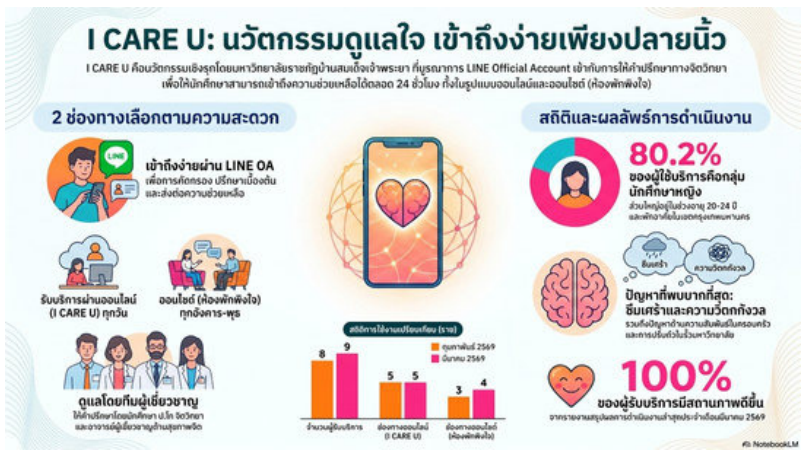
พร้อมแคสดีข้อความ

ต่อไปก็เพิ่มเพื่อนของบัญชี
ทางการอย่างมีประสิทธิภาพ
เหลืออีก 2 ขั้นตอน

ที่มาและความสำคัญ

บริบทและที่มาของนวัตกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาส่วนหนึ่งเผชิญปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล การปรับตัว การเรียน และความสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สุขภาวะทางจิต และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา มหาวิทยาลัยจึงพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกภายใต้แนวคิด “มองเห็น เข้าใจ ใส่ใจ และดูแล” เพื่อเชื่อมโยงการเฝ้าระวัง คัดกรอง ให้คำปรึกษา และส่งต่อความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

โดยนำ LINE Application ซึ่งเป็นช่องทางที่นักศึกษาคุ้นเคยและใช้งานในชีวิตประจำวัน มาเป็นเครื่องมือหลักในการเข้าถึงบริการ ช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ลดความกังวลในการขอรับคำปรึกษา และเพิ่มโอกาสให้นักศึกษาเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรมนี้พัฒนาขึ้นโดยนำองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาการปรึกษา บูรณาการเข้ากับแพลตฟอร์ม LINE Official Account (LINE OA) เพื่อเป็นระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก มีขั้นตอนการทำงานสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่:

- เข้าถึง (Access): นักศึกษาแอดไลน์ผ่าน QR Code เพื่อเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- คัดกรอง (Screening): ทำแบบประเมินสุขภาพจิตและความเครียดเบื้องต้นผ่านระบบเพื่อจำแนกระดับความเสี่ยง
- ให้การปรึกษาและช่วยเหลือ (Counseling & Support): ให้บริการปรึกษาเบื้องต้นโดยนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาสาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ และยึดหลักรักษาความลับ
- ส่งต่อ (Referral): ประสานส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบในกรณีที่เป็นเคสซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง
- ติดตามผล (Follow Up): ติดตามผลผ่านระบบ LINE OA เพื่อประเมินความก้าวหน้าและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

เครียด... กังวล... ไม่สบายใจ...

เราพร้อม... เคียงข้างคุณ

ขอคำปรึกษากับเรา...

วันอังคาร - วันพุธ
11.30 - 13.00 น.
ห้องพักพิงใจ อาคาร 3 ชั้น 1

ให้คำปรึกษาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจิตวิทยาการปรึกษา
สำนักบริหารกิจการนักศึกษา ร่วมกับ สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัย

นัดหมายขอคำปรึกษา แอดเลย ▶

ห่วงใยคุณ
ทุกความรู้สึก

จุดเด่นของนวัตกรรม

- ### ผลลัพธ์ที่ได้
- นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่องมากขึ้น
 - กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ช่วยเหลือ และส่งต่อได้อย่างทันท่วงที
 - นักศึกษามีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตตนเองเพิ่มขึ้น
 - เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงการคัดกรอง ดูแล ส่งต่อ และติดตามผลอย่างเป็นระบบ
- ### ปัจจัยความสำเร็จ
- ใช้แพลตฟอร์มที่นักศึกษาคุ้นเคย เข้าถึงง่ายทั้ง Online และ On-site
 - มีระบบคัดกรอง ติดตาม และส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
 - ระบบข้อมูลปลอดภัย สร้างความเชื่อมั่นในการใช้บริการ
 - ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง



PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจชุมชน

PCU and community mental health



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ใช้ความรุนแรง (KPS Model)

นางสาวหัตถญา เพ็ญนสิน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปลาสร้อย จังหวัดกำแพงเพชร



ที่มาและความสำคัญ

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ในพื้นที่อำเภอปางศิลาทอง พบว่าในตำบลปางตาไ้วมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรวมจำนวน 16 ราย โดยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปลาสร้อย จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในตำบลปางตาไ้ว จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าปัญหาสำคัญในพื้นที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า, ผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การใช้สารร่วมกับภาวะทางจิตเวช ผู้ป่วยบางมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ถู้อาวุธ และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หมู่บ้านที่พบปัญหาสูงที่สุดคือ หมู่ 8 ซึ่งพบผู้ป่วยถึง 6 ราย โดยส่วนใหญ่มีปัจจัยร่วมระหว่างยาเสพติดกับโรคจิตเภท เช่น เสพยาบ้าแล้วอาการทางจิตกำเริบ ,ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหายาเสพติดความต่อเนื่องในการรักษา และการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน อสม. และหน่วยบริการสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด



กระบวนการทำงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปลาสร้อยได้กำหนดแนวทางการดูแลแบบเชิงรุก (KPS Model) โดยใช้การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการซ้ำอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) ร่วมกัน โดยนำแนวคิดและกระบวนการจาก “คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว (Transformative Mental Health in Primary Health Care)” มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมภายใต้แนวคิด “ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน คือทีมเดียวกัน” เครื่องมือและกระบวนการสำคัญมาใช้ ได้แก่

1. การคัดกรองสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียดและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมถึงประเมินผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
2. แนวคิด “4 สร้าง 2 ใช้” (วัดขึ้นใจในชุมชน) ใช้เป็นกรอบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน
3. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและร่วมออกแบบกิจกรรมสุขภาพจิตในพื้นที่
4. การเยี่ยมบ้านและดูแลเชิงรุกโดยทีมหมอครอบครัวดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน และญาติผู้ดูแล เพื่อประเมินอาการ ติดตามการกินยา ประเมินความเสี่ยงและให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วย
5. การใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน อสม. และผู้นำท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง



บันทึกข้อตกลง (MOU)

ว่าด้วยความร่วมมือการป้องกัน เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอปางศิลาทอง

ระหว่าง

อำเภอปางศิลาทอง สถานีตำรวจภูธรปางศิลาทอง โรงพยาบาลปางศิลาทอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางศิลาทอง องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง

องค์การบริหารส่วนตำบลหินลาด องค์การบริหารส่วนตำบลปางตาไ้ว กำนันตำบลโพธิ์ทอง

กำนันตำบลหินลาด กำนันตำบลปางตาไ้ว และผู้เกี่ยวข้องกำแพงเพชรธรรมสถาน จุดปางศิลาทอง

จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ควบคุมอาการดีขึ้น ลดภาวะกำเริบและความรุนแรงในชุมชน ดำรงชีวิตร่วมครอบครัวได้ปลอดภัยขึ้น
- ครอบครัวมีความรู้และทักษะดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สังเกตและประสานขอความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง ลดความเครียด/ภาระผู้ดูแล
- ชุมชนตระหนักและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพจิตมากขึ้น เกิดระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชระดับหมู่บ้าน
- ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจและเกื้อกูล

ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลปางศิลาทอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด



Smile Volunteer อสม.ใกล้ใจ นวัตกรรมคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยพลัง อสม. และระบบดิจิทัล

ว่าที่ร้อยตรีหญิงศศิธร รัตติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวลัดดาวัลย์ แก้วทวี นักสาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทุ่มล้ม จังหวัดนครปฐม



ที่มาและความสำคัญ

ตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ชุมชนเมืองกึ่งชนบท มีความหลากหลายของ ประชากร ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตมีลักษณะ ชับซ้อน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และ ผู้ดูแลในครอบครัว จากการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุ 25 % ต้องอยู่บ้านเพียงลำพังเนื่องจาก บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้มีความเครียด จากการใช้ชีวิตประจำวัน จากข้อมูลปี 2568 พบว่าผู้ สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 10 นอกจากนี้ พื้นที่ยังมี กลุ่มญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านจำนวน 98 ราย ซึ่งต้องรับการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้พัก ผ่อนน้อย เกิดภาวะเครียดสะสม จากการคัดกรอง เชิงรุกโดย อสม. พบว่าญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมี ภาวะเครียดสูงถึงร้อยละ 20 ปัญหาสำคัญของระบบเดิม คือ การดูแลสุขภาพจิตมักเป็นการตั้งรับ ประชาชน ไม่กล้าเข้ามาปรึกษาด้วยตนเอง เพราะกังวลเรื่องการ ถูกตีตรา มองว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องไกลตัว ส่งผลให้ กลุ่มเสี่ยงอาจหลุดจากระบบบริการ และไม่ได้รับการ ดูแลอย่างทันท่วงที sw.สท.ตำบลกระทุ่มล้ม จึงพัฒนา นวัตกรรม Smile Volunteer อสม.ใกล้ใจ คัดกรอง สุขภาพจิตในชุมชนด้วยพลัง อสม. และระบบดิจิทัล โดยใช้ จุดแข็งของพื้นที่ คือ อสม.ที่ใกล้ชิดประชาชน ผสาน กับระบบคัดกรองออนไลน์ของ sw.สท.กระทุ่มล้ม เพื่อ เปลี่ยนการทำงานจาก “รอให้ประชาชนมาหา” เป็น “เดิน เข้าไปค้นหา รับฟัง ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน”

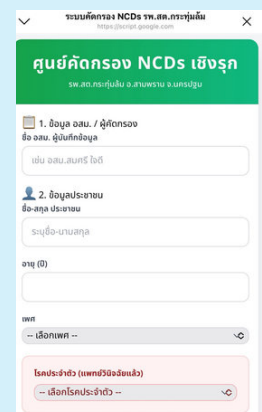
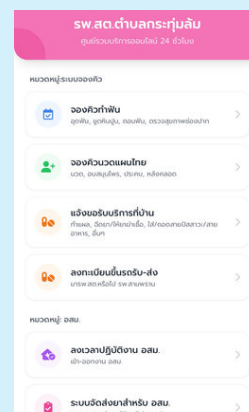


กระบวนการทำงาน

Smile Volunteer อสม.ใกล้ใจ คือ นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชน โดยอสม.ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ค้นหากลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ จากนั้นใช้แบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ที่บูรณา การเครื่องมือ ST-5 และ 2Q เพื่อคัดกรองความเสี่ยง เมื่อพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ข้อมูลจะถูกส่งเข้าสู่ระบบของ sw.สท.โดยทันที เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประเมินเพิ่มเติม รวมถึงให้คำปรึกษา วางแผนการเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการ และส่งต่อเข้าสู่ ระบบบริการเฉพาะทางเมื่อจำเป็น โดยมีครอบครัวและชุมชนร่วมเป็นเครือข่าย ในการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมายหลัก 1. ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว 2. ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยติด เทียง 3. กลุ่มเปราะบางที่พบจากการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และ ครอบครัวที่มีภาระดูแลสูง

ผู้ดำเนินการหลัก 1. อสม. Smile Volunteer ทำหน้าที่ค้นหา คัดกรอง รับฟัง เบื้องต้น และแจ้งทีม sw.สท. 2. เจ้าหน้าที่ sw.สท.กระทุ่มล้ม ทำหน้าที่ประเมิน ข้ำ ให้คำปรึกษา วางแผนเยี่ยมบ้าน และส่งต่อเมื่อจำเป็น 3. ครอบครัวและ ชุมชน ทำหน้าที่ช่วยดูแล สนับสนุน และเฝ้าระวังต่อเนื่อง



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเชิงรุกเพิ่มขึ้นเป็น 81.9%
- มี อสม. Smile Volunteer ถึง 95 คน อสม.ใกล้ใจ 128 คน และด่านเฝ้าระวัง สุขภาพใจ 24 จุดในชุมชน
- เป็นต้นแบบการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบท พื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

- การผสานพลังชุมชนกับเทคโนโลยีดิจิทัล เกิดระบบคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกที่ เข้าถึงประชาชนได้รวดเร็ว ลดข้อจำกัดจากการตีตราทางสังคม ทำให้ประชาชน กล้าเปิดใจรับการดูแลมากขึ้น
- การยกระดับบทบาท อสม. จากผู้ดูแลสุขภาพกายสู่ผู้ดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งกาย และใจ สร้างเครือข่ายความ ร่วมมือระหว่าง อสม. sw.สท. ครอบครัว และชุมชน ให้เข้มแข็งขึ้น



“บ้านใหม่โมเดล” รูปแบบการพัฒนา ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยใช้กลไกชุมชนแบบบูรณาการสู่การดำเนินงานตำบลยั่งยืนเพื่อ แก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร

นางสาวกรณีย์ ศรีกังพาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา



ที่มาและความสำคัญ

อำเภอนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ชนบทขนาดใหญ่ที่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเฉพาะทางยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและการเฝ้าระวังในชุมชน ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2569 พบผู้ป่วยจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V สะสม 210 ราย และในตำบลบ้านใหม่ 19 ราย ซึ่งประสบปัญหาขาดยา ขาดนัด กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวและการตีตราในชุมชน จากการวิเคราะห์ระบบบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายพบว่าระบบเดิมยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การเฝ้าระวังผู้ป่วยเป็นแบบตั้งรับการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ การติดตามหลังจำหน่ายไม่ต่อเนื่อง และครอบครัวยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยหลุดจากระบบการรักษา กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ขณะที่ชุมชนยังไม่มีกลไกตอบสนองต่อเหตุการณ์วิกฤตได้อย่างทันก่วงที่ ด้วยศักยภาพของเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง ได้แก่ อบก. อสม. และผู้นำชุมชน จึงพัฒนา “บ้านใหม่โมเดล (Banmai Model)” โดยบูรณาการการดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน ผ่านระบบเฝ้าระวังเชิงรุก การจัดการรายกรณี และเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเปลี่ยนการดูแลจากการตั้งรับเป็นเชิงรุก ลดการกำเริบ ลดการใช้สารเสพติดซ้ำ ลดความรุนแรง และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรม “บ้านใหม่โมเดล (Banmai Model)” เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่พัฒนาภายใต้แนวคิด “ชุมชนเฝ้าระวัง ชุมชนดูแล ชุมชนฟื้นฟู” โดยปรับรูปแบบการบริการจากการรอให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ (Passive Care) สู่การดูแลเชิงรุกในชุมชน (Proactive Community-based Mental Health Care) ผ่านความร่วมมือของโรงพยาบาลรพ.สต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย 4 กลไกสำคัญ

- 1) ระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดย อสม. ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาและแจ้งเตือนผู้ป่วยที่มีสัญญาณเสี่ยง เช่น ขาดยา ขาดนัด หรือกลับไปใช้สารเสพติด
- 2) ระบบจัดการรายกรณีที่ทีมสหวิชาชีพประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแลรายบุคคล และติดตามอย่างต่อเนื่อง
- 3) ทีมจิตเวชฉุกเฉินระดับตำบล เพื่อประเมิน ระบุเหตุ และส่งต่อผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว
- 4) การเสริมพลังชุมชน โดยพัฒนาศักยภาพครอบครัวผู้ดูแล อสม. และภาคีเครือข่าย พร้อมดำเนินกิจกรรมลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติด เพื่อส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างเข้าใจ

จุดเด่นคือ การบูรณาการทุกภาคส่วนให้ทำงานเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง ดูแล ตอบสนองภาวะวิกฤต และติดตามฟื้นฟูในชุมชน ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ก่อนเกิดเหตุรุนแรง ลดการขาดยา การขาดนัด การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และการกำเริบของโรค พร้อมยกระดับสู่ต้นแบบระบบสุขภาพจิตปฐมภูมิที่สามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) ลดจาก 21.05% เหลือ 5.26% ผู้ป่วยขาดนัดลดจาก 21.05% เหลือ 5.26% ผู้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำลดจาก 21.05% เหลือ 10.52% ขณะที่การติดตามต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น 89.47%
- เกิดระบบบริการสุขภาพจิตปฐมภูมิแบบบูรณาการครอบคลุมทั้ง 12 ตำบล ผู้ป่วย SMI-V เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ชุมชนมีศักยภาพในการเฝ้าระวังและฟื้นฟูผู้ป่วย ลดเหตุการณ์ความรุนแรง และพัฒนาต้นแบบ Transformative Mental Health in Primary Health Care ผ่านกลไก พชอ.-พชต. อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยความสำเร็จ

- ใช้แนวคิด Together for Mental Wellness สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมดูแลผู้ป่วย ผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลรพ.สต. อบก. ฝ่ายปกครอง อสม. ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน และครอบครัว
- ขับเคลื่อนด้วย Community-Based Early Warning System, Data-driven Community Care และการเชื่อมโยงกับกลไก พชอ.-พชต. และตำบลยั่งยืน ทำให้การดูแลต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน



การพัฒนาารูปแบบ KAOKHAM Care Plus Model ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยชุมชนล้อมรั้ง ตำบลเก่าขาม อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาววาสนา ศรีพูล ผู้อำนวยการรพ.สต.สุขวัฒนา
นางสาวนวลฉวี หินกอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขวัฒนา จังหวัดอุบลราชธานี



ที่มาและความสำคัญ

ปัญหายาเสพติดในตำบลเก่าขามมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยมีผู้ใช้ยาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 54.32 ในช่วงปี 2565-2567 ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงก่อความรุนแรง และเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย สะท้อนว่าปัญหาเสพติดได้ขยายผลกระทบไปสู่ครอบครัวและความปลอดภัยของชุมชนโดยตรง จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าช่องว่างสำคัญคือ “หลังการบำบัด” ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลับบ้านโดยไม่มีแผนฟื้นฟูรายบุคคล ครอบครัวไม่มั่นใจในการดูแล ชุมชนยังมีการตีตรา และหน่วยบริการไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้เพียงลำพัง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลุดจากระบบและกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขวัฒนาในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงพัฒนา KAOKHAM Care Plus Model ภายใต้แนวคิด “ชุมชนล้อมรั้ง” เพื่อเปลี่ยนการดูแลจากระบบที่หน่วยบริการเป็นศูนย์กลาง ไปสู่ระบบที่ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของการฟื้นฟู โดยบูรณาการการค้นหา บำบัด ฟื้นฟู ติดตาม ป้องกันการเสพติด และดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง



กระบวนการทำงาน

KAOKHAM Care Plus Model เป็นนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐานและพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภายใต้กลไกทีมฟื้นฟูโดยชุมชน (Community Recovery Team: CRT) ที่มี รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลรายกรณี เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย กระบวนการทำงานเริ่มจากการค้นหา และจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย จากนั้นจัดทำแผนฟื้นฟูรายบุคคล ประชุมทีม CRT เยี่ยมบ้าน เสริมแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ติดตามพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด เฝ้าระวังอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อความรุนแรง ส่งเสริมอาชีพหรือบทบาททางสังคม และถอดบทเรียนร่วมกับชุมชนเป็นระยะ ทำให้การดูแลไม่หยุดยั้ง ที่การรักษา แต่ต่อเนื่องถึงการกลับคืนสู่ชีวิต ครอบครัว และชุมชนอย่างมีคุณภาพ เปลี่ยนระบบจาก Provider-centered Care เป็น Community-owned Recovery โดยใช้ชุมชนเป็นพื้นที่ฟื้นฟู ใช้ครอบครัวเป็นพลังดูแล ใช้ อสม. และผู้นำชุมชนเป็นด่านหน้า และใช้ รพ.สต. เป็นศูนย์ประสานการดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

KAOKHAM Care Plus Model ส่งผลให้เกิดระบบดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งของครอบครัวเพิ่มขึ้น สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 30 และลดการใช้ได้ร้อยละ 50 ชุมชนลดการตีตรา เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับมามีบทบาทในสังคม และไม่พบเหตุการณ์ความรุนแรงจากยาเสพติดในพื้นที่ตลอดระยะเวลาดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน ผ่านกลไก พชอ. และ CRT
- การใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ควบคู่กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พัฒนานวัตกรรมตามบริบทพื้นที่
- การเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้เป็นหุ้นส่วนในการฟื้นฟู ส่งผลให้เกิดระบบดูแลที่ชุมชนเป็นเจ้าของ มีความยั่งยืน และสามารถขยายผลสู่พื้นที่และกลุ่มเปราะบางอื่นได้



เขากะหลุมเดอล พลังใจ พลังชุมชน (Khao Thalu Model: Mental Strength and Community Power)

นางสาวณลิยา ยืนนาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสวี จังหวัดชุมพร



ที่มาและความสำคัญ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตในพื้นที่
อำเภอสวี มียอดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสะสม 3 ปีย้อนหลัง
(2566-2568) สูงถึง 20 ราย ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย
ของประเทศ โดยตำบลเขากะหลุม ในปีงบประมาณ 2568
พบผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 3 ราย
(คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมดในอำเภอ
สวี) นอกจากนี้ยังพบกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยง
สูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 6 ราย
เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงโครงสร้างและพฤติกรรม
พบปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาโรคทางกายเรื้อรัง และ
ภาวะหนี้สินทางเศรษฐกิจ การติดตามผู้ป่วยจิตเวชใน
ชุมชน รวมถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ระบบ
บริการเดิมเน้นการตั้งรับในสถานพยาบาล ขาดการ
ติดตามเชิงรุกที่ต่อเนื่อง และขาดการบูรณาการพลัง
ภาคประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลสวีจึง
พัฒนา “เขากะหลุมเดอล พลังใจ พลังชุมชน” ขึ้น
ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยบูรณา
การความร่วมมือของ “บ้าน วัด โรงเรียน และชุมชน”
เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ และดูแล
สุขภาพจิตเชิงรุกอย่างครบวงจร



กระบวนการทำงาน

“เขากะหลุมเดอล พลังใจ พลังชุมชน” เป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพจิตเชิงรุก
ที่พัฒนาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยบูรณา
การความร่วมมือของ บ้าน วัด โรงเรียน และส่วนราชการ (บวร.ส.) เพื่อสร้าง
ระบบดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างครบวงจร
กระบวนการดำเนินงานเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาในพื้นที่ พัฒนา
ศักยภาพแกนนำชุมชนและ อสม. ให้เป็นนักสืบสัญญาณใจ จัดตั้งระบบสายด่วน
และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 24 ชม. เปิดคลินิกสุขภาพจิตสัญจรออกให้
บริการเชิงรุกในโรงเรียนและวัด เพื่อลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงบริการใน
กลุ่มเปราะบาง และคัดกรองเชิงรุกด้วยเครื่องมือมาตรฐาน พร้อมพัฒนา
ศักยภาพเครือข่ายและเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มเยาวชน ผู้ป่วยจิตเวช
พระสงฆ์ ครอบครัวผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ระบบบริการเปลี่ยนจาก
การตั้งรับ (Passive) เป็นการ “รุกเข้าหาชุมชน” (Proactive) และเปลี่ยนจากการ
ของสาธารณสุขฝ่ายเดียว เป็นการใช้ “พลังชุมชน” ในการเฝ้าระวังและส่งต่อ
อย่างเป็นระบบ



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

“เขากะหลุมเดอล พลังใจ พลังชุมชน” ส่งผลให้เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกที่บูรณาการ
ความร่วมมือของ บวร.ส. และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมการเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ
และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เกิดนวัตกรรมคลินิกสุขภาพจิตสัญจร เพื่อลดอุปสรรคด้านการ
เดินทางและการตีตรา สายด่วนใส่ใจเขากะหลุม และระบบ Fast Track ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ
เชิงรุก โดยสามารถคัดกรองนักเรียนกลุ่มเป้าหมายได้ครบ 100%
และค้นพบผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่การรักษาได้ทันเวลาที่ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลงจาก
3 ราย เหลือ 0 ราย แกนนำชุมชนมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ชุมชนลดการตีตรา
ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวมีระดับความเครียดลดลงและมีสัมพันธภาพดีขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- เกิดจากการใช้ข้อมูลจริงเป็นฐาน
- การพัฒนาและเสริมศักยภาพ อสม. การจัดบริการเชิงรุกที่เข้าถึงง่าย
- และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตที่ชุมชน
- เป็นเจ้าของและระบบนิเวศการดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง



สานพลังพหุวัฒนธรรม ขับเคลื่อนสุขภาพจิตแบบองค์รวม ในทุกกลุ่มวัยอย่างยั่งยืน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

นายแพทย์อูษิต วังทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก
นางอังคณา วังทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี
นายไพบุลย์ จามสกุลพัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม
นางสาวรัตติยา คงมาก ผู้อำนวยการรพ.สต. ยานี จังหวัดปัตตานี
นางสาวณภาพร หาญณรงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12



ที่มาและความสำคัญ

พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ ประชากรร้อยละ 87.81 นับถือศาสนาอิสลาม และเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์ความไม่สงบอย่างเรื้อรัง ส่งผลให้ประชาชนเผชิญภาวะวิกฤต ความเครียด และวิตกกังวลสูง จากข้อมูลปีงบประมาณ 2568 พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่อยู่เพียงร้อยละ 65-70 ซึ่งต่ำกว่า เป้าหมาย (ร้อยละ 80) เนื่องจากการขาดความเข้าใจ การตีตรา และความกลัวจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากนี้ ปัญหามืออาชีพจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีความท้าทายอย่างมาก สถิติย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568) พบว่าผู้ป่วย SMI-V ให้ความร่วมมือในการรักษารอบปีแรกเพียงร้อยละ 50 และลดลงในปีถัดไป ปัจจัยหลักเกิดจากการขาดยา (ร้อยละ 26.32) ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (ร้อยละ 21.05) และการใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 36.84 คณะกรรมการพหุ.หนองจิก จึงได้กำหนดให้เป็นวาระสำคัญ (ODOP) เพื่อสร้างรูปแบบบริการที่ผสมผสานหลักศาสนาเข้ากับนโยบายการแพทย์ปฐมภูมิ



กระบวนการทำงาน

การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิต จากการตั้งรับในโรงพยาบาลสู่การดูแลเชิงรุกในชุมชน โดยใช้วัดและมัสยิดเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และขับเคลื่อนผ่านกลไกทีมหมอครอบครัว "3 หมอผสานอุกมปากัต" ประกอบด้วยเครือข่ายชุมชน, เจ้าหน้าที่ PCU และแพทย์ ทำงานร่วมกันตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษา วางแผนดูแล และติดตามต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานด้านสุขภาพจิต ควบคู่กับการดูแลตามหลักศาสนาอิสลามวิถีชุมชน และการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา พร้อมพัฒนาคู่มือ แผนการดูแล และสื่อสุขภาพจิต 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินกลุ่ม SMI-V ครอบคลุม 3 ระยะ คือ Pre-hospital care ระดับเหตุร่วมกับคณะทำงาน พรบ.สุขภาพจิตระดับอำเภอ (ฝ่ายปกครอง/ตำรวจ) ร่วมกับระดับชุมชน (คณะกรรมการหมู่บ้าน), In-hospital care การรักษาในโรงพยาบาล และ Post-hospital care มีการดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน 10 ด้านในชุมชนด้วยทีม 3 หมอต่อเนื่องทุกเดือน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- นวัตกรรมนี้ส่งผลให้เกิดระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกแบบพหุวัฒนธรรม ผ่านกลไก ทีม 3 หมอผสานพลังพหุวัฒนธรรม (อุกมปากัต) รวมถึงระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำร้อยละ 100 ชุมชนและผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้นลดอัตราความรุนแรงในพื้นที่
- ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบ MI มีการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตดีขึ้น รวมถึงหลังได้รับโปรแกรม SBC กลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีคะแนนความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงและสามารถปรับตัวกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ถึงร้อยละ 53.3 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น
- ชุมชนลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับสูง และเกิดชุมชนต้นแบบ "หนองจิกสุขภาพจิตดี"

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการผ่านกลไก พหุ. และเครือข่ายอุกมปากัต การประยุกต์หลักศาสนาร่วมกับการรักษาทางแพทย์ การใช้สื่อ 2 ภาษา ที่สอดคล้องบริบทพื้นที่ และระบบทีม 3 หมอที่เข้มแข็ง เชื่อมโยงการดูแลติดตามเฝ้าระวังที่บ้าน ในชุมชน ไปจนถึงการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

การดูแลจิตใจผู้สูงอายุ
healthful ageing

เขียงบานโมเดล: นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการชีวิบาลในชุมชนเพื่อการเยียวยาจิตใจและมีจิตวิญญาณอย่างไรร้อยต่อ

นางสาวสุรภีย ชนะพิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขียงบาน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา อำเภอเขียงคำ จังหวัดพะเยา



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรมนี้เปลี่ยนรูปแบบจากการตั้งรับในสถานบริการ มาเป็นการดูแลและเยียวยา มีจิตวิญญาณเชิงรุก โดยอาศัยพลังความร่วมมือและความเอื้ออาทรจากคนในชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ขับเคลื่อนด้วยวงจรคุณภาพ (PDCA) มีกระบวนการทำงาน ดังนี้

- ใช้ระบบฐานข้อมูลปฐมภูมิร่วมกับเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก (2Q, 9Q, และ 8Q) เพื่อจำแนกความเร่งด่วนของผู้สูงอายุ
- มีการจัดบริการฟื้นฟูทางกายคู่กับการเยียวยาจิตวิญญาณ เช่น สมาริบำบัด ธรรมะบำบัด ประเพณีพิธีกรรมความเชื่อ “ตานข้าว” และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หากพบผู้มีความเสี่ยงจะเชื่อมโยงระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อปรึกษาจิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางอย่างไรร้อยต่อ
- มีการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านหลักสูตรพัฒนาศักยภาพให้เป็น “อสม.เชี่ยวชาญใจ” จัดตั้ง “ธนาคารความสุข” ให้ผู้สูงอายุที่ยังเข้าสังคมได้ทำกิจกรรมเชิงบวก เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง และมีโปรแกรมลดความเครียดสะสมสำหรับผู้ดูแล

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลเขียงบาน อำเภอเขียงคำ จังหวัดพะเยา ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 29.5 ของประชากรทั้งหมด ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่วัยทำงานต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลแบบประคับประคอง เพิ่มขึ้นกับปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความโดดเดี่ยว ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล รวมถึงพบความเครียดสะสมในกลุ่มญาติและผู้ดูแล แม้จะมีระบบการดูแลทางกายแต่ยังคงมีลักษณะตั้งรับในสถานบริการ และมีมุมมองข้ามมิติด้านจิตใจเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร จึงเกิดแนวคิดในการบูรณาการทุนทางสังคมและระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเข้าด้วยกัน เพื่อจัดตั้งสถานชีวิบาลชุมชนอ้อมอักษุชุมชนตำบลเขียงบาน สำหรับเป็นนวัตกรรมเชิงระบบในการดูแลและเยียวยาผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวม



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ และจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ และเป็นสถานชีวิบาลต้นแบบแห่งแรกของจังหวัดพะเยา ในด้านสุขภาพพบว่าอัตราผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยติดเตียงมีความสุขเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยระยะท้ายสามารถจากไปอย่างสงบ ภาวะความเครียดของผู้ดูแลลดลงและมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ ชุมชนยังมีความเข้มแข็ง เกิดความเอื้ออาทร และไร้ทัศนคติตราบาต่อผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในชุมชนที่มองว่าศูนย์ดูแลเป็นเหมือนบ้านหลังที่สองและร่วมกันสนับสนุน
- การได้รับวิสัยทัศน์และการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณอย่างจริงจังจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การพัฒนาทักษะให้อำนาจแก่ อสม. ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตใจ ซึ่งช่วยลดปัญหาข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ได้จริง

คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชน

นางสาวชมพูนุท มีชัย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไคร้
อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์



ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไคร้ พบว่ามีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ 1,484 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ 587 คน คิดเป็นร้อยละ 39.56 ของประชากรทั้งหมด และจากการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2569 พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q Plus จำนวน 570 ราย ร้อยละ 97.10 พบกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า 8 ราย ร้อยละ 1.40 โดยผลการประเมิน 9Q พบผู้สูงอายุ 2 ราย มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย และไม่พบแนวโน้มการฆ่าตัวตายจากการประเมิน 8Q อย่างไรก็ตาม กลไกการดำเนินงานในชุมชนยังขาดระบบที่ชัดเจน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังขาดทักษะในการส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้การติดตามดูแลไม่ครอบคลุม จึงเกิดการพัฒนา “นวัตกรรมคู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ อสม. และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยบูรณาการการคัดกรองสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาแบบ Screening and Strength-Based Brief Intervention (SSBI) และกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ



กระบวนการทำงาน

- นวัตกรรม “คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และภาคีเครือข่าย ให้สามารถคัดกรอง เฝ้าระวัง เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ
- ดำเนินงานผ่าน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q การจัดกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การติดตามกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการ Screening and Strength-Based Brief Intervention (SSBI) การสร้างการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุและชุมชน การพัฒนาศักยภาพ อสม. และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์
- ใช้การเยี่ยมบ้านเชิงรุกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ในด้านผลผลิต ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครอบคลุมถึงร้อยละ 97.10 ในด้านผลลัพธ์เชิงประจักษ์ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 100 มีระดับอาการซึมเศร้า (9Q) ลดลงสู่เกณฑ์ปกติ และไม่พบแนวโน้มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ อสม. ยังมีความมั่นใจในการคัดกรองและเฝ้าระวังมากขึ้น ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของทุกภาคส่วน ทั้ง อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และครอบครัว
- ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 2
- การประยุกต์ใช้กระบวนการ SSBI ร่วมกับกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และความเหมาะสมของคู่มือที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของพื้นที่

“โนนพลองรู้ทันใจ” ด้วย Home Visit Alert ระบบเยี่ยมบ้านเชิงรุก เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

นางอังศนา เทพประทุม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอินทราสุรณี
ตำบลโนนพลอง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์



ที่มาและความสำคัญ

ตำบลโนนพลองในปี 2569 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 890 คน คิดเป็นร้อยละ 25.28 ของประชากรทั้งหมด จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ได้รับการคัดกรอง ADL จำแนกตามระดับคะแนน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 841 คน คิดเป็นร้อยละ 94.49 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 4.72 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.79 จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 890 คน พบมีความเสี่ยง 12 คน ผลปกติ 878 คน พบกลุ่มเสี่ยงที่ขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบกับสถิติในปี 2568 อ.สามชัย มีอัตราฆ่าตัวตายสูงถึง 21.24 ต่อแสนประชากร (พบใน ต.โนนพลอง 2 ราย คือผู้สูงอายุและวัยทำงาน) สาเหตุหลักเกิดจากความเหงา การงานหนัก และขาดกิจกรรมทางสังคม ปัญหาสำคัญคือระบบดูแลสุขภาพจิตในปัจจุบันยังขาดการติดตามและช่วยเหลือเชิงรุก ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที จึงพัฒนานวัตกรรม Home Visit Alert เพื่อเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เสี่ยงฆ่าตัวตายเชิงรุก โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เน้นการดูแลสุขภาพจิตอย่างครบวงจรเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น โดยไม่ต้องรอรับบริการแค่ในสถานพยาบาล



กระบวนการทำงาน

ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นวัตกรรมนี้ปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการจำกัดการดูแลเพียงในสถานพยาบาล มาเป็นการผนวกงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการเฝ้าระวังและช่วยเหลือได้ง่ายและรวดเร็วเชิงรุกมากยิ่งขึ้น มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

- 1) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
- 2) ระบบแจ้งเตือน ผ่านช่องทางออนไลน์หรือ Line พร้อมจัดระดับความเสี่ยงด้วยสี
- 3) การประเมินเชิงลึก
- 4) การเยี่ยมบ้านเชิงรุกด้วยหลัก “3 ดู 3 ถาม 3 ช่วย”
- 5) การสร้างทีมดูแลร่วม (Care Circle Team)
- 6) การส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงสูง
- 7) การติดตามผลปรับแผนการดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง

โดยยึด หลัก H-O-M-E คือ คัดกรองสุขภาพจิต (Health Screening) เฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Observe Risk) ดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย (Multi-sector Care) และช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว (Early Intervention)



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

เกิดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในชุมชนที่มีช่องทางแจ้งเตือนและตอบสนองอย่างรวดเร็ว ในเชิงประจักษ์พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามดูแลร้อยละ 100 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุลดลงเหลือ 0 นอกจากนี้ยังมีฐานข้อมูลและแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่เป็นระบบ

ปัจจัยความสำเร็จ

- นวัตกรรมประสบความสำเร็จตามหลัก 4C Success Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การพัฒนาศักยภาพ อสม. และบุคลากร (Capacity Building) การมีระบบประสานงานแจ้งเตือนที่รวดเร็ว (Coordination System) และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

“VDO Call เต็มใจ”

นางสาวสาริกา วงษ์ระวัจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเจ้าฉ่ำ อำเภอฟิรทอง จังหวัดอ่างทอง



กระบวนการทำงาน

การนำเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE (Video Call) มาประยุกต์ใช้ในการติดตาม ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกายและจิตใจ นวัตกรรมนี้เอื้อให้การประสานงานปรึกษา และแก้ไขปัญหาทำได้ทันทีและรวดเร็วผ่านการได้ยินเสียงและเห็นหน้ากัน ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการเดินทางมายังสถานบริการเมื่อเปรียบเทียบกับการตั้งรับในสถานบริการหรือการเยี่ยมบ้านเพียงอย่างเดียว

- มีการดำเนินงาน โดยใช้สื่อสารกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายและญาติผู้ดูแล ใช้เวลาสนทนากครั้งละ 5-10 นาที เฉลี่ย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ควบคู่กับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามอาการและสังเกตความผิดปกติแบบเรียลไทม์ (Real-time) พุดคุยลดความกังวล และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพจิตด้วยกิจกรรมความสุข 5 มิติ
- กรณีศึกษา: หญิงชราอายุ 94 ปี ติดเตียง (ADL=4) ซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q=15) จากความโดดเดี่ยว การใช้วิดีโอคอลร่วมกับการลงพื้นที่ช่วยทลายข้อจำกัดด้านเวลาของเจ้าหน้าที่ พื้นฟูจิตใจให้เห็นคุณค่าในตนเอง คลายความโดดเดี่ยว และขยายผลลดความเครียดของญาติผู้ดูแล

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลบางเจ้าฉ่ำ จ.อ่างทองก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 25 ของประชากร จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ปี 2569 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 96.52 ติดบ้านร้อยละ 1.56 และติดเตียงร้อยละ 1.92 ทั้งนี้ พบปัญหาสำคัญคือผู้สูงอายุจำนวนมากมักมาโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้งด้วยอาการทางกายเรื้อรังที่ไม่มีโรคประจำตัวชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับอาการแฝงของภาวะซึมเศร้าและความเหงา สอดรับกับสถิติของโรงพยาบาลฟิรทองที่ระบุว่า มีผู้สูงอายุจากตำบลบางเจ้าฉ่ำเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 7.69 จากสถานการณ์ดังกล่าว ทีมสุขภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายจึงร่วมกันจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเชิงรุกด้วยแบบประเมินสุขภาพจิต (2Q Plus, 9Q, 8Q) และกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ อย่างไรก็ตาม เพื่อยกระดับการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการฟื้นฟูอย่างใกล้ชิด ทีมสุขภาพจึงได้นำร่องนวัตกรรม “VDO Call เต็มใจ” ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวน 4 ราย โดยมีกรณีศึกษาสำคัญคือ หญิงชราอายุ 94 ปี ที่ป่วยติดเตียง (ADL = 4) และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q = 15 คะแนน) จากความโดดเดี่ยว ซึ่งการใช้นวัตกรรมวิดีโอคอลร่วมกับการลงพื้นที่ สามารถทลายข้อจำกัดด้านเวลาของเจ้าหน้าที่ ช่วยฟื้นฟูจิตใจให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง คลายความโดดเดี่ยว และยังสามารถขยายผลไปสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเครียดให้แก่ญาติผู้ดูแลได้อีกด้วย



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

จากกรณีศึกษาผู้สูงอายุวัย 94 ปี พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นจาก 4 เป็น 8 คะแนนในระยะเวลา 2 ปี และผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) กลับสู่เกณฑ์ปกติ ในส่วนของกลุ่มนำร่องพบว่ามีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 96.00) โดยเฉพาะด้านความสะดวกรวดเร็ว การลดภาระค่าใช้จ่าย และการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือวิตกกังวล นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางเจ้าฉ่ำยังได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตครอบคลุมร้อยละ 100 และได้รับการติดตามดูแลอย่างเป็นระบบ

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือของทีมสุขภาพในชุมชนที่มีการติดต่อเชื่อมโยงเพื่อค้นหาปัญหาอย่างตรงจุด
- ความร่วมมือและความเชื่อมั่นจากผู้สูงอายุและญาติที่มีต่อการดูแลของทีมสุขภาพ

Sraphatthana Heartful Ageing Model (SHA Model) นวัตกรรมระบบดูแลสุขภาวะทางใจ ผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม

นายณารัตน์ บุญญาคาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพาน
อำเภอคำแพงแสน จังหวัดนครปฐม



กระบวนการทำงาน

ระบบการจัดการสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงระบบ ภายใต้กรอบ H-E-A-R-T Model นวัตกรรมนี้ปรับเปลี่ยนจากการคัดกรองรายปีเป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องรายบุคคล เปลี่ยนจากการทำงานโดยบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียวเป็นการทำงานร่วมกันของทั้งชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และปรับกระบวนการทัศนคติจากการมุ่งแก้ปัญหาเมื่อเกิดโรคแล้ว มาสู่การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาวะทางใจเชิงรุก โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

- (H) Home & Health Mapping ใช้แอปพลิเคชันประเมินสุขภาวะทางใจรายบุคคลทั้งความสุขและความเหงา ร่วมกับ 2Q/9Q จำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มสี เขียว-เหลือง-แดง เพื่อวางแผนดูแลเฉพาะราย
- (E) Engagement จับคู่ "Buddy Senior" ให้ผู้สูงอายุดูแลกันเอง 1 คนต่อ 2-3 คน ผ่านการเยี่ยมบ้านและชวนเข้าร่วมกิจกรรม
- (A) Active Ageing ส่งเสริมคุณค่าในตนเองผ่าน "ธนาคารภูมิปัญญา" ให้ผู้สูงอายุเป็นครูถ่ายทอดความรู้สู่คนในชุมชน
- (R) Resilience เปิดพื้นที่ "Happy Mind Station" จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด และวงสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต และ
- (T) Technology พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพจิตระดับตำบลเพื่อติดตามและวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลสะพาน อ.คำแพงแสน จ.นครปฐม เป็นพื้นที่ที่ชนบทที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 886 คน แม้ระบบสาธารณสุขในพื้นที่จะสามารถคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 95.03 แต่ยังพบปัญหาความเหงา การขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากระบบเดิมยังเน้นเพียงการคัดกรองและส่งต่อ ขาดระบบติดตามสุขภาวะทางใจเชิงรุกรายบุคคลที่เชื่อมโยงมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเข้าด้วยกัน

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว สว.สท.สะพาน จึงได้บูรณาการความร่วมมือกับ อบต. อสม. วัด โรงเรียน และภาคประชาชน พัฒนานวัตกรรม "Sraphatthana Heartful Ageing Model (SHA Model)" ขึ้น ภายใต้แนวคิด Active Ageing และการใช้ทุนทางสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับระบบจากการคัดกรองและส่งต่อ ไปสู่การส่งเสริมและป้องกันเชิงรุก พร้อมทั้งพลิกบทบาทของผู้สูงอายุจากเดิมที่เป็นเพียง "ผู้รับการดูแล" ให้กลายเป็น "ผู้ร่วมสร้างสุขภาวะทางใจให้ชุมชน" อย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

ในระยะยาวพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนความเหงาลดลงเฉลี่ยร้อยละ 34.90 และมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 17.0 ในเชิงกระบวนการ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินความเหงาสูงถึงร้อยละ 96.60 และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านได้รับการติดตามดูแลครอบคลุมร้อยละ 100 นอกจากนี้ ยังเกิดระบบฐานข้อมูลระดับตำบล เกิดทีม Buddy Senior ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และเกิดศูนย์ Happy Mind Station ที่นำทุนทรัพยากรในชุมชนมาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- การประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น การพัฒนาและให้อำนาจผู้สูงอายุในการเป็นแกนนำดูแลกันเอง
- ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การมีระบบข้อมูลกลางสำหรับการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

4M Mind ดูแลจิตใจผู้สูงวัยแบบองค์รวมโดยโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนหนองบัว

นางสาวสุดาทิพย์ นาใจคง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว
อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองบัว
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลด้วยหัวใจ ห่างไกลโรค ชีวิตมีคุณค่า

1. จัดประชุมเพื่อตั้งศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนหนองบัว ซึ่งตั้งอยู่ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้บริการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. ดำเนินการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสติปัญญาแก่ผู้สูงอายุ
4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสติปัญญาแก่ผู้สูงอายุ
5. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสติปัญญาแก่ผู้สูงอายุ

ผลงานนวัตกรรม

สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ, สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ, คู่มือกิจกรรม 4M Mind, สื่อการเรียนรู้

"สูงวัยอย่างมีคุณค่า ขวัญใจผู้สูงอายุ อยู่ใกล้หมออย่างภาคภูมิใจ"



กระบวนการทำงาน

รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบองค์รวมระดับชุมชนที่ดำเนินการภายใต้วงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทของโรงเรียนผู้สูงอายุจากการเป็นเพียงสถานที่จัดกิจกรรมนันทนาการ สู่การเป็นระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับชุมชนที่มีกระบวนการคัดกรอง วางแผนดูแล ดำเนินกิจกรรมตามหลักวิชาการ และติดตามผลประเมินอย่างเป็นรูปธรรม โดยดำเนินการกับกลุ่มผู้สูงอายุที่สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 50 คน

- เริ่มต้นจากการประเมินและคัดกรองสุขภาพกายและจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (เช่น 2Q, 9Q, MMSE-Thai 2002) เพื่อจัดทำแผนดูแลรายบุคคล
- จากนั้นจัดกิจกรรมหมั่นเวียนสลับสัปดาห์ละ 1 ครั้งตามหลัก 4M ได้แก่ Mood (อารมณ์ดี), Memory (จำดีมีสุข), Meaning (ชีวิตมีคุณค่า) และ Movement (เคลื่อนไหวดีไม่มีล้ม)
- เมื่อครบ 6 เดือนจะมีการประเมินผลซ้ำและบันทึกข้อมูลลงในสมุดสุขภาพ 4M Mind เพื่อติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.70 และคาดว่าจะพุ่งสูงถึงร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2576 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากปรับตัวไม่ได้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกไร้คุณค่า สอดคล้องกับสถานการณ์ในตำบลหนองบัว อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น ที่มีผู้สูงอายุ 1,201 คน (ร้อยละ 19.45) โดยผลการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ (HDC) ณ เดือนกันยายน 2568 พบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 14 ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ความจำถดถอย และการพลัดตกหกล้ม แม้พื้นที่เคยดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุมาก่อน แต่ยังขาดความต่อเนื่องและเน้นเพียงกิจกรรมนันทนาการ ขาดระบบคัดกรองสุขภาพจิตและการติดตามผลเชิงวิชาการ รพ.สต.หนองบัว ร่วมกับเทศบาล ชมรมผู้สูงอายุ วัด และภาคีเครือข่าย จึงได้ร่วมกันพัฒนานวัตกรรม "4M Mind" ภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม (Holistic Mental Health Care) ที่เชื่อมโยงเข้ากับโรงเรียนผู้สูงอายุ ครอบคลุมการดูแล 4 มิติสำคัญ ได้แก่ M1 Mood (อารมณ์ดี), M2 Memory (จำดีมีสุข), M3 Meaning (ชีวิตมีคุณค่า) และ M4 Movement (เคลื่อนไหวดีไม่มีล้ม) เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิงและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดระบบและเครื่องมือมาตรฐานในการสนับสนุนการดำเนินงานระดับชุมชน เช่น หลักสูตรกิจกรรมรายเดือน คู่มือการดำเนินงาน และสมุดติดตามสุขภาพ 4M Mind
- ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้รับบริการ" เป็น "ผู้ให้" หรือวิทยากรจิตอาสาในชุมชนได้
- ผลหลังดำเนินกิจกรรม 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความทุกข์ต่ำ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีจำนวนลดลง

ปัจจัยความสำเร็จ

- เกิดจากความสมัครใจและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการออกแบบกิจกรรม
- ความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรในชุมชนที่ร่วมเป็นวิทยากรจิตอาสา
- ความร่วมมือที่เข้มแข็งจากหน่วยงานทุกภาคส่วน การมีระบบติดตามที่เป็นรูปธรรม และการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ



นวัตกรรมสร้างสุขสูงวัยแข็งแรง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้าเครือข่าย บริการสุขภาพโรงพยาบาลสกลนคร

นางสาวเมธาวี ดาววัน แพทย์แผนไทย
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า
เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร



กระบวนการทำงาน

การจัดรูปแบบกิจกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเพื่อลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าที่สำคัญเน้นการนำข้อมูลสุขภาพที่เป็นจริงในชุมชนมาใช้ออกแบบกิจกรรมที่สามารถใช้งานได้ง่าย มีต้นทุนต่ำ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปเล่นเพื่อผ่อนคลายได้ตลอดเวลา โดยมีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

- เริ่มจากการศึกษาข้อมูลสุขภาพผ่านโปรแกรม 3 หมอ และแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. เพื่อคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 ราย มีการประเมินคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q ก่อนและหลังทำกิจกรรม
- จากนั้นออกแบบกิจกรรมที่เล่นได้ทุกที่ทุกเวลา เช่น เกมบวกลบ เกมหิวเราะ บำบัด และเกมทายสิ่งลึกลับ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทดลองเล่นและประเมินผลการมีส่วนร่วมเดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 เดือน

ที่มาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Qplus) การจัดกิจกรรมบำบัดสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสุข และลดความเครียดในผู้สูงอายุได้ผล สืบเนื่องจากการออกคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ร่มเกล้าใน 10 ชุมชน มีผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 1,279 ราย เพศชาย 492 ราย เพศหญิง 787 ราย พบว่า ผู้สูงอายุด้านที่ 6 คือด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 41 ราย เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 32 รายจากการคัดกรองในปี 2569 จากการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 341 ราย โดยคัดกรองจากแอปพลิเคชันสมาร์ทอสม จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.02



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

จากการเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (2Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 20 ราย พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีผู้เสี่ยงซึมเศร้าจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 30) แต่ภายหลังการทำกิจกรรม ผู้มีความเสี่ยงลดลงเหลือเพียง 2 ราย (ร้อยละ 10) และผู้ที่ไม่เสี่ยงซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 18 ราย (ร้อยละ 90)

ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการข้อมูลสุขภาพจริงมาใช้วางแผนออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม ใช้งานง่าย และต้นทุนต่ำ
- ได้รับความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากทีมสุขภาพ อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และตัวผู้สูงอายุเอง ส่งผลให้สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม



Chaiyaphum Happy Mind Ecosystem : สโมสรรวมใจแจ่มใส หัวใจแข็งแรง

นายแพทย์อุดมโชค อินทรโชติ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ



กระบวนการทำงาน

ระบบบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุกที่บูรณาการระบบคัดกรองสุขภาพ ชุมชนผู้สูงอายุคุณภาพ และ Mobile Clinic เข้าด้วยกัน โดยดำเนินการกับผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ ผ่าน 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การคัดกรองสุขภาพ 9 ด้านประจำปี เพื่อจำแนกกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย
 - 2) การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมทุกเดือน เพื่อเป็นพื้นที่พบปะและสังเกตการเปลี่ยนแปลง
 - 3) การนำทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่ (Happy Mind Mobile Clinic) ร่วมกับกิจกรรมชมรมเพื่อประเมินสุขภาพจิตซ้ำและค้นหาภาวะซึมเศร้า ความเหงา หรือภาวะบกพร่องทางการรู้คิด
 - 4) การจัดกิจกรรมช่วยเหลือเฉพาะรายตามระดับความเสี่ยง เช่น การกระตุ้นสมอง (Brain Stimulation) หรือการให้คำปรึกษา
 - 5) การติดตามผลและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ทั้งนี้เป็นการเปลี่ยนรูปแบบจากการคัดกรองสุขภาพเพียงปีละ 1 ครั้ง (Annual Screening Model) ซึ่งไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเป็นพลวัต (Dynamic Condition) มาสู่ระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตแบบต่อเนื่อง (Continuous Mental Health Surveillance Model) ผ่านกิจกรรมรายเดือนของชมรมผู้สูงอายุ

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอเมืองชัยภูมิ ซึ่งมีประชากรมากกว่า 180,000 คน ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และกำลังเผชิญข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ การค้นหาความเสี่ยงที่ไม่ครอบคลุม และการจัดกิจกรรมที่ขาดความต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนขาดกลไกเฝ้าระวังที่ยั่งยืน

เพื่อปิดช่องโหว่ดังกล่าว โรงพยาบาลชัยภูมิจึงได้ตั้งจุดแข็งของพื้นที่มาบูรณาการร่วมกัน โดยนำระบบบริการเชิงรุกอย่าง Mobile Clinic มาผสานเข้ากับกลไกของชมรมผู้สูงอายุ เกิดเป็นนวัตกรรม "CHAIYAPHUM HAPPY MIND ECOSYSTEM" ซึ่งเป็นระบบนิเวศสุขภาพจิตเชิงรุกที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน นวัตกรรมนี้ได้รับการสนับสนุนจาก อสม. รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายสำคัญในการพลิกโฉมระบบสาธารณสุขจาก "รอให้ป่วยแล้วจึงรักษา" สู่การ "ค้นหาเร็ว ดูแลเร็ว ส่งเสริมก่อนป่วย" พร้อมทั้งเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากเพียงผู้รับบริการ ให้กลายเป็นผู้มีคุณค่าและเป็นพลังสำคัญของชุมชนอย่างยั่งยืน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

เกิดระบบเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพครอบคลุมทุกตำบลจำนวน 19 ชมรม ทำให้สามารถค้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียด ความเหงา และภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ในด้านผลลัพธ์เชิงประจักษ์พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 31 คะแนนภาวะเหงาลดลงร้อยละ 22 และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านระบบบริการจาก Hospital-Based Care สู่ Community-Owned Mental Health Care อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยความสำเร็จ

- การใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็นฐานหลัก (Platform) ในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
- การเปลี่ยนกระบวนทัศน์สู่การติดตามแบบต่อเนื่อง
- การบูรณาการทีมสหวิชาชีพผ่าน Mobile Clinic ร่วมกับพลังเครือข่าย 3 หมอ
- การส่งเสริมและเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้รับบริการให้กลายเป็นผู้สร้างคุณค่าให้แก่สังคม

“โฮมสุขใจ แก่พึ่งแก่”

นายศรีทวารรณ์ ศิรินิธวรากล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นางสุกฤดีดา สมลี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวจันจิรา กอแก้ว นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยผะชัน จังหวัดยโสธร



กระบวนการทำงาน

นวัตกรรมดำเนินงานผ่านกลไก “3 ต. ตามวิถีวัฒนธรรมอีสาน” ได้แก่

- 1.ต.1 ตรวจสอบเชิงรุก: พัฒนา อสม. เป็น “หมอแคนใจดี” ลงเยี่ยมบ้านเพื่อพูดคุยภาษาถิ่นและคัดกรองสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q และแบบวัดความสุข
- 2.ต.2 ตั้งโฮมสุขใจ (ช่วงวัฒนธรรม): ใช้ศาลาวัดหรือช่วงชุมชนเป็นพื้นที่จัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้กิจกรรมบำบัด ได้แก่ พิธีกรรมเ็นขวัญ (Spiritual Therapy), หมอลำบำบัด (Music Therapy), หัตถกรรมสานสุข (Art Therapy) และกลุ่มแก่พึ่งแก่ (Peer Support)
- 3.ต.3 ต่อสายส่งสว่าง (Referral System): ระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (9Q > 7) เข้าสู่ระบบการแพทย์ทันที

ทั้งนี้เป็นการเปลี่ยนจากการแพทย์แบบตั้งรับเป็นการตั้งภาคีชุมชน โดยเปลี่ยนการบำบัดทางจิตวิทยาให้เป็นเรื่องพื้นบ้านที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านเสียงดนตรีและพิธีกรรมตามบริบทวัฒนธรรม

ที่มาและความสำคัญ

พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน) กำลังเผชิญภาวะสังคมสูงอายุควบคู่กับปรากฏการณ์ “ครัวเรือนข้ามรุ่น” (Skipped-generation households) ข้อมูลจากสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส., 2566) พบว่า วัยแรงงานในภาคอีสานจำเป็นต้องอพยพไปทำงานในเมืองใหญ่ ทั้งผู้สูงอายุให้อยู่ลำพังกับหลานวัยเด็ก ส่งผลให้ผู้สูงอายุอีสานเผชิญความอ้างว้าง โดดเดี่ยวและมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงเนื่องจากขาดคนดูแลใกล้ชิดจากการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่ ด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q และ T-GMHA-15 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนตำบลมากเรือมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 15.2 โดยมีแสดงออกผ่านอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ บ่นปวดตามข้อ และเบื่ออาหาร ซึ่งแท้จริงแล้วเกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลสะสมคณะผู้จัดทำจึงได้นำแนวคิด การดูแลจิตใจผู้สูงอายุ (Heartful Ageing)” มาผสานเข้ากับทุนทางสังคมอันเข้มแข็งของวิถีไทอีสาน คือ “ระบบเครือญาติและความผูกพันกับวัด” โดยเปลี่ยนจากโมเดลการแพทย์แบบเดิม มาเป็นการตั้งภาคีชุมชน ตั้งเอา “ฮัตสืบสอง ครอบสืบสี่” และพิธีกรรมความเชื่อท้องถิ่นมาเป็นเครื่องมือชุมชนใจ เพื่อสร้างระบบดูแลกันเองในชุมชนอย่างมีชีวิตชีวา



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ผู้สูงอายุในชุมชนเป้าหมายได้รับการคัดกรอง 100% (จำนวน 816 คน) มีการลดลงของกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องจาก 15.20% เหลือ 1.80% และระดับความสุข “อยู่ดีมีเฮง” เพิ่มขึ้นจาก 52.10% เป็น 94.60% ในระยะเวลา 1 ปี

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสื่อสารด้วยภาษาถิ่นและความอบอุ่น (ฮักแพงแบ่งปัน)
- การนำหมอธรรมและพิธีกรรมทางความเชื่อมาใช้เสริมสร้างกำลังใจ
- การใช้ดนตรีพื้นบ้าน (หมอลำ/แคน) กระตุ้นความสุขและลดความเครียดในผู้สูงอายุได้ดีเยี่ยม

LOVE STATION บ้านนี้มีรัก : จากพลังผู้สูงวัย สู่ชุมชนแห่งการเรียนรู้

นางจรรยา สุโสะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวศศิธร รอดเข็ม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว จังหวัดตรัง



ที่มาและความสำคัญ

ตำบลทุ่งยาว อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีประชากรรวม 4,141 คน และมีผู้สูงอายุถึง 870 คน คิดเป็น ร้อยละ 21.01 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้มี การขับเคลื่อนผ่านชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลทุ่งยาว ซึ่งมีสมาชิก 195 คน โดยเป็นเพศหญิงสูงถึง ร้อยละ 76.92 (150 คน) และเพศชาย ร้อยละ 23.08 (45 คน)

สถานการณ์ในพื้นที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโรคเรื้อรังและข้อจำกัดทางกาย ประกอบกับสภาพการอยู่อาศัยที่โดดเดี่ยวหรืออยู่เพียงลำพังกับคู่สมรส ทำให้เกิดความเครียดสูงด้านสุขภาพจิต ทั้งภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกไร้คุณค่า sw.สต.ทุ่งยาว จึงได้บูรณาการร่วมกับชมรมฯ พัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุก เพื่อสร้างความรอบรู้ (Mental Health Literacy) เสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองและความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) พร้อมเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุกลับมามีบทบาททางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี



กระบวนการทำงาน

- กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมผ่านกรอบแนวคิด Smart Aging 4 มิติ โดยมีนวัตกรรมเชิงกระบวนการเด่นคือ "LOVE STATION: บ้านนี้มีรัก"
 - Smart Health: คัดกรองสุขภาพกายและจิต (ADL, 2Q Plus) เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 - Smart Living: ดำเนินการผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุป็นสุข โดยจัดกิจกรรม 6 มิติ เช่น สุขภาพ, อาชีพ, ศาสนา/วัฒนธรรม และเทคโนโลยี
 - LOVE STATION: พื้นที่แลกเปลี่ยนสาระที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก โดยผู้สูงอายุรับบทบาทเป็นผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาและผู้ดูแลเด็ก ผ่านกระบวนการ L-O-V-E (Learn through play, Opportunity, Value, Engagement)
 - Smart Digital: เสริมสร้างความรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลและภัยออนไลน์สำหรับผู้สูงอายุ
- ทั้งนี้เป็นการพัฒนาจากการดูแลแบบแยกส่วนเป็นการบูรณาการกิจกรรมระหว่างวัย (Intergenerational) ซึ่งเปลี่ยนบทบาทผู้สูงอายุจาก "ผู้รับบริการ" ให้กลายเป็น "ผู้ให้" และเป็นผู้ขับเคลื่อนชุมชน



จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- ด้านสุขภาพจิต: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 455 ราย ได้รับการคัดกรองและมีคะแนน 2Q Plus เท่ากับ 0 คะแนน (ร้อยละ 100) ซึ่งบ่งชี้ว่าไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
- ด้านสังคม: เด็กและเยาวชนได้รับพื้นที่เล่นที่ปลอดภัยและมีพัฒนาการสมวัย ส่วนผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจากการได้ส่งต่อภูมิปัญญา

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความเข้มแข็งของแกนนำชมรมผู้สูงอายุและการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ (Co-ownership) ที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนจนถึงการประเมินผล

บูรณาการความสุข 5 มิติ เพื่อการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วย 62 Happy Ageing Model

นางพิไลศรี สัมพันธ์สันติกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวกรรวิ แก้วมณี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 ตวงรัชฎ์ ศตะนาวัน ภักดี ฐานปัญญา
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



ที่มาและความสำคัญ

จากการทำเวทีประชาคมของเขตภาษีเจริญให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุเชิงรุกแบบองค์รวม เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุใน 5 ชุมชน (รวม 256 คน) พบประเด็นสุขภาพที่น่ากังวล ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการล้ม ร้อยละ 20.31 (52 คน) และภาวะสมองเสื่อมผิดปกติ ร้อยละ 5.07 (13 คน) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 ตวงรัชฎ์ ศตะนาวัน ภักดี ฐานปัญญา จึงได้บูรณาการแนวคิด 'ความสุข 5 มิติ' ร่วมกับการดูแลระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long-term Care) โดยนำนวัตกรรมเกม 'ไขปริศนาค้นหายอดนักสืบ' มาปรับใช้เพื่อกระตุ้นสมองและส่งเสริมสุขภาพจิต ภายใต้วัฒนธรรม 'บูรณาการความสุข 5 มิติ เพื่อการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้วย 62 Happy Ageing Model' ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน



กระบวนการทำงาน

การบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติ ผสานการดูแลระยะยาวเชิงป้องกัน ร่วมกับการใช้นวัตกรรมเกมไขปริศนาค้นหายอดนักสืบ เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

- ดำเนินการกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเริ่มต้นจากการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงรายบุคคล จากนั้นจัดกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งเน้นการฝึกออกกำลังกายเพื่อป้องกันความผิดปกติในการเคลื่อนไหว (เช่น ท่าสควอช ยืนขาเดียว) ควบคู่กับการบริหารสมองผ่านปริศนาค้นหายอดนักสืบ และมีการติดตามประเมินผลสมรรถภาพร่างกาย สมอง และระดับความสุข เพื่อส่งต่อแพทย์ในรายที่พบความผิดปกติ
- ขับเคลื่อนโดยทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข 62 ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ สำนักงานเขตภาษีเจริญ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 และศูนย์นันทนาการบางแค
- มีการประยุกต์ใช้นวัตกรรมเกมไขปริศนาค้นหายอดนักสืบที่พัฒนาขึ้นโดยนักสังคมสงเคราะห์ มาใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นสมรรถภาพทางสมองร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างสนุกสนานและเป็นระบบเชิงรุกมากขึ้น



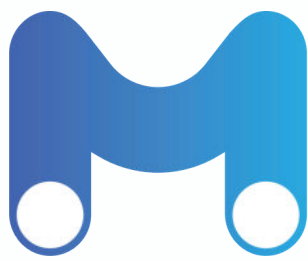
จุดเด่นของนวัตกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้

- เกิดโมเดลต้นแบบ "62 Happy Ageing Model" และชุดนวัตกรรม "เกมไขปริศนาค้นหายอดนักสืบ" ที่พร้อมใช้งานและสามารถนำไปต่อยอดได้
- ร้อยละ 93.75 ของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพร่างกายภาพรวมดีขึ้น (ลดโอกาสเสี่ยงหกล้ม) และร้อยละ 93.4 มีผลประเมินภาวะสมองเสื่อมในเกณฑ์ปกติ
- ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุมีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป โดยพบกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 3.03 ซึ่งได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตภาษีเจริญ ประกอบกับความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ และความร่วมมือแบบบูรณาการของทีมศูนย์บริการสาธารณสุขกับภาคีเครือข่าย



2026
MENTAL HEALTH CARE
FOR ALL EXPO
INNOVATION JOURNEY