รายงาน
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

24th Annual International Mental Health Conference

MENTAL HEALTH FOR GENTLE SOCIETY



รายงาน
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

24th Annual International Mental Health Conference

สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
Mental Health for Gentle Society



รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กิตติศักดิ์	อักษรวงศ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์จุมภฏ	พรมสีดา	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์ศิริศักดิ์	ธิติดิลกรัตน์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงณิชาภา	สวัสดิกานนท์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
นายแพทย์ศรุตพันธ์	จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คณะผู้จัดทำ

นางวรวรรณ	จุฑา	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นายศุภกร	สรรพโส	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนสิงหาคม 2568

จัดพิมพ์โดย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

คำนำ

ในโลกที่มีความซับซ้อนและความท้าทายเพิ่มขึ้นทุกวัน ปัญหาสุขภาพจิตจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้คนและโครงสร้างของสังคม ความเครียด ความวิตกกังวล และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันล้วนเป็นปัจจัยที่บั่นทอนความสุขและอาจนำไปสู่ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ ได้โดยไม่รู้ตัว ดังนั้น ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีทุกช่วงวัยและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจ อ่อนโยน และเคารพความแตกต่าง จึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันความรุนแรงและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่สังคม

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 เปรียบเสมือนเวทีที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศได้ร่วมกันเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกระดับของสังคม เมื่อสุขภาพจิตของผู้คนแข็งแรงขึ้น สังคมก็จะมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความแตกต่าง และพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างสังคมที่อ่อนโยนและไร้ความรุนแรงอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับหัวข้อหลักของประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติในปีนี้ คือ

"สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ไร้ความรุนแรง (Mental Health for Gentle Society)"

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลวิชาการในห้องประชุม การนำเสนอผลงานวิชาการ และทุกกิจกรรมของการประชุม กรมสุขภาพจิตหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เราทุกคนได้ร่วมกันสานต่อเจตนารมณ์ในการสร้างสังคมที่เต็มไปด้วยความเข้าใจและปราศจากความรุนแรงได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

กรมสุขภาพจิตขอขอบคุณวิทยากร ผู้ร่วมอภิปราย ผู้เข้าร่วมประชุม แขกผู้มีเกียรติ และคณะทำงานทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานในครั้งนี้ ร่วมกันสร้างองค์ความรู้ สร้างสังคมที่มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และลดความรุนแรงอย่างยั่งยืน

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

คำนำ		ก
สารบัญ		ข
คำกล่าวรายงานและคำกล่าวในพิธีเปิดการประชุม		1
ส่วนที่ 1	**กำหนดการประชุม**	**3**
	ตารางกำหนดการประชุม	4
	รายละเอียดกำหนดการประชุม	13
	แผนผังสถานที่จัดประชุม	24
ส่วนที่ 2	**การมอบรางวัลเกียรติยศแก่บุคคลและองค์กร**	**29**
	รางวัล Mental Health Award	30
	รางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร (ด้านสังคม)	30
	รางวัลเกียรติยศนายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ (ด้านชุมชน)	30
ส่วนที่ 3	**สรุปเนื้อหาการประชุม**	**41**
	วันที่ 1 กรกฎาคม 2568	42
	วันที่ 2 กรกฎาคม 2568	58
	วันที่ 3 กรกฎาคม 2568	70
ส่วนที่ 4	**การนำเสนอผลงานวิชาการ**	**72**
	ผลงานวิชาการนำเสนอแบบปากเปล่า (Oral Presentation)	73
	ผลงานวิชาการนำเสนอแบบโปสเตอร์ (e-Poster Presentation)	110
	ผลงานวิชาการ: นิพนธ์ต้นฉบับ	194
ส่วนที่ 5	**สรุปการประชุม**	**197**
	รายงานสรุปผลการประชุม	198
	คำกล่าวปิดการประชุม	205
	ภาพบรรยากาศการประชุม	206
ส่วนที่ 6	**ภาคผนวก**	**214**
	ประวัติองค์ปาฐกถาพิเศษและวิทยากรบรรยายพิเศษ	215
	Infographic ประชาสัมพันธ์	221
	ภาพโล่รางวัล	235
	ประกาศนียบัตรวิทยากรและผู้เข้าร่วมประชุม	237
	ภาพบูทนิทรรศการ	241
	QR code เอกสารประกอบการประชุมและเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	243

คำกล่าวรายงาน

ในพิธีเปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

เรื่อง "สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง" (Mental Health for Gentle Society)

โดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์)

วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.00 น.

ณ ห้องประชุม True Icon Hall ชั้น 7 ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

เรียน ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายสมศักดิ์ เทพสุทิน)

กระผมขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ท่านได้กรุณาให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 ในวันนี้

องค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรทั่วโลกกว่า 970 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 8 ของโลก มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยสถานการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเองของคนไทยผ่านแอปพลิเคชันตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ตลอดปี พ.ศ. 2567 ที่มีผู้เข้ารับการประเมินกว่าหนึ่งล้านคน พบสัดส่วนผู้มีความเครียดสูงร้อยละ 8.64 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 9.71 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 5.69 โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ปัญหายาเสพติด ในประเทศที่ทำให้ปัญหาจิตเวชและยาเสพติดสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ความรุนแรงในสังคมไทยมากขึ้น ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ถูกกระทำความรุนแรงเฉลี่ยวันละ 42 ราย โดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัว ที่มีจำนวนผู้ถูกกระทำมากถึง 4,833 ราย สาเหตุหลักมาจากยาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จัดประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติทุกปีอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน (23 ปี) ในปีนี้เป็นครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 ภายใต้หัวข้อเรื่อง **"สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน... ไร้ความรุนแรง" (Mental Health for Gentle Society)** ระหว่างวันที่ 1 – 3 กรกฎาคม 2568 ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศไทยและต่างประเทศ รวมประมาณ 1,000 คน ซึ่งการประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต และเครือข่ายสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพ และภาคีสังคม ทั้งในและต่างประเทศ ได้มีเวทีในการถ่ายทอดองค์ความรู้สุขภาพจิตที่ทันสมัย แลกเปลี่ยนแนวคิด ประสบการณ์ นวัตกรรมใหม่ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งได้เผยแพร่ผลงานวิชาการ อันจะส่งผลให้การพัฒนางานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีความก้าวหน้า เกิดประโยชน์ ต่อประชาชนและผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น โดยรูปแบบการประชุมประกอบด้วย ปาฐกถาพิเศษ บรรยาย อภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นิทรรศการ และนำเสนอผลงานทางวิชาการ โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ

ในโอกาสนี้ กระผมขอกราบเรียนเชิญท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ท่านสมศักดิ์ เทพสุทิน) กล่าวเปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้เข้าร่วมประชุม คณะผู้จัดงาน และให้เกียรติมอบรางวัลเชิดชูเกียรติแก่บุคคลและเครือข่ายที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต จะเป็นพระคุณยิ่ง

คำกล่าวเปิด

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

เรื่อง "สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง" (Mental Health for Gentle Society)

โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายสมศักดิ์ เทพสุทิน)

วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.10 น.

ณ ห้องประชุม True Icon Hall ชั้น 7 ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์)
ท่านผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก (คุณไซมา วาเซด)
ท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิต (นพ.กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
มิสเตอร์ เฉา ยู รองอธิบดีกรมบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรค มหานครปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน
นางสี่ หง รองอธิบดี คณะกรรมการสาธารสุขจังหวัด มณฑลฟูเจี้ยน สาธารณรัฐประชาชนจีน
ดอกเตอร์ กง แซม อัน รองอธิบดี กรมสุขภาพจิตและยาเสพติด ราชอาณาจักรกัมพูชา
ดอกเตอร์ จอซ แวนเดอเลียร์ ผู้แทนองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย
ท่านผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ท่านวิทยากร คณะผู้จัดงาน
และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

คนไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงขึ้น / ทั้งในเรื่องภาวะซึมเศร้า มีความเครียดสูง เสี่ยงฆ่าตัวตาย รวมถึงมีผู้ถูกกระทำ จากความรุนแรงจำนวนมาก

รัฐบาลภายใต้การนำของท่านนายกรัฐมนตรี นางสาวแพทองธาร ชินวัตร เห็นถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต จึงผลักดันให้สุขภาพจิตที่ดีเป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดให้เดือนพฤษภาคมของทุกปีเป็นเดือนแห่งสุขภาพใจ และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติดเป็นหนึ่งในนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข

ผมจึงมีความยินดีที่ได้มาเปิด "การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568" ภายใต้หัวข้อ สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง (Mental Health for Gentle Society) ในวันนี้

ผมเชื่อว่าการประชุมในครั้งนี้ จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และนวัตกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต ตลอดจนช่วยยกระดับความเข้มแข็ง ของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิต ทั้งในและต่างประเทศ

ผมขอชื่นชมทุกภาคส่วน ที่ได้รับโล่รางวัลเกียรติยศในด้านต่าง ๆ ขอขอบคุณคณะผู้จัดงาน ท่านวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้นำเสนอผลงานวิชาการ ที่มีส่วนร่วมกับการประชุมวิชาการในครั้งนี้ และขอให้พวกเราช่วยกันพัฒนางานด้านสุขภาพจิตเพื่อพี่น้องประชาชนต่อไป ขอบคุณครับ



ส่วนที่ 1

กำหนดการประชุม

ตารางกำหนดการประชุม

รายละเอียดกำหนดการประชุม

แผนผังสถานที่จัดประชุม

ตารางกำหนดการประชุม
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
“สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง: Mental Health for Gentle Society”
ระหว่างวันที่ 1 – 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการประชุม

ISL: International Special Lecture

ISP: International Symposium

IPD: International Panel Discussion

IWS: International Workshop

IOP: International Oral Presentation

TSL: Thai Special Lecture

TSP; Thai Symposium

TPD: Thai Panel Discussion

TWS: Thai Workshop

TOP: Thai Oral Presentation





กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



กำหนดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

ระหว่างวันที่ 1-3 กรกฎาคม 2568

ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

ภายใต้ THEME : Mental Health for Gentle Society

สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ...ไร้ความรุนแรง

ISL	International Special Lecture	TSL	Thai Special Lecture
ISP	International Symposium	TSP	Thai Symposium
IPD	International Panel Discussion	TPD	Thai Panel Discussion
IWS	International Workshop	TWS	Thai Workshop
IOP	International Oral Presentation	TOP	Thai Oral Presentation

วันอังคารที่ 1 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM						
08.30 – 09.00	ลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24					
	ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)	ห้อง MR 4-5 (ห้องต่างประเทศ)	ห้อง MR 13-14 (Gentle Parent & Family)	ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)	ห้อง MR 6-9 (MH & addiction service)	ห้อง MR 3 (Innovation)
09.00 – 10.30	IPD: There is no health without mental health..., there is NO mental health without JUSTICE Moderator: 1. Dr. Kamonchanok Montasevee 2. Dr. Nattakorn Jumpathong 3. Ms. Artitaya Raweeprayurabut 4. Ms. Disaya Meepien 5. Ms. Sawarin Ruenreng	IPD: After the Tremors: Restoring Mental Wellness after disasters 1. Dr. Thiti Phakdurong 2. Dr. Ruksakul Mekkulviroj 3. Dr. Narumol Sawanpanyalert 4. Dr. Suttha Supanya	TSP: การเลี้ยงดูข้ามรุ่นเพื่อสร้างเด็กเจเนอเรชันเบต้าในสังคมหลากหลายวัย 1. ผศ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์ 2. อ.ดร.ดรณี จันทร์หล้า	TPD: การเดินทางสู่ใจที่ เบิกบานและสังคมผาสุก 1. นางสุรินทร อิวปา 2. นายชูพงษ์ สังข์ผลิพันธ์ 3. น.ส.ภคมน สมศรี 4. นายภาคิน อำรุงจิตชัย 5. น.ส.เบญญารัศม์ จันทร์เปล่ง	TSP: บริการสุขภาพจิตและการเสพติด ในวันที่โลกผันผวน 1. ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย 2. รศ.พญ.รัศมน กัลยาศิริ 3. พญ.สรสพร จูวงษ์ 4. พญ.ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์	TPD: เชื่อมต่อเทคโนโลยีกับจิตใจ สู่สังคมที่อ่อนโยน 1. รศ.ดร.พญ.โสพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ 2. ผศ.ดร.ณัฐวุฒิ หนูไพโรจน์ 3. รศ.ดร.พีรพล เวทีกูล 4. พญ.วิมลรัตน์ วันเพ็ญ 5. ดร.วีร์ เมฆวิลัย
10.30 – 12.00	IPD: Mental Health and Social Connection 1. Dr. Jos Henri M.Vandelaer 2. Dr. Rene Weber 3. Dr. Nopporn Tantirangsee	IPD: Digital Empathy: Combating Cyber Bullying in an Interconnected World Topic: Behind the Filter: What Youth Are Really Facing Online By 1. Ms. Harisawan Siriwong 2. Ms. Panida Maneetavat	TPD: พ่อแม่ยุคใหม่กับการเลี้ยงลูกตามพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย 1. พญ.วิมลรัตน์ วันเพ็ญ 2. น.ส.อมรา ธนศุภรัตนา 3. พญ.กิตติกุล เทียมแก้ว 4. นายกีรติ ลิ่มสืบเชื้อ	TPD: สร้างสุขภาพจิตและชีวิต ดีงามจากความเข้มแข็ง 1. น.ส.ภัทรนิศวร์ ธนกูลอัครชัย 2. นางภัทรานิษฐ์ ทองต้นไตรย์ 3. นายวรพจน์ พนาปวุฒิกุล 4. นายวีระพงษ์ เรียบพร 5. น.ส.วนิดา บุญพ่วง	TPD: บริการสุขภาพจิตครอบครัว สร้างวัคซีนใจห่างไกลยาเสพติด 1. ผศ.พญ.พันตรี เกิดโชค 2. ผศ.ดร.นพ.อภินันท์ อร่ามรัตน์ 3. น.ส.ชนิดา วิชัยคำ 4. พญ.ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ 5. นายสมนึก อนันตวรวงศ์	TWS: โปรแกรม ต่อ เติม ใจ บันความห่วงใย ลดความรุนแรง 1. พญ.อภิชญา พลรักษ์ 2. นางกานดา ผาวงศ์ 3. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา
12.00– 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน และ กิจกรรมในโซน Public Speaking					

วันอังคารที่ 1 กรกฎาคม 2568 ณ TRUE ICON HALL 1 ICONSIAM	
13.00 –13.30	**พิธีเปิดการประชุม** ประธานในพิธี: นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้กล่าวรายงาน: นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
13.30 – 14.00	**พิธีมอบรางวัล** ผู้มอบรางวัล นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อ่านคำกล่าวสดุดี : นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต - รางวัล Mental Health Award จำนวน 1 รางวัล - รางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร (ด้านสังคม) จำนวน 3 รางวัล - รางวัลเกียรติยศนายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ (ด้านชุมชน) จำนวน 13 รางวัล แบ่งเป็น ด้านบริหารจัดการงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดตามมาตรฐานระบบบริการ จำนวน 6 รางวัล ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 รางวัล
14.00 – 14.30	Keynote: **ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง”** โดย คุณปกรณ์ นิลประพันธ์ เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาและกรรมการกฤษฎีกา
14.30 – 15.15	ISL: **บรรยายพิเศษ เรื่อง Strengthening Compassion in Health Care Organization** โดย Dr. Tomohiro Shirasaka, Director, Department of Psychiatry, TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan
15.15 – 16.30	ISL: บรรยายพิเศษ เรื่อง **From Compassion to Community: A Path to a Gentle Society (จากหัวใจสู่สังคม สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโยน)** โดย พระพรหมพัชรญาณมุนี (ฌอน ชยสาโร)

วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM						
	ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)	ห้อง MR 4-5 (ห้องต่างประเทศ)	ห้อง MR 13-14 (Gentle Parent & Family)	ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)	ห้อง MR 6-9 (MH & addiction service)	ห้อง MR 3 (Innovation)
09.00 – 10.30	ISP: Community Mental Health Innovations, Lesson Learned from Each Countries 1. Dr. Andrea Bruni 2. Dr. Burin Suraaroonsamrit 3. Dr. Terdsak Detkong 4. Mrs. Navinee Regnault	IWS: Anti bullying in school By 1. Adjunct Associate Professor Cheng Lee 2. Dr. Wimonrat Wanpen	TWS: ทักษะสำคัญสำหรับนักส่งเสริมการเลี้ยงดู: เครื่องมือสร้างพลังให้ครอบครัว 1. พญ.กิตติกุล เทียมแก้ว 2. น.ส.เสาวรส แก้วหิรัญ 3. น.ส.อมรา ธนศุภรัตนา 4. ดร.เอษรา วสุพันธ์รจิต 5. น.ส.น้ำทิพย์ รัตนนิมิตร	TSP: รางวัลเรื่องเล่าจากชุมชนสู่การพัฒนางานสุขภาพจิต 1. นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต 2. นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา 3. พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ 4. ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ 5. นพ.ศุภเสก วิโรจนาภา	TPD: บริการจิตเวชยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ 1. นพ.ชาญชัย ธงพานิช 2. นพ.กิตต์กวี โพธิ์โน 3. พญ.นริศรา งามขจรวิวัฒน์ 4. พญ.วรินทิพย์ สว่างศรี	TPD: Virtual Reality กับการส่งเสริมสุขภาพจิตดี 1. นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา 2. ดร.กัณฐรัตน์ เหลืองอ่อน 3. นส.สุพิชญา ณ สงขลา 4. พญ.ญานิกา วลีอิทธิกุล
10.30 – 12.00		ISP: Pride & Wellbeing: Creating Safe Spaces for LGBTQ+ Mental Health By Rena Janamnuaysook		TSP: เส้นทางในการสร้างระบบนิเวศน์สู่ชุมชนสุขภาพจิตดี 1. พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์ 2. น.ส.วงค์อัมพร ภิญญวงค์ 3. นายยงยุทธ สุขพิทักษ์ 4. นายปองพล ชุษณะโชติ	TPD: ชุมชนเข้มแข็ง ทางออกจิตเวชยาเสพติด 1. นางระเบียบ โตแก้ว 2. นพ.ศุภเสก วิโรจนาภา 3. ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ 4. พญ.ญานิกา วลีอิทธิกุล	TPD: ก้าวเล็กที่สำคัญจากหัวใจนวัตกรสู่การสร้างนวัตกรรม 1. พญ. พัชรินทร์ ตันติวรวิทย์ 2. น.ส.ฉัตรทริกา สุขพัฒนาเจริญ 3. น.ส.ธุวรักษ์ ปัญญางาม 4. น.ส.ญาณิศา เกียรติศิริชัย 5. น.ส.อัญชลี ตู้ทอง
12.00 – 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน และกิจกรรมในโซน Public Speaking**					

วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM							
	ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)	ห้อง MR 4–5 (ห้องต่างประเทศ)	ห้อง MR 13–14 (Gentle Parent & Family)		ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)	ห้อง MR 6–9 (MH & addiction service)	ห้อง MR 3 (Innovation)
13.00 – 16.00	International Oral Presentation		Thai Oral Presentation				
	ประธาน: นพ.สุทธา สุปัญญา เลขา: น.ส.วิมลวรรณ ปัญญาว่อง	ประธาน: พญ.สรสพร จูวงษ์ เลขา: ดร.วีร์ เมฆวิลัย	MR 13 ประธาน: นพ.ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ เลขา : พญ.ชมกร ธเนศนิตย์	MR 14 ประธาน: พญ.รินสุข องค์อาจสกุลมั่น เลขา: นางเสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร	ประธาน: นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท เลขา: น.ส.ธิติมา ณรงค์ศักดิ์	ประธาน: พญ.รัชนี ฉลองเกื้อกูล เลขา: นพ.ธนวัฒน์ ขุราษี	ประธาน: พญ.ศุภรัตน์ เอกอัศวิน เลขา: พญ.จอมสุรางค์ โพธิสัตย์
16.00 – 18.00	กิจกรรมในโซน Public Speaking การประกวดผลงานจัดการความรู้สุขภาพจิต KMH TALK CHALLENGE 2025**						

**กิจกรรมในโซน Public Speaking เวลา 11.30 - 13.00 น. และ 16.00 – 18.00 น.

วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM		
	ห้อง MR 10 ชั้น 7 (เวชศาสตร์ป้องกัน 1)	**ห้อง MR 12 ชั้น 8 (เวชศาสตร์ป้องกัน 2)**
09.00 – 12.00	**TSP: สุขภาพจิตชุมชน: ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน** วิทยากร 1. นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต 2. นพ.จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต 3. นพ.นพพร ตันติรังสี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 4. พญ.อภิชญา พลรักษ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	**TSP: สุขภาพจิตชุมชน: ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน** วิทยากร 1. นพ.พงศ์เกษม ไข่มุกด์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต 2. พญ.เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ 3. นพ.ภัทชัย สิมะโรจน์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
12.00 – 13.00	**รับประทานอาหารกลางวัน**	
13.00 –16.00	**TSP: สุขภาพจิตชุมชน: ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน** วิทยากร 1. นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต 2. นพ.จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต 3. พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา 4. นพ.นพพร ตันติรังสี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 5. พญ.อภิชญา พลรักษ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	**TSP: สุขภาพจิตชุมชน: ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน** วิทยากร 1. นพ.พงศ์เกษม ไข่มุกด์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต 2. นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต 3. พญ.เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ 4. นพ.กิตต์กวี โพธิ์โน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง 5. นพ.ภัทรชัย สิมะโรจน์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

หมายเหตุ : ห้อง MR 10 และ MR 12 เฉพาะผู้ที่เข้าสอบหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน เท่านั้น

วันพฤหัสบดีที่ 3 กรกฎาคม 2568 ณ TRUE ICON HALL 2 ICONSIAM	
09.00 – 10.00	**TSL: บรรยายพิเศษ เรื่อง อาชญวิทยาเชิงป้องกัน: ทางเลือกใหม่ของการจัดการความรุนแรงในสังคมยุคปัจจุบัน** โดย ดร.ตฤณห์ โพธิ์รักษา นักอาชญาวิทยาเชิงจิตวิทยา
10.00 – 11.00	**ISL: บรรยายพิเศษ เรื่อง Ecosystem for gentle society** โดย Ms. Saima Wazed, WHO Regional Director for the South-East Asia Region
11.00 – 11.45	**รายงานสรุปผลการประชุม** โดย นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
11.45 – 12.00	**มอบรางวัล** Full Paper จำนวน 4 รางวัล รางวัล KMH TALK CHALLENGE 2025 จำนวน 5 รางวัล และพิธีปิดการประชุมฯ โดย นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

กิจกรรมในโซน Public Speaking**			
วันอังคารที่ 1 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM		**วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM**	
11.30 – 12.00 น.	**คาราโอเกะเชื่อมใจ**	11.30 – 12.00 น.	**คาราโอเกะเชื่อมใจ**
12.00 – 13.00 น.	**TPD: เสวนาในหัวข้อ "สังคมอ่อนโยน ไร้ความรุนแรง: มีเพื่อนดีดูแลใจ และที่พักใจเมื่อต้องการ ใครสักคน"** โดย 1. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต 2. ผศ.พญ.จิราภรณ์ อรุณากูร จากเพจเลี้ยงลูกนอกบ้าน 3. นายสมพงษ์ นาคพรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 4. นายกฤษณ์ ลำพุทธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	12.00 – 13.00 น.	**TPD: เสวนาในหัวข้อ "สุขที่สร้างได้ จากหัวใจของ เดอะแบก"** โดย 1. นายแพทย์วุฒิชัย กำเนิดกาลึม นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนายูง 2. ดร.ภัทรวรรธน์ สุขยิรัญ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา 3. น.ส.วิภาวี แกมประเสริฐสุข นักจิตวิทยาคลินิก บริษัท หมีและเพื่อน จำกัด นักจิตวิทยาแห่งบ้าน Me Hug สถาบันด้านจิตวิทยาชื่อดังของเมืองไทย 4. นายสายเชีย วงศ์วิโรจน์ นักแสดง 5. นายวีระพงษ์ เรียบพร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
		16.00 – 18.00	**การประกวดผลงานจัดการความรู้สุขภาพจิต KMH TALK CHALLENGE 2025** **ผู้นำเสนอ KMH TALK รอบตัดสิน** 1. ทีม Home Ward ฮีลใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 2. ทีม เสียงไร้สายจากกายที่ห่างไกล ด้วยใจที่ใกล้เธอ (PHW) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 3. ทีม สมิฟ (SMIV) ถึงจะร้าย เมื่อได้รัก...ก็เอาอยู่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 4. ทีม คนไข้พิเศษกับภารกิจที่ต้องใช้หัวใจ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 5. ทีม Hero Junior เมื่อเพื่อนเพลีย เราพร้อมเคลียร์ขยะใจ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ **คณะกรรมการ** 1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต 2. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต 3. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต 4. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค 5. นายโตมร ศุขปรีชา ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และนวัตกรรมการเรียนรู้ สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้

รายละเอียดกำหนดการประชุม
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
“สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง: Mental Health for Gentle Society”
ระหว่างวันที่ 1 – 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วันอังคารที่ 1 กรกฎาคม 2564

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)

International Panel Discussion: IPD

There is no health without mental health..., there is NO mental health without JUSTICE

Speaker:

1. Dr. Nattakorn Jumpathong, Director of Galya Rajanagarindra Institute
2. Ms. Artitaya Raweeprayurabut, Director of Drug Rehabilitation Division
3. Ms. Disaya Meepien, Director of Samut Prakan Children and Youth Training Center
4. Ms. Sawarin Ruenreng, Clinical Psychologist, Department of Corrections
5. Kamonchanok Montasevee, Galya Rajanagarindra Institute (Moderator)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 4–5 (ห้องต่างประเทศ)

International Panel Discussion: IPD

After the Tremors: Restoring Mental Wellness after disasters

Speaker:

1. Dr. Thiti Phakdurong, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
2. Dr. Ruksakul Mekkulviroj, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
3. Dr. Narumol Sawanpanyalert, Department of Medical Services, MOPH
4. Dr. Suttha Supanya, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry (Moderator)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 13–14 (Gentle Parent & Family)

Thai Symposium: TSP

การเลี้ยงดูข้ามรุ่นเพื่อสร้างเด็กเจเนอเรชันเบต้าในสังคมหลากหลายวัย

วิทยากร:

1. ผศ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ดร.ดรณี จันทร์หล้า	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)

Thai Panel Discussion: TPD

การเดินทางสู่ใจที่เบิกบานและสังคมผาสุก

วิทยากร:

1. นางสุรินทร อิวปา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
2. นายชูพงษ์ สังข์ผลิพันธ์	ผู้อำนวยการศูนย์จิตที่ 2
3. นางสาวภคมน สมศรี	นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
4. นายภาคิน อำรุงจิตชัย	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลแก้งคร้อ
5. นางสาวเบญญารัศม์ จันทร์เปล่ง	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 6–9 (MH & addiction service)

Thai Symposium: TSP

บริการสุขภาพจิตและการเสพติด ในวันที่โลกผันผวน

วิทยากร:

1. ศ.ดร.แพทย์หญิงสาวิตรี อัษณางค์กรชัย	Member of the International Narcotics Control Board
2. รศ.แพทย์หญิงศมน กัลป์ยาศิริ	ผู้อำนวยการศูนยศึกษาปญหาการเสพติด ภาควิชาจิตเวชศาสตร คณะแพทยศาสตร จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
3. แพทย์หญิงสรสพร จูวงษ์	นายแพทยเชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตรสมเด็จเจาพระยา
4. แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์	ผูอำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (ผูดำเนินการอภิปราย)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 3 (Innovation)

Thai Panel Discussion: TPD

เชื่อมต่อเทคโนโลยีกับจิตใจ สู่สังคมที่อ่อนโยน

วิทยากร:

1. รศ.ดร.แพทย์หญิงโสพัพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์กัลตภัทร ชัยจรีนันท์	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์เพื่อการแพทย์ด้านจิตเวช (AIMET)
3. รศ.ดร.พีรพล เวทีกูล	ภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
5. ดร.วีร์ เมฆวิลัย	สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)

International Panel Discussion: IPD

Mental Health and Social Connection

Topic: Behind the Filter – What Youth Are Really Facing Online

Speaker:

1. Dr. Jos Henri M.Vandelaer, WHO Representative to Thailand
2. Dr. Rene Weber, University of California Santa Barbara
3. Dr. Nopporn Tantirangsee, Director of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital (Moderator)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 4–5 (ห้องต่างประเทศ)

International Panel Discussion: IPD

Digital Empathy: Combating Cyber Bullying in an Interconnected World

Topic: Behind the Filter: What Youth Are Really Facing Online

Speaker:

1. Ms. Harisawan Siriwong, Buddy Thai application
2. Ms. Panida Maneetavat, Buddy Thai application

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 13–14 (Gentle Parent & Family)

Thai Panel Discussion: TPD

พ่อแม่ยุคใหม่กับการเลี้ยงลูกตามพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
2. นางสาวอมรา ธนศุภรัตนา	สถาบันพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงกิตติกุล เทียมแก้ว	สถาบันพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
4. นายกีรติ ลิ่มสืบเชื้อ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)

Thai Panel Discussion: TPD

สร้างสุขภาพจิตและชีวิต ดีงามจากความเข้มแข็ง

วิทยากร:

1. นางสาวภัทรนิศวร์ ธนกูลอัครชัย	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต
2. นางภัทรานิษฐ์ ทองตันไตรย์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 กรมสุขภาพจิต
3. นายวรพจน์ พนาปวุฒิกุล	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต
4. นายวีระพงษ์ เรียบพร	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต
5. นางสาววนิดา บุญพ่วง	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 6–9 (MH & addiction service)

Thai Panel Discussion: TPD

บริการสุขภาพจิตครอบครัว สร้างวัคซีนใจ ห่างไกลยาเสพติด

วิทยากร:

1. ผศ.แพทย์หญิงพันตรี เกิดโชค	หัวหน้าโครงการ Family United Adaptation (In Collaboration with the WHO and UNODC)
2. ผศ.ดร.นายแพทย์อภินันท์ อร่ามรัตน์	ประธานกรรมการมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นางสาวชนิดา วิชัยคำ	ผู้อำนวยการกองพัฒนาระบบสุขภาพเด็กและเยาวชน (ทีมพินิจใจ พินิจด้วยรัก พิทักษ์ครอบครัว)
4. แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 3 (Innovation)

Thai Panel Discussion: TPD

โปรแกรมต่อเติมใจ ปันความห่วงใย ลดความรุนแรง

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงอภิชญา พลรักษ์	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
2. นางกานดา ผาวงศ์	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
3. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

เวลา 12.00–13.00 น.

รับประทานอาหารกลางวัน และกิจกรรมในโซน Public Speaking

เวลา 13.00 – 13.30 น.

พิธีเปิดการประชุม

ประธานในพิธี: นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ผู้กล่าวรายงาน: นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เวลา 13.30 – 14.00 น.

พิธีมอบรางวัล

ผู้มอบรางวัล: นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อ่านคำกล่าวสดุดี: นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

รางวัล Mental Health Award จำนวน 1 รางวัล

รางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร (ด้านสังคม) จำนวน 3 รางวัล

รางวัลเกียรติยศนายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ (ด้านชุมชน) จำนวน 13 รางวัล แบ่งเป็น

: ด้านบริหารจัดการงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดตามมาตรฐานระบบบริการ จำนวน 6 รางวัล

: ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 รางวัล

เวลา 14.00 – 14.30 น.

Keynote:

ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง”

วิทยากร:

คุณปกรณ์ นิลประพันธ์	เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา และกรรมาธิการกฤษฎีกา กรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

เวลา 14.30 – 15.15 น.

International Special Lecture: ISL

บรรยายพิเศษ เรื่อง Strengthening Compassion in Health Care Organization

Speaker:

Dr. Tomohiro Shirasaka, Director, Department of Psychiatry, TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan

เวลา 15.15 – 16.30 น.

International Special Lecture: ISL

บรรยายพิเศษ เรื่อง From Compassion to Community: A Path to a Gentle Society
(จากหัวใจสู่สังคม สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโยน)

Speaker:

พระพรหมพัชรญาณมุนี (ฌอน ชยสาโร)

วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2564

เวลา 09.00 – 10.30 น. และ 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)

International Symposium: ISP

Community Mental Health Innovations, Lesson Learned from Each Countries

Speaker:

1. Dr. Andrea Bruni, Regional Advisor for Mental Health, World Health Organization (WHO)
2. Dr. Burin Suraaroonsamrit, Director, Bureau of Mental Health Academic Affairs
3. Dr. Terdsak Detkong, Director, Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health
4. Mrs. Navinee Regnault, Mental Health Promoter, Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 4–5 (ห้องต่างประเทศ)

International Workshop: IWS

Anti bullying in school

Speaker:

1. Dr. Thiti Phakdurong, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
2. Dr. Ruksakul Mekkulviroj, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
3. Dr. Narumol Sawanpanyalert, Department of Medical Services, Ministry of Public Health
4. Dr. Suttha Supanya, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry (Moderator)

เวลา 09.00–10.30 น. และ 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 13–14 (Gentle Parent & Family)

Thai Workshop: TWS

ทักษะสำคัญสำหรับนักส่งเสริมการเลี้ยงดู: เครื่องมือสร้างพลังให้ครอบครัว

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงกิตติกุล เทียมแก้ว	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
2. นางสาวเสาวรส แก้วหิรัญ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
3. นางสาวอมรา ธนศุภรัตนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
4. ดร.เอษรา วสุพันธ์รจิต	นักจิตวิทยาคลินิก โครงการ Net PAMA
5. นางสาวน้ำทิพย์ รัตนนิมิตร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 วิทยากรโปรแกรม Parenting for Lifelong Health (PLH)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)

Thai Symposium: TSP

รางวัลเรื่องเล่าจากชุมชนสู่การพัฒนางานสุขภาพจิต

วิทยากร:

1. นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา	ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)
4. ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
5. นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนาภา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 6–9 (MH & addiction service)

Thai Panel Discussion: TPD

บริการจิตเวชยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ

วิทยากร:

1. นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
2. นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงนริศรา งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
4. แพทย์หญิงวรินทิพย์ สว่างศรี	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 09.00–10.30 น. ห้อง MR 3 (Innovation)

Thai Panel Discussion: TPD

Virtual Reality กับการส่งเสริมสุขภาพจิตดี

วิทยากร:

1. นายแพทย์ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ดร. กัณฐรัตน์ เหลืองอ่อน	ผู้บริหารและนักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญ ME HUG
3. นางสาวสุพิชญา ณ สงขลา	Acting Coach และอินฟลูเอนเซอร์
4. แพทย์หญิงญานิกา วสีอิทธิกุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 4–5 (ห้องต่างประเทศ)

International Symposium: ISP

Pride & Wellbeing: Creating Safe Spaces for LGBTQ+ Mental Health

Speaker:

Rena Janamnuaysook, Tangerine Clinic, Institute of HIV Research and Innovation

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)

Thai Symposium: TSP

เส้นทางในการสร้างระบบนิเวศน์สู่ชุมชนสุขภาพจิตดี

Speaker:

1. แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางสาววงค์อัมพร ภิญญวงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลดอยเต่า
3. นายยงยุทธ สุขพิทักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระบาท
4. นายปองพล ชุษณะโชติ	รองผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 6–9 (MH & addiction service)

Thai Panel Discussion: TPD

ชุมชนเข้มแข็ง ทางออกจิตเวชยาเสพติด

Speaker:

1. นางระเบียบ โตแก้ว	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนาภา	หัวหน้าสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
3. ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต
4. แพทย์หญิงญานิกา วลีอิทธิกุล	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง MR 3 (Innovation)

Thai Panel Discussion: TPD

ก้าวเล็กที่สำคัญจากหัวใจนวัตกรสู่การสร้างนวัตกรรม

Speaker:

1. แพทย์หญิงพัชรินทร์ ตันติวรวิทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค
2. นางสาวฉัตรทริกา สุขพัฒนาเจริญ	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค
3. นางสาวธุวรักษ์ ปัญญางาม	CEO Insights for change บริษัท อินไซต์ ฟอร์ อิมแพค
4. นางสาวญาณิศา เกียรติศิริชัย	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต
5. นางสาวอัญชลี ตู้ทอง	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เวลา 12.00–13.00 น.

รับประทานอาหารกลางวัน และกิจกรรมในโซน Public Speaking

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)

International Oral Presentation: IOP1 (ต่างประเทศ 1)

ประธาน: นายแพทย์สุทธา สุปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขานุการ: นางสาววิมลวรรณ ปัญญาว่อง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 4–5 (ห้องต่างประเทศ)

International Oral Presentation: IOP2 (ต่างประเทศ 2)

ประธาน: แพทย์หญิงสรสพร จูวงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขานุการ: ดร.วีร์ เมฆวิลัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการสุขภาพจิต

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 13 (Gentle Parent & Family)

Thai Oral Presentation: TOP1 (ระบบบริการรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1)

ประธาน: นายแพทย์ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เลขานุการ: แพทย์หญิงชมกร ธเนศนิตย์ นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 2 (Gentle Society & Community)

Thai Oral Presentation: TOP2 (ระบบบริการรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 2)

ประธาน: นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เลขานุการ: นางสาวธิติมา ณรงค์ศักดิ์ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 6–9 (MH & addiction service)

Thai Oral Presentation: TOP3 (ระบบบริการเครือข่ายส่งเสริม ป้องกัน)

ประธาน: แพทย์หญิงรัชนี ฉลองเกื้อกูล นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เลขานุการ: นายแพทย์ธนวัฒน์ ขุราษี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 3 (Innovation)

Thai Oral Presentation: TOP4 (ระบาดวิทยาและการพัฒนาเครื่องมือ)

ประธาน: แพทย์หญิงศุภรัตน์ เอกอัศวิน ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

เลขานุการ: แพทย์หญิงจอมสุรางค์ โพธิสัตย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 14 (Gentle Parent & Family)

Thai Oral Presentation: TOP5 (สุขภาพจิต/จิตเวชเด็กและวัยรุ่น)

ประธาน: แพทย์หญิงรินสุข องอาจสกุลมั่น นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เลขานุการ: นางเสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เวลา 16.00 – 18.00 น.

กิจกรรมในโซน Public Speaking การประกวดผลงานจัดการความรู้สุขภาพจิต KMH TALK CHALLENGE 2025

วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2564

เวลา 09.00 – 12.00 น. ห้อง MR 10 ชั้น 7 (เวชศาสตร์ป้องกัน 1)

Thai Symposium: TSP

สุขภาพจิตชุมชน: ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน

วิทยากร:

1. นายแพทย์มล.สมชาย จักรพันธุ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
3. นายแพทย์นพพร ตันติรังสี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
4. แพทย์หญิงอภิชญา พลรักษ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เวลา 09.00 – 12.00 น. ห้อง MR 12 ชั้น 8 (เวชศาสตร์ป้องกัน 2)

Thai Symposium: TSP

สุขภาพจิตชุมชน: ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน

วิทยากร:

1. นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. แพทย์หญิงเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ
3. นายแพทย์ภัทชัย สิมะโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

เวลา 09.00 – 12.00 น.

รับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 10 ชั้น 7 (เวชศาสตร์ป้องกัน 1)

Thai Symposium: TSP

สุขภาพจิตชุมชน : ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน

วิทยากร:

1. นายแพทย์ มล.สมชาย จักรพันธุ์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
4. นายแพทย์นพพร ตันติรังสี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
5. แพทย์หญิงอภิชญา พลรักษ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง MR 10 ชั้น 7 (เวชศาสตร์ป้องกัน 2)

Thai Symposium: TSP

สุขภาพจิตชุมชน : ก้าวแรกสู่ความยั่งยืน

วิทยากร:

1. นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา	ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ
4. นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
5. นายแพทย์ภัทรชัย สิมะโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

หมายเหตุ: ห้อง MR 10 และ MR 12 เฉพาะผู้ที่เข้าสอบหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน เท่านั้น

วันพฤหัสบดีที่ 3 กรกฎาคม 2568 ณ TRUE ICON HALL 2 ICONSIAM

เวลา 09.00 – 10.00. น.

Thai Special Lecture: TSL

บรรยายพิเศษ เรื่องอาชญวิทยาเชิงป้องกัน: ทางเลือกใหม่ของการจัดการความรุนแรงในสังคมยุคปัจจุบัน

วิทยากร:

ดร. ตฤณห์ โพธิ์รักษา	นักอาชญาวิทยาเชิงจิตวิทยาและพฤติกรรมอาชญากร อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เวลา 10.00 – 11.00 น.

International Symposium: ISP

บรรยายพิเศษ เรื่อง Ecosystem for gentle society

วิทยากร:

Ms. Saima Wazed, WHO Regional Director for the South-East Asia Region

เวลา 11.00 – 11.45 น.

สรุปผลการประชุม

โดย: นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

เวลา 11.45 – 12.00 น.

มอบรางวัล Full Paper 4 รางวัล รางวัล KMH TALK CHALLENGE 2025 5 รางวัล และพิธีปิดการประชุมฯ

โดย: นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

กิจกรรมในโซน Public Speaking**

วันอังคารที่ 1 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM

เวลา 11.30 – 12.00 น.

คาราโอเกะเชื่อมใจ

12.00 – 13.00 น.

Thai Panel Discussion: TPD

เสวนาในหัวข้อ “สังคมอ่อนโยน ไร้ความรุนแรง : มีเพื่อนดีดูแลใจ และที่พักใจเมื่อต้องการใครสักคน”

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ ที่	ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
2. ผศ.แพทย์หญิงจิราภรณ์ อรุณากูร	จากเพจเลี้ยงลูกนอกบ้าน
3. นายสมพงษ์ นาคพรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3
4. นายกฤษณ์ ลำพุทธา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

วันพุธที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ ICONSIAM

เวลา 11.30 – 12.00 น.

คาราโอเกะเชื่อมใจ

12.00 – 13.00 น.

Thai Panel Discussion: TPD

เสวนาในหัวข้อ “สุขที่สร้างได้ จากหัวใจของ เดอะแบก”

วิทยากร:

1. นายแพทย์วุฒิชัย กำเนิดกาลึม	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนายูง
2. ดร.ภัทรวรรธน์ สุขยิรัญ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. น.ส.วิภาวี แกมประเสริฐสุข	นักจิตวิทยาคลินิก บริษัท หมีและเพื่อน จำกัด นักจิตวิทยาแห่งบ้าน Me Hug สถาบันด้านจิตวิทยาชื่อดังของเมืองไทย
4. นายสายเชีย วงศ์วิโรจน์	นักแสดง
5. นายวีระพงษ์ เรียบพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

16.00 – 18.00 น.

การประกวดผลงานจัดการความรู้สุขภาพจิต KMH TALK CHALLENGE 2025

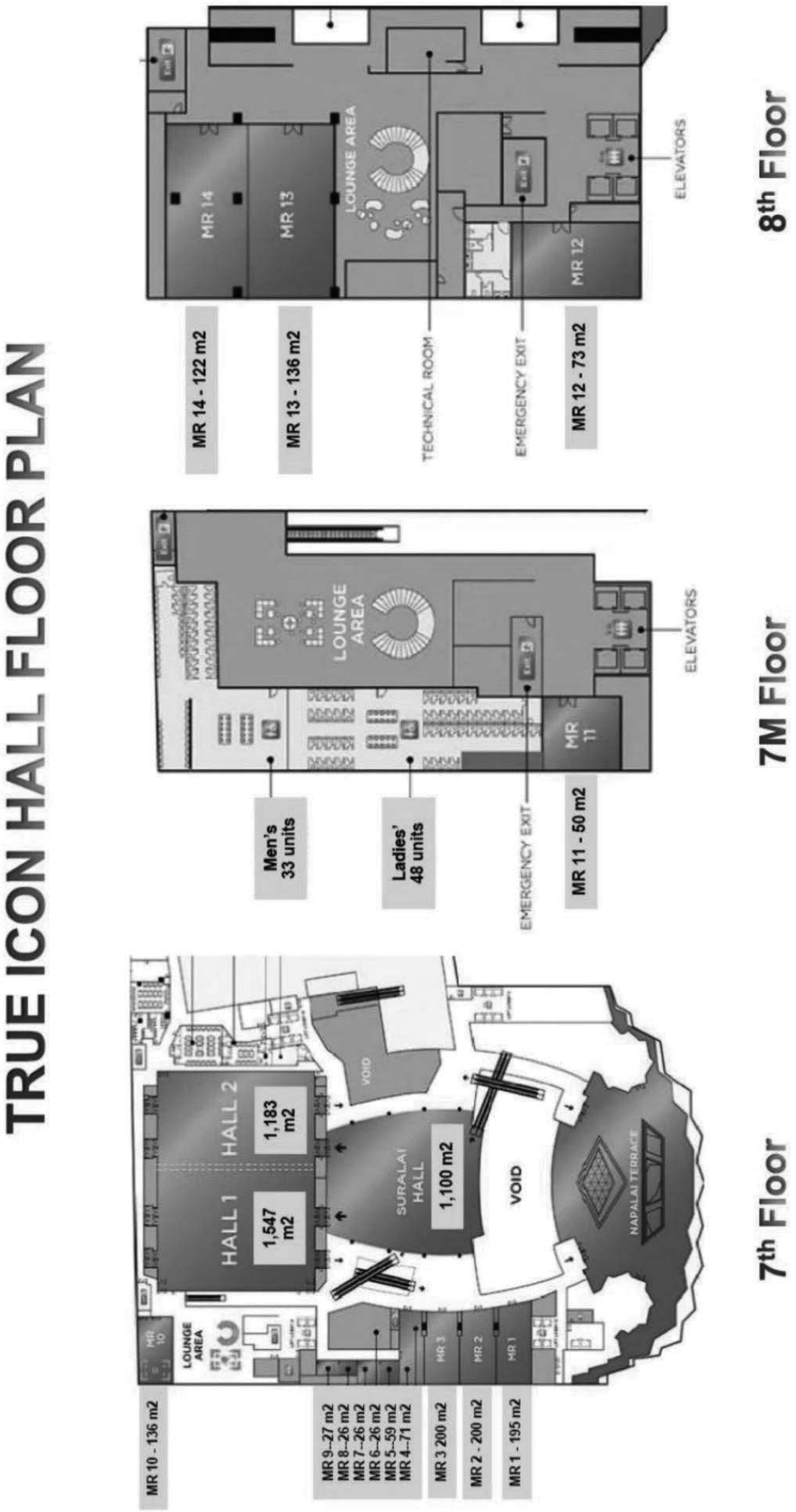
ผู้นำเสนอ KMH TALK รอบตัดสิน:

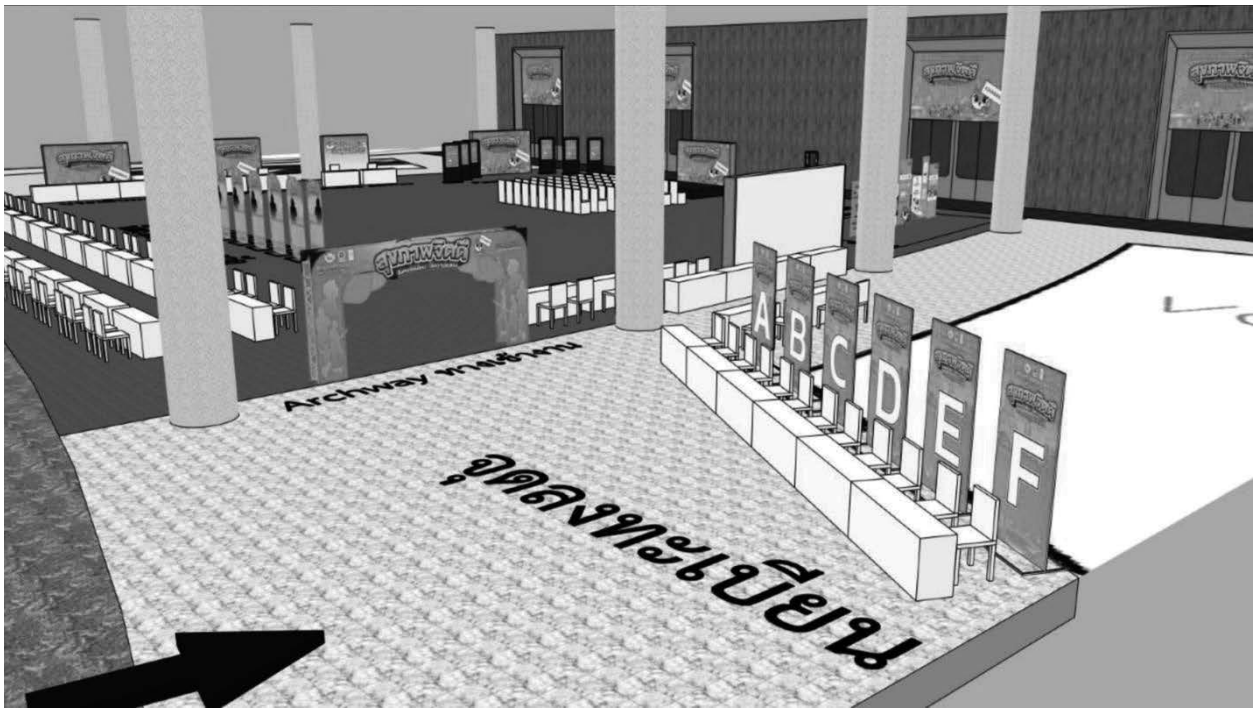
1. ทีม Home Ward ฮีลใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. ทีม เสียงไร้สายจากกายที่ห่างไกล ด้วยใจที่ใกล้เธอ (PHW) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. ทีม สมิฟ (SMIV) ถึงจะร้าย เมื่อได้รัก...ก็เอาอยู่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. ทีม คนไข้พิเศษกับภารกิจที่ต้องใช้หัวใจ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
5. ทีม Hero Junior เมื่อเพื่อนเพลีย เราพร้อมเคลียร์ขยะใจ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

คณะกรรมการ:

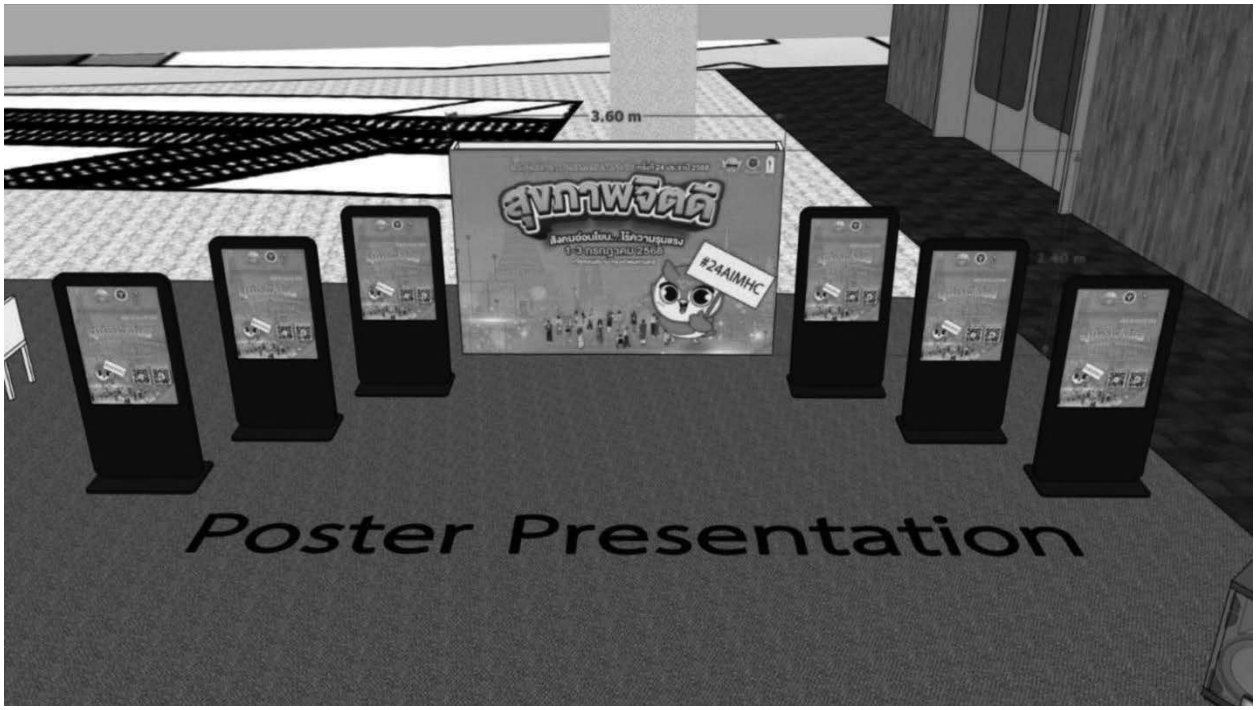
1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
3. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
4. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
5. นายโตมร ศุขปรีชา	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และนวัตกรรมการเรียนรู้ สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้

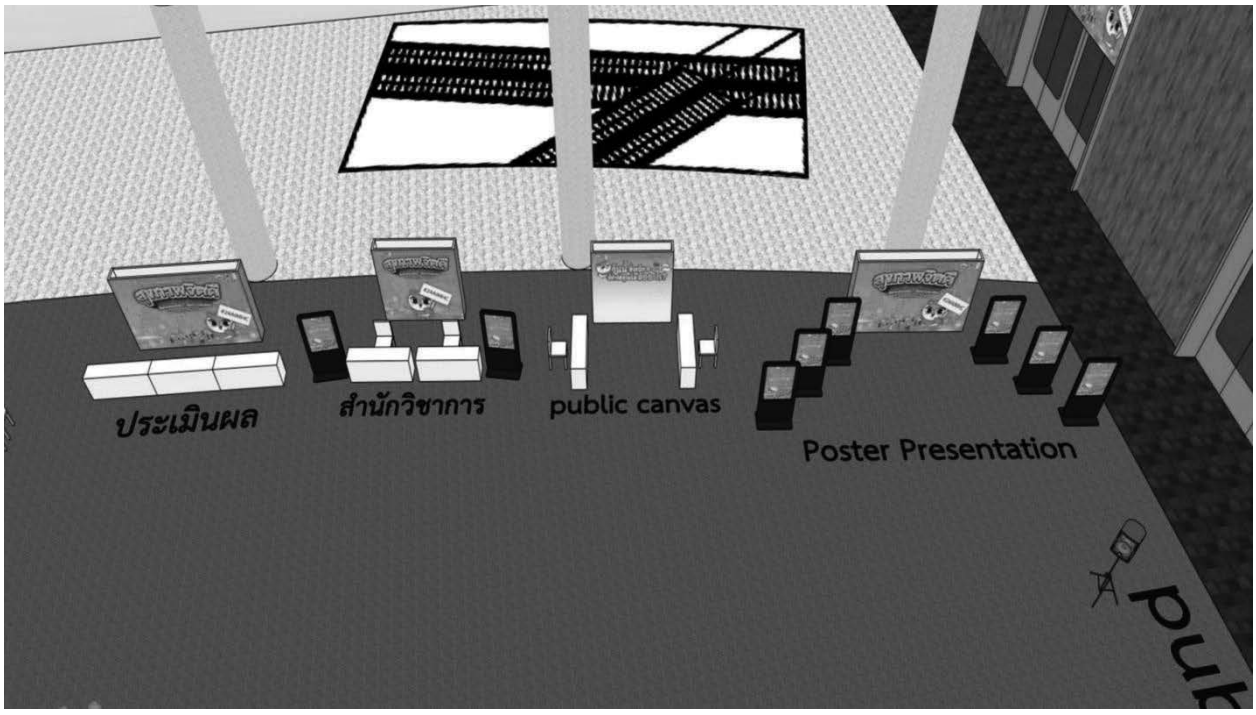
แผนผังสถานที่จัดการประชุม



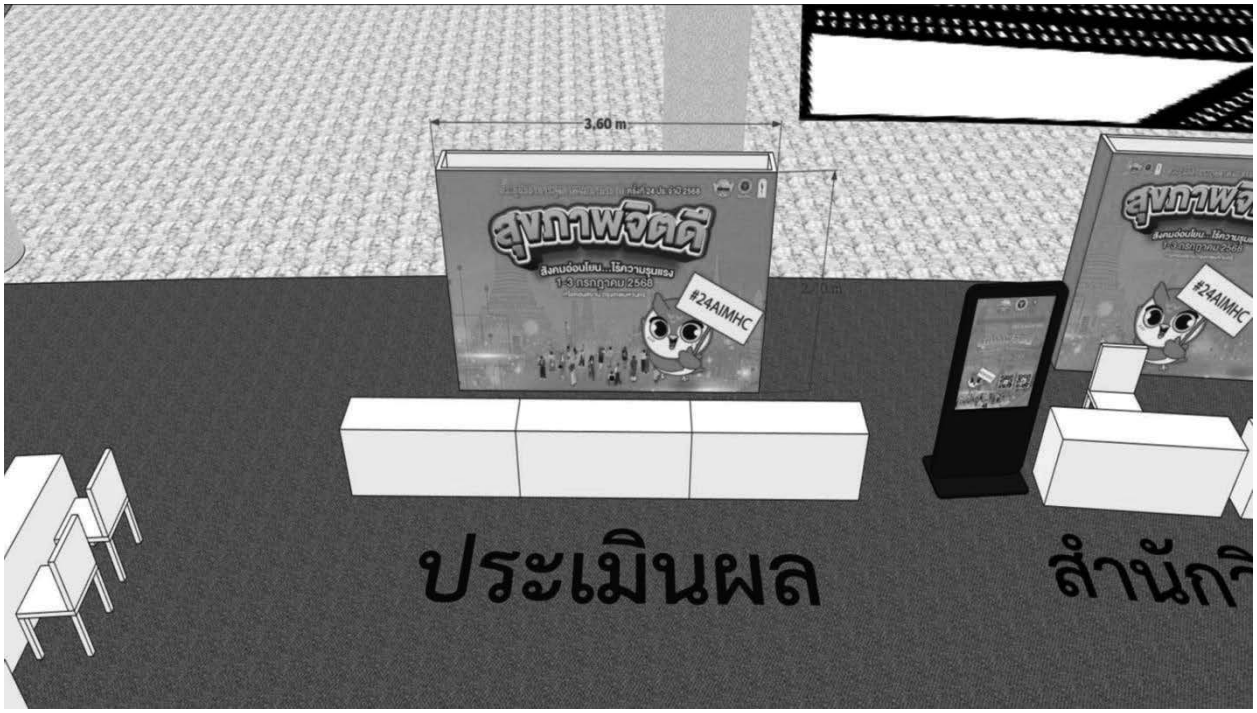

Archway ทางเข้างาน
A
B
C
D
E
F


5.00 m
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
Archway ทางเข้างาน


3.60 m
สุขภาพจิตดี
#24AIMHC
Poster Presentation


ประเมินผล
สำนักวิชาการ
public canvas
Poster Presentation


2.40 m
2.40 m
2.40 m
สุขภาพจิตดี
#24AIMHC
วันนี้ สิ่งเล็กๆ ที่ทำให้คุณยิ้มคืออะไร?
สำนักวิชาการ
public canv


3.60 m
สุขภาพจิตดี
#24AIMHC
ประเมินผล



ส่วนที่ 2

การมอบรางวัลเกียรติยศแก่บุคคลและองค์กร

รางวัลบุคคล Mental Health Award

รางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนกร (ด้านสังคม)

รางวัลเกียรติยศนายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ (ด้านชุมชน)

ด้านบริหารจัดการงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดตามมาตรฐานระบบบริการ
ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

รายนามบุคคลและองค์กรที่ได้รับรางวัลเกียรติยศ

รางวัล Mental Health Award 2568

ผู้รับรางวัล

Ms. Saima Wazed WHO Regional Director for South-East Asia

รางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร (ด้านสังคม)

ประเภทบุคคล 1 รางวัล

นางวัลลี ธรรมโกสิทธิ์	นักจิตวิทยาคลินิกและประธานมูลนิธินักจิตวิทยาคลินิกไทย

ประเภทประเภทองค์กร/สื่อ 2 รางวัล

สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (Thailand Institute for Mental Health Sustainability: TIMS)

The Active โดย Thai PBS

รางวัลเกียรติยศนายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ (ด้านชุมชน)

ด้านบริหารจัดการงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดตามมาตรฐานระบบบริการ

ระดับผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 3 รางวัล

นายแพทย์ไกรสุข เพชระบูรณิณ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายสุรพงษ์ ลักษวุธ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
นางรจนา ขอนทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ระดับผู้ปฏิบัติ จำนวน 3 รางวัล

นางวรนุช เกราะชูกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร
นางวนาลักษณ์ รอวิลาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเพียง จังหวัดน่าน
นางสุนันท์ เสียงเสนาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ด้านงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ระดับผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 4 รางวัล

นายชาญชัย ศรศรีวิชัย	ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร
นายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม
แพทย์หญิงดวงพร ปิณจีเสคิกุล	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
นายวิรยุทธ สนธิเมือง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

ระดับผู้ปฏิบัติ จำนวน 3 รางวัล

นางสาววิมลรัตน์ ศรีสุธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี
นางสาวพนิดา ฉั่ววิเชียร	เจ้าหน้าที่ศาลปกครองชำนาญการ จังหวัดอุดรธานี
นางภทรมน ช่วยเต็ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร

Mental Health Award

The Mental Health Award is an honorary recognition granted to individuals who have played a significant role in supporting or collaborating with the Department of Mental Health in advancing mental health initiatives across various dimensions in Thailand. The award honors those who have contributed to maximizing the benefits of mental health work for the public and society, as well as those who have actively promoted and facilitated collaboration between the Department of Mental Health and all sectors–both nationally and internationally–to foster sustainable development in mental health.

In honor of Ms. Saima Wazed Mental Health Award 2025



Ms. Saima Wazed is a widely respected leader in the field of mental health and autism, recognized internationally for her lifelong dedication and tireless efforts in advancing mental health and autism policies and driving globally acknowledged agendas. Her visionary work is firmly grounded in human rights, holistic care, and a deep understanding of cultural contexts. She has received numerous prestigious awards and has held significant leadership positions within the World Health Organization in the Southeast Asia Region. Importantly, she has also played a pivotal role in promoting Thailand as a Mental Health Hub in Southeast Asia–fostering academic exchange and strengthening Thailand's position as a center for global learning in mental health.

In recognition of her invaluable contributions and transformative leadership, Thailand is honored to present the Mental Health Award, as a tribute to her profound impact on shaping the future of global mental health.

คำสดุดีรางวัลเกียรติยศศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร (ด้านสังคม)

Honorable Award
Professor Dr. Prasop Ratanakorn (Social Area)



Professor Dr. Prasop Rattanakorn is a pioneering psychiatrist who dedicated his career to promoting mental health knowledge through various media platforms, especially the long-running and widely beloved radio and television program "Jai Khao Jai Rao" ("Put Yourself in Their Shoes"). For over 50 years, he worked to help the public gain awareness, understanding, and practical tools for applying mental health principles in everyday life. His efforts have significantly contributed to increasing public awareness of mental health issues in Thai society.

In recognition of his legacy, the Professor Dr. Prasop Rattanakorn Honorary Award is presented to individuals or organizations that have played an outstanding role in raising awareness and promoting accurate understanding of mental health within society. This award honors those who follow in the footsteps of Professor Dr. Prasop Rattanakorn, building on the foundation he so meaningfully established.

Honorable Award:
Professor Dr. Prasop Ratanakorn (Social Area)
Outstanding Person 2025
Mrs. Walee Thammakosit



Mrs. Walee Thammakosit is a highly influential figure in the field of clinical psychology in Thailand. With decades of experience and contributions at both national and international levels, she has played a vital role in providing psychological recovery for those affected by violence, disasters, and crises–within the country and beyond. She has also led the development of nationwide networks of clinical psychologists and Mental Health Crisis Centers, working tirelessly with government agencies, law enforcement, the military, and international organizations, with unwavering commitment and visionary leadership.

Her work exemplifies social service at its finest, making her a truly deserving recipient of the Professor Dr. Prasop Rattanakorn Honorary Award for the year 2025, and a role model for advancing mental health for the benefit of society.

Honorable Award:
Professor Dr. Prasop Ratanakorn (Social Area) Outstanding Organization 2025
Thailand Institute for Mental Health Sustainability: TIMS



TIMS is a strategic institute leading the transformation of Thailand's mental health ecosystem through knowledge, innovation, and social synergy. With five core missions–conducting mental health research, developing academic and social innovations, strengthening multi-sectoral networks, raising public awareness, and influencing policy–TIMS has brought mental health into mainstream societal and political discourse.

By bridging government bodies, academia, civil society, and private sectors, TIMS has championed inclusive and impactful approaches to mental health promotion nationwide. For its outstanding, sustained contribution to public understanding and mental well-being, TIMS is truly deserving of the Professor Dr. Prasop Rattanakorn Honorary Award (Social Category) for the year 2025–serving as a beacon for mental health leadership and transformation in Thailand.

TIMS
Thailand Institute for Mental Health Sustainability

Honorable Award:
Professor Dr. Prasop Ratanakorn (Social Area) Outstanding Organization 2025
The Active Thai PBS

The Active Thai PBS, the Center for Social Agenda and Public Policy Communication, has played a leading role in raising public awareness and understanding of mental health through innovative, multi-platform journalism. With a commitment to Solution Journalism, The Active produces content ranging from news, documentaries, and podcasts to public policy forums and data-driven storytelling. Notably, they have spotlighted mental health issues during national crises and advocated for a Mental Health Ecosystem as a national agenda.

For its outstanding contribution to public knowledge, advocacy, and sustained engagement in promoting mental health across Thailand, The Active Thai PBS is highly deserving of the 2025 Honorary Professor Dr. Prasop Ratanakorn Award (Social Sector), serving as a role model in media-driven mental health advancement.

Thai PBS
The ACTIVE

คำสดุดีรางวัลเกียรติยศนายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ (ด้านชุมชน)

Honorable Award
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)



Dr. Udom Laknawijarn was instrumental in the establishment of the Institute of Mental Health in 1992, which was later elevated to become the Department of Mental Health. His vision was to develop mental health services in a systematic and structured way to meet the increasing complexity of mental health issues among the population.He played a key role in integrating mental health into all levels of the public health system and in developing a nationwide mental health network to ensure that people receive appropriate care–from primary, to secondary, and tertiary levels.

In his honor, the Dr. Udom Laknawijarn Honorary Award is presented to recognize individuals who have made outstanding contributions to the development of community mental health. This award celebrates those who demonstrate unwavering commitment, dedication, and belief in the power of networks and the strength of communities to care for their own mental w
being and that of those around them.



Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Management
Mr. Kaisuk Petcharaburanin



Mr. Kaisuk Petcharaburanin currently serves as the Provincial Public Health Chief of Phitsanulok. He is a visionary leader with a broad perspective and well-rounded expertise–as a physician, administrator, and mental health systems developer. He has significantly advanced mental health care across all five life stages, ensuring effective service delivery both at the primary care level and within the community.

With his valuable contributions and unwavering commitment to developing a comprehensive and sustainable mental health system in Phitsanulok Province, he is truly deserving of the prestigious "Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award" for Outstanding Management in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Services in 2025, serving as a role model for mental health professionals across the nation.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Management
Mrs. Rotjana Khontong



Mrs. Rojana Khonthong, Director of Sawankhalok Pracharak Hospital, has led the establishment of a psychiatric and substance use ward, reducing out-of-area patient transfers by over 50%. She has supported a 24-hour consultation system for mental health caregivers across the province and advanced Tele-psychiatry services in Nakhon Sawan and surrounding areas. Her emphasis on staff capacity building has significantly improved access to quality mental health services.

With her well-rounded, sustainable, and system-wide contributions, she is truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health, Psychiatric, and Substance Use Service Management–serving as an inspiration to mental health leaders nationwide.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Management
Mr. Surapong Luxsawooth



Mr. Surapong Laksawut, Deputy Provincial Chief Medical Officer of Bueng Kan, is a visionary leader in the comprehensive development of mental health and substance use systems. He initiated the "Naka-Lom-Rak" strategic framework under the guiding principle of "Understanding, Accessibility, Entitlement, and Community Compassion." This initiative has driven integrated mechanisms to support individuals with substance use disorders, those with substance-induced psychiatric conditions, and SMI-V patients–leading them through treatment, rehabilitation, and vocational reintegration, enabling them to return to their communities with dignity and stability.

His outstanding contributions truly merit the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health, Psychiatric, and Substance Use Service Management, serving as a model for community mental health advancement nationwide.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Practitioner Level
For Excellence in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Management
Mrs. Woranuth Krohchukun



Mrs. Woranuth Krohchukun, a Senior Professional Nurse and Head of Psychiatric Nursing at Mukdahan Hospital, has played a vital role in developing mental health service systems at both the provincial and regional levels. Her leadership was instrumental in enabling Mukdahan Provincial Prison to be officially registered as a certified treatment center, now known as "Ban Saeng Thian," in 2025.

Her outstanding contributions are truly deserving of the 2025 Dr.Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health, Psychiatric, and Substance Use Service Management–serving as a model for advancing public mental health care across the nation.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Practitioner Level
For Excellence in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Management
Mrs. Wanaluk Rowilan



Mrs. Wanalak Rowilan, an Registered Nurse, Professional Level at Phu Phiang Hospital, Nan Province, is a dedicated mental health practitioner who has developed meaningful, community-centered innovations. She created the "Phu Phiang Model" to prevent suicide and interpersonal violence, working closely with local networks in Phu Phiang District. This model has been officially recognized as a provincial prototype in Nan.

She is a true pioneer and innovator in the field of mental health. Her outstanding work is highly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health, Psychiatric, and Substance Use Service Management–serving as a model for effective, compassionate, and community-based mental health care.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Practitioner Level
For Excellence in Mental Health, Psychiatry, and Substance Use Management
Mrs. Sunan Seangsanaoh



Mrs. Sunan Seangsanaoh, an Registered Nurse, Professional Level at Ban Chang Hospital, Rayong Province, established a psychiatric clinic in Ban Chang District in collaboration with psychiatrists from Rayong Hospital. She developed a comprehensive substance use treatment and rehabilitation system, offering services in outpatient care, inpatient care, and Home Ward models. Additionally, she implemented the community-based therapy approach (CBTx) to empower and support patients through community engagement.

With her patient-centered approach and strong community integration, Mrs. Sunan Siangsaner is truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health, Psychiatric, and Substance Use Service Management –serving as an exemplary model for community mental health care nationwide.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Mr. Chanchai Sornsriwichai



Mr. Chanchai Sornsriwichai, Governor of Yasothon Province, has played a vital role in advancing mental health at the policy level. He declared mental health a provincial urgent agenda and integrated it into the Provincial Health Board mechanisms (PCHC/PHO). He initiated the "Yassoontorn Protect" project to combat drug issues and developed the "Sustainable Community-Based Treatment" model using CBTx. He also launched the "White Ministry of Interior" (Safe Zone No Drugs) initiative, promoted TO BE NUMBER ONE across all districts, and expanded the use of the Mental Health Vaccine to prevent suicide at the subdistrict level in a concrete and sustainable manner.

His contributions are truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health Promotion and Prevention–serving as a model for advancing public mental health nationwide.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Mr. Kittichet Teerakulphongvej



Mr. Kittichet Teerakulphongwet, currently serving as the Deputy Provincial Public Health Doctor of Nakhon Phanom, is a visionary leader in sustainably advancing the province's suicide surveillance and prevention system. Through the innovation of the "Four Doctors, One Relative" model and the establishment of Mobile Psycho-Autopsy Teams across all districts, he has ensured seamless and integrated mental health care. The implementation of the R8 506 Dashboard has further enhanced data-driven operations, enabling effective, community-based suicide prevention without disruption.

His outstanding contributions are truly deserving of the 2025 Dr.Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health, Psychiatric, and Substance Use Service Management–serving as a model for advancing public mental

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Mrs. Duangporn Pinjeesekikul



Mrs. Duangporn Pinjeesekikul, Deputy Director of the Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration, is a public health leader who has played a key role in advancing urban mental health policy. She focuses on promoting and preventing mental health issues across all age groups. She initiated proactive mental health activities in communities, schools, and workplaces, and led the establishment of integrated geriatric clinics. She also supports Bangkok's mental health and substance use policies and works in partnership with academic institutions to create sustainable urban wellness spaces.

Her work is truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health Promotion and Prevention–serving as a role model for mental health development efforts across the nation.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Executive Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Mr. Wirayut Sontimuang



Mr. Wirayut Sontimuang, Director of Koh Lanta Hospital in Krabi Province, is a new-generation leader who has significantly strengthened the mental health and substance use service system in the Andaman region. He developed the LANTA Model, a holistic care framework for individuals with substance use disorders–from screening through to community-based rehabilitation–supported by multidisciplinary teams and community leaders.

With his creativity, integrative perspective, and ethical commitment, Mr. Wirayut is truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health Promotion and Prevention, serving as a role model for future development in mental health care.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Practitioner Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Ms. Wimolrat Srisutham



Ms. Wimolrat Srisutham, a Senior Public Health Technical Officer at Laokhwan Hospital, Kanchanaburi Province, is a dedicated mental health practitioner with outstanding achievements in promoting and preventing mental health across all age groups. She helped develop a district-level mental health network in collaboration with the District Health Board. Her work significantly increased access to care for people with depression–surpassing 100% coverage–and reduced the suicide rate from 13.43 to just 3.35 per 100,000 population within a single year.

With her expertise, dedication, and tireless commitment to mental health, she is truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award, serving as a role model for community-based mental health practitioners nationwide.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Practitioner Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Ms. Panida Chuawichian



Ms. Panida Chuawichian, a Senior Administrative Officer at the Udon Thani Administrative Court, is a judicial officer who recognizes the importance of holistic well-being in the workplace. She designed and led the "HealJai@Udon" initiative to systematically promote physical, mental, and financial wellness among court staff, creating a model of a healthy workplace within the Administrative Court system through continuous collaboration with local public health networks.

Her efforts are truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health Promotion and Prevention, serving as a role model for advancing mental well-being in the public sector.

Honorable Award:
Dr. Udom Laksanavicharn (Community Area)
Practitioner Level
For Excellence in Mental Health Promotion and Prevention
Mrs. Pattaramon Chuaytem



Mrs. Pattaramon Chuaytem, a Professional Nurse at Lamae Hospital, Chumphon Province, is a front-line mental health practitioner deeply engaged with her community. She has been a driving force behind the creation of the "Strong Lamae Mental Health Network", which serves people of all age groups and continuously advances mental health planning in collaboration with the District Health Board. Her numerous outstanding initiatives have significantly promoted mental well-being across the area.

Through her efforts, she has sustainably improved the quality of life for the population, making her truly deserving of the 2025 Dr. Udom Laksanavicharn Honorary Award for Excellence in Mental Health Promotion and Prevention–serving as a model for community mental health development nationwide.



ส่วนที่ 3

สรุปเนื้อหาการประชุม

วันที่ 1 กรกฎาคม 2568

วันที่ 2 กรกฎาคม 2568

วันที่ 3 กรกฎาคม 2568

Session Summary

Topic: There Is No Health without Mental Health...,

There Is NO Mental Health without JUSTICE

Session Room: International Panel Discussion: IPD, Inter 1

Date: 1 July 2025 Time: 09.00 AM – 10.30 AM

Venue: Room MR 4–5, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

1. Dr. Nattakorn Jumpathong, Director of Galya Rajanagarindra Institute
2. Ms. Artitaya Raweeprayurabut, Director of Drug Rehabilitation Division
3. Ms. Disaya Meepien, Director of Samut Prakan Children and Youth Training Center
4. Ms. Sawarin Ruenreng, Clinical Psychologist, Department of Corrections
5. Dr. Kamonchanok Montasevee, Galya Rajanagarindra Institute *(Moderator)*

Objectives:

The session aims to explore the critical link between mental health and justice for both youth and adult offenders, emphasizing the necessity of integrating mental health services into the justice system to achieve better outcomes.

Summary:

- Ms. Sawarin Ruenreng highlighted a projected 12,297 adult inmates with mental health issues by June 2025, emphasizing the use of Long–Acting Injectable Antipsychotics (LAIs) to support treatment adherence prior to release.
- Ms. Disaya Meepien reported that 11.09% of youth offenders are expected to have mental illnesses by 2025. She asserted that punishment exacerbates mental health problems and presented a holistic, child rights–focused care model.
- Ms. Artitaya Raweeprayurabut described the Department of Probation's pivotal role under the Justice Safety Observation Ad Hoc Center (JSOC) Act (B.E. 2565), promoting a justice informed mental health approach focused on screening and community reintegration.
- Dr. Nattakorn Jampathong indicated that psychiatric inmates under the JSOC system are more prevalent than in the general prison population. He emphasized the critical importance of post–release continuity of care, particularly through LAIs for high–risk individuals, to help prevent recidivism.

Discussions centered on strategies to prevent recidivism among released juveniles and on the importance of programs that support incarcerated parents in breaking intergenerational cycles of violence. Efforts to identify alternative community support for individuals whose families refuse reintegration were also highlighted.

Rapporteurs: Ms. Natsuda Julsintanaporn and Mr. Sangob Poodankang, Bureau of Mental Health Academic Affairs

Session Summary

Topic: Behind the Filter – What Youth Are Really Facing Online

Session Room: International Panel Discussion: IPD, Inter 1

Date: 1 July 2025 Time: 10.30 – 12.00 AM

Venue: Room MR 1, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

1. Dr. Jos Henri M. Vandelaer, WHO Representative to Thailand
2. Dr. René Weber, University of California Santa Barbara
3. Dr. Nopporn Tantirangsee, Director of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital *(Moderator)*

Objectives:

This session aimed to clarify the link between psychopathology and compulsive digital media use, particularly gaming disorder, and to address the public health challenges of social connection and loneliness.

Summary:

Highlighted the WHO's definition of health encompassing complete physical, mental, and social well–being, noting the social dimension is often overlooked. Loneliness, defined as a negative feeling from a perceived lack of social connection, is a significant issue. A 2019 study in Thailand, involving 1126 participants, revealed 85.7% of LGBTQ+ individuals reported high levels of loneliness. Thailand's initiatives include policy advocacy, developing social infrastructure like co–living spaces and community areas, and fostering destigmatization to enhance social connection.

Fostering Social Connection for Global Health: Dr. Jos emphasized that social connection is a fundamental social determinant of health. Loneliness and social isolation significantly increase mortality risk by 14–32%, cardiovascular disease by 29%, dementia, and contributing to 5% of global cases. These issues also lower job satisfaction, reduce productivity, and raise healthcare costs. Importantly, the 78th World Health Assembly in 2025 approved the first–ever resolution that recognizes social connection as a standalone global health priority. The WHO Commission on Social Connection (2024–2026) was established to drive: Policy development, public awareness, data collection, and multisectoral interventions.

Compulsive Digital Media Use Among Adolescents: Dr. René discussed compulsive digital media use, characterized by loss of control, preoccupation, and functional impairment. Adolescents are 250% more susceptible to addiction due to the ongoing development of the balance between the impulsive and executive brain systems. The prevalence of Gaming Disorder (ICD–11) in Thailand increased from 12.5% in 2018 to 22.2% in 2022, and is strongly correlated with: depression, loneliness, and poor academic performance. Recommendations include: mental health professionals addressing underlying psychopathology, parents providing supervision and support, and policymakers investing in research and funding for effective interventions.

Rapporteurs: Ms. Natsuda Julsintanaporn and Mr. Sangob Poodankang, Bureau of Mental Health Academic Affairs

Session Summary

Topic: After the Tremors: Restoring Mental Wellness after disasters

Session Room: International Panel Discussion: IPD, Inter 2

Date: 1 July 2025 Time: 09.00 AM – 10.30 AM

Venue: Room MR 4–5, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

1. Dr. Narumol Sawanpanyalert, Department of Medical Services, MOPH
2. Dr. Ruksakul Mekkulviroj, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
3. Dr. Thiti Phakdurong, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
4. Dr. Suttha Supanya, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry *(Moderator)*

Objectives:

The approach to restoring mental wellness after disaster, integrating public health emergency response, mental health crisis, and core principles of trauma care.

Summary:

The Medical Emergency Response Team (MERT) is the national component of the WHO–verified Thailand Emergency Medical Team (EMT). They ensure rapid response to domestic and international emergencies, with deployments including the 2015 Nepal earthquake, COVID–19 field hospitals, and the 2025 Bangkok building collapse.

The Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCAT), established in 2005 post–tsunami. MCAT provides integrated psychological support, collaborating with various disaster response teams. Services include Psychological First Aid (PFA), counseling, and relaxation techniques, alongside 24–hour hotlines (1323, 1667). The Crisis Mental Health Surveillance System (CMS) tracks client data, categorizing recipients for tailored care. Following the 2025 Bangkok building collapse, MCATT supported 607 individuals, with 84.5% achieving low stress levels after two weeks.

Natural Disasters (floods, earthquakes) can be caused mental health outcomes, for example, depression, anxiety and PTSD by direct and indirect pathways. The five essential elements for immediate and mid–term mass trauma intervention to prevent long–term sequelae like PTSD, noting high prevalence rates (e.g., 2.6–52% for PTSD). These principles are: 1) Promote sense of safety: Limit trauma talk, educate on news exposure, aid identification of loved ones. 2) Promote calming: Normalize stress reactions, use breathing techniques and relaxation. 3) Promote sense of self– and collective efficacy: Foster belief in individual and group coping capabilities, involving victims in rebuilding efforts. 4) Promote connectedness: Combat isolation, facilitate social support and community ties, treating temporary housing as "villages". and 5) Promote hope: Address "shattered worldview," provide practical assistance (housing, employment), and utilize CBT to build strengths and set positive goals.

Rapporteur: Ms. Praepan Permkwamsuk, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Session Summary

Topic: Behind the Filter – What Youth Are Really Facing Online

Session Room: International Panel Discussion: IPD, Inter 2

Date: 1 July 2025 Time: 10.30 – 12.00 AM

Venue: Room MR 4–5, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

1. Ms. Harisawan Siriwong, Buddy Thai application
2. Ms. Panida Maneetavat, Buddy Thai application

Objectives:

The Session Objectives are to explore how today's youth, particularly Generation Alpha, experience social media, digital culture, and cyberbullying.

Summary:

The presentation, delivered by Harisawan Siriwong and Panida Maneetavat from the Buddy Thai App team, explores how today's youth, particularly Generation Alpha, experience social media, digital culture, and cyberbullying. It begins by defining a "generation" as a social category shaped by shared experiences across roughly 20–year spans. Generational gaps impact behaviors including values, spending motives, hobbies, media trust, and life expectations.

A key section addresses Generation Alpha's online realities: they seek social approval through likes and curated authenticity, often masking sadness with humor or sharing selectively to protect themselves. Challenges such as exposure to drugs, sinister emojis, sexual content, self–harm, violence, and hate speech are pervasive.

Through short quizzes, the presentation highlights adults' limited understanding of Gen Alpha's preferences, dreams, and digital habits. It also identifies factors reshaping Gen Alpha's values: constant online validation, curated digital personas, and the pressure to perform socially.

The core solution proposed is Digital Empathy, structured into four principles: 1) Engage 2) Entrust 3) Encourage and 4) Empower.

Practical interventions include digital literacy education that goes beyond technical skills to understanding emotional impacts; school assessments of students' emotional and peer relationship behaviors; and support systems like a one–stop SOS help center. The Buddy Thai App offers features like mood tracking quizzes and emotional management techniques to help youth navigate online challenges.

The presentation concludes with a call to recognize the voices of youth, highlighting that effective engagement requires not just awareness, but action to build safer, more empathetic digital environments for the next generation.

Rapporteur: Mr. Arisaman Sirilap, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

สรุปเนื้อหาการประชุม
เรื่อง การเลี้ยงดูข้ามรุ่นเพื่อสร้างเด็กเจเนอเรชันเบต้าในสังคมหลากหลายวัย

รูปแบบการประชุม: Thai Symposium: TSP, Gentle Parent & Family

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่: ห้อง MR 13–14 ชั้น 8 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. ผศ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ดร.ดรณี จันทร์หล้า ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม มีความรู้และแนวทางในการเลี้ยงดูเด็กเจเนอเรชั่นเบต้า โดยอ้างอิงจากข้อมูลการศึกษาวิจัย

สาระสำคัญ :

พ.ศ. 2593 เจเนอเรชันเบต้า จะเป็นวัยทำงาน ในสังคมผู้สูงวัยเต็มรูปแบบ ปัจจุบัน เทคโนโลยีเข้ามีมีบทบาท มากขึ้น ส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์–สังคม และ ความมั่นใจในตนเองของเด็ก จากงานวิจัย Parenting Across Culture Project ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ในประเทศ ที่ร่วมการศึกษานี้ มีประเด็นน่าสนใจ ดังนี้

- ประเทศ HDI (ดัชนีการพัฒนามนุษย์) สูง เด็กมักได้รับการเลี้ยงดูอบอุ่นตั้งแต่แรกเริ่มและมีการกระตุ้นทางปัญญาตั้งแต่แรก ส่งผลให้มี Prosocial Behavior มั่นคงและต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลงมากเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ในขณะที่ประเทศ HDI ต่ำ (ไทยอยู่ในกลุ่มนี้) ได้รับการปลูกฝังในช่วงที่โตมากกว่า เริ่มมี Prosocial Behavior เพิ่มขึ้นในวัยรุ่น
- การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลต่อสภาพจิตใจที่เป็นลบและพฤติกรรมแบบเร่งรีบในชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และใช้ชีวิตเสี่ยง
- ระดับการศึกษาของพ่อแม่ มีผลต่อการเรียนของเด็ก ทัศนคติและการสนับสนุนของผู้ปกครองส่งผลต่อความรู้สึกของเด็กว่าเป็นนักเรียนที่ดี หรือมีตัวตนทางวิชาการ
- วัฒนธรรมการรวมหมู่ของพ่อแม่สัมพันธ์กับการแสดงความอบอุ่นและการคาดหวังให้ลูกทำหน้าที่ในครอบครัว ค่านิยมที่ยึดมั่นในการสอดคล้องของพ่อกับแม่ สัมพันธ์กับการให้ลูกมีอิสระในการตัดสินใจมากขึ้น ปัญหาอารมณ์–พฤติกรรม ลดลง พ่อแม่ที่มีวัฒนธรรมรวมหมู่จะมีความเชื่อมั่นในการเป็นพ่อ–แม่ สูงขึ้นเมื่อลูกเข้าวัยรุ่น
- รูปแบบการปฏิเสธของพ่อแม่ ส่งต่อรุ่นต่อรุ่น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงให้เห็นเด่นชัดที่สุดในช่วงอายุ 13 ปี ซึ่งการแทรกแซงทางสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยลดผลกระทบข้ามรุ่นได้

การเลี้ยงดูเด็กให้ดี ขึ้นอยู่กับผู้เลี้ยงดูและสังคม สิ่งที่เอื้อต่อการให้เด็กมีพัฒนาที่ดี ได้แก่ “ความรักความอบอุ่น และการกำกับวินัยที่เหมาะสม”

ผู้สรุป : นางสาวปรารถนา พรมวัง และแพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ สถาบันราชานุกูล

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง พ่อแม่ยุคใหม่กับการเลี้ยงลูกตามพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, Gentle Parent & Family

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 13–14 ชั้น 8 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
2. นางสาวอมรา ธนศุภรัตนา สถาบันพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงกิตติกุล เทียมแก้ว สถาบันพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
4. นายกีรติ ลิ่มสืบเชื้อ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินรายการ)*

วัตถุประสงค์:

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้รับความรู้และแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงดูเชิงบวกในเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น

สาระสำคัญ:

ในเด็กแต่ละวัยมีจุดเน้นแตกต่างกัน ดังนี้

- ปฐมวัย เป็น Golden Period ของการส่งเสริมพัฒนาการ สัมพันธภาพมีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านอารมณ์– สังคม ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัว
- วัยเรียน เข้าสู่สังคมที่กว้างขึ้น เรียนรู้การอยู่ภายใต้กฎ กติกา เป็นช่วงที่ค้นหาความสามารถของตนเอง ผ่านการใช้ชีวิตในครอบครัวและโรงเรียน
- วัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องการความภูมิใจจากจุดยืนของตนเอง ต้องการการยอมรับ อาจนำไปสู่ความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ได้ การที่ยังสามารถคงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ไว้ได้ จะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกด้านบวกกับตนเอง

การตีเป็นการสอนด้วยความกลัว กระตุ้นสมองที่เกี่ยวกับอารมณ์ ซึ่งสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้เหตุผล จะทำงานได้ไม่ดี ความกลัวส่งผลต่อการเกิดแผลในใจระยะยาว โดยในปัจจุบันมีการผ่านกฎหมายไม่ตีเด็ก เนื้อหาสำคัญคือ “การเลี้ยงดูต้องไม่มีการทำร้ายเกิดขึ้น” ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าห้ามตี ประเด็นสำคัญคือการที่เด็กไม่ได้รู้สึกว่าเป็นการทำร้าย รับรู้ถึงความรัก ซึ่งการลงโทษนั้นต้องทำเมื่อมีสติสัมปชัญญะ ไม่ใช่การระบายอารมณ์ โดยในความเป็นจริงมีวิธีอื่นๆ อีกมากนอกเหนือจากการตี

ในปัจจุบัน การเลี้ยงดูเชิงบวกโดยไม่ใช้ความรุนแรง มีบทบาทให้เด็กมีการพัฒนาได้เหมาะสม โดยสิ่งสำคัญ ได้แก่การเพิ่มพฤติกรรมที่ดี ในปัจจุบันมีโปรแกรมในการส่งเสริมการเลี้ยงดูเชิงบวก หลากหลาย โดยที่มีการดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต ได้แก่ Thai Triple–P ในปฐมวัย 7 Day Parenting ในวัยเรียน ส่วนในวัยรุ่นจะเป็นการต่อยอดจาก หลักการในวัยที่ผ่านมา โดยปรับให้สอดคล้องกับพัฒนาการ

ผู้สรุป: นางสาวปรารถนา พรมวัง และแพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ สถาบันราชานุกูล

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง การเดินทางสู่ใจที่เบิกบานและสังคมผาสุก

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, Gentle Society & Community

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่: ห้อง MR 2 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. นางสุรินทร อิวปา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต
2. นายภาคิณ อำรุงจิตชัย	โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
3. นายชูพงษ์ สังข์ผลิพันธ์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 กรมสุขภาพจิต
4. นางสาวภคมน สมศรี	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต
5. นางสาวเบญญารัศม์ จันทร์เปล่ง	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) ในบุคคลทุกช่วงวัย เพื่อนำไปสู่สังคมที่ผาสุก

สาระสำคัญ:

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อยู่ตลอดเวลาบางรายต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง ขณะที่เด็กปฐมวัยและประถมศึกษาเป็นช่วงวัยที่เป็นรากฐานสำคัญของชีวิต มีการเรียนรู้เรื่องคำพูดและพฤติกรรมจากสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจจะขาดคำแนะนำที่เหมาะสมจากผู้ปกครอง ส่วนนักศึกษามหาวิทยาลัยมักจะประสบปัญหาด้านการปรับตัวและการจัดการอารมณ์

มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้โปรแกรม RQ ให้เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย โดยเน้นความร่วมมือจากผู้บริหาร สถานศึกษา ครู และผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ ซึ่งเทคนิคที่นำไปใช้กับแต่ละช่วงวัย มีดังนี้

- ปฐมวัย (3 – 6 ปี) : เน้นการ สร้าง RQ ผ่านผู้ปกครอง โดยให้ความรู้และกิจกรรมที่ผู้ปกครองสามารถนำไปปรับใช้ ที่บ้านได้ง่าย มีการใช้กลุ่มไลน์เพื่อติดตามผลและเสริมพลังกลุ่ม วัดผลจากทักษะการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองและบันทึกความก้าวหน้าของเด็ก
- ประถมศึกษา : ดำเนินการในรูปแบบ One Day Workshop โดย การสื่อสารวัตถุประสงค์กับผู้บริหารและครู รวมถึง การสร้างกติกากับนักเรียน เป็นเทคนิคสำคัญ ผลลัพธ์แสดงถึง RQ ที่เพิ่มขึ้นและความพึงพอใจสูง
- มัธยมศึกษา : ใช้ RQ เป็นเครื่องมือแก้ไขปัญหาซึมเศร้าและการปรับตัวของวัยรุ่น โดยเน้น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และให้โอกาสเยาวชนที่ก้าวพลาดได้ทบทวนตัวเอง ผลลัพธ์คือภาวะซึมเศร้าลดลงและ RQ เพิ่มขึ้น
- มหาวิทยาลัย : เน้นการ ทำงานร่วมกับผู้บริหารและจำกัดขนาดกลุ่มเป้าหมาย (นักศึกษาแกนนำ) เพื่อประสิทธิภาพ พบความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.32 และนักศึกษามีความเข้าใจในการจัดการอารมณ์มากขึ้น

ผู้สรุป: นายจาฏพจน์ พรมสีดา สำนักวิชาการสุขภาพจิต และนายอานนท์ ฉัตรทอง กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง สร้างสุขภาพจิตและชีวิตดีงามจากความเข้มแข็ง

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, Gentle Society & Community

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 2 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. นายวีระพงษ์ เรียบพร ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต
2. นางภัทรานิษฐ์ ทองตันไตรย์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 กรมสุขภาพจิต
3. นางสาวภัทรนิศวร์ ธนกูลอัครชัย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต
4. นายวรพจน์ พนาปวุฒิกุล ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต
4. นางสาววนิดา บุญพ่วง กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินรายการ)*

วัตถุประสงค์:

มุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพจากภายในบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นฐานในการสร้างการเปลี่ยนแปลง เชิงบวกและการแก้ไขปัญหา

สาระสำคัญ:

1. กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา: มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ตลอดเวลา ขาดความมั่นใจ ต้องการการยอมรับ และประสบปัญหาความเครียด ซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง การประยุกต์ใช้: ใช้กิจกรรมจากหลักสูตร ความเข้มแข็งทางใจ เช่น การค้นหาจุดดีของตนเอง, การชื่นชมผู้อื่น, การระบุผู้สนับสนุน (I am, I have, I can) ปัจจัยสำเร็จคือ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตของผู้บริหารโรงเรียน ครู และผู้ปกครอง

2. กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย: มีความเครียด ภาวะหมดไฟ และมีการพยายามฆ่าตัวตายในระดับสูง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ที่มีปัญหาด้านการปรับตัว การประยุกต์ใช้: ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านแนวคิด Resilience โดยเสริมทักษะอาจารย์ในการให้คำปรึกษาโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength–Based Counseling) ปัจจัยสำเร็จคือ การเชื่อมโยงเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ การมีคณะกรรมการ IU Care Plus ในมหาวิทยาลัย และทัศนคติเชิงบวกของทีมดำเนินการ

3. กลุ่มวัยทำงาน: มีความเครียดสูง ประสบปัญหาสุขภาพกาย การเงิน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง การประยุกต์ใช้: โครงการ Holistic Health Advisor (HHA) ในสถานประกอบการ โดยพัฒนาหลักสูตรที่ เพิ่มเนื้อหา Strength–Based Counseling/Intervention ให้แก่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ปัจจัยสำเร็จคือ ผู้ปฏิบัติงานมี ความเข้าใจในแนวคิด SBC และการสนับสนุนจากผู้บริหาร

4. กลุ่มประชาชนทั่วไป (ผ่าน Tele–counseling) บริบทและปัญหา: ผู้ขอรับบริการมีปัญหาด้านการทำงาน หนี้สิน และความสัมพันธ์ในครอบครัว การประยุกต์ใช้: ใช้ Strength–Based Counseling ผ่านการพูดคุยทางโทรศัพท์ ซึ่งมีโครงสร้าง I am, I have, I can ที่ชัดเจน ทำให้สามารถใช้งานได้ง่ายและช่วยให้บุคคลดึงศักยภาพของตนเองออกมาได้ ปัจจัยสำเร็จคือ ทักษะของผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยให้ผู้รับบริการก้าวข้ามปัญหา แทนที่จะมุ่งแก้ไขปัญหาทั้งหมด

ผู้สรุป: นายจาฏพจน์ พรมสีดา สำนักวิชาการสุขภาพจิต และนายอานนท์ ฉัตรทอง กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง บริการสุขภาพจิตและการเสพติด ในวันที่โลกผันผวน

รูปแบบการประชุม: Thai Symposium: TSP, MH & Addiction Service

วัน/เวลา : 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่ : ห้อง MR 6–9 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร :

1. ศ.ดร.แพทย์หญิงสาวิตรี อัษณางค์กรชัย Member of the International Narcotics Control Board
2. รศ.แพทย์หญิงรัศมน กัลป์ยาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. แพทย์หญิงสรสพร จูวงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และแนวทางการบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลง

สาระสำคัญ:

สถานการณ์โลกในปัจจุบันมีความผันผวนสูง จากวิกฤตเศรษฐกิจ ความขัดแย้ง สภาพภูมิอากาศ และผลกระทบจากโรคระบาด ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของประชากรทุกกลุ่มวัย ความต้องการบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่ระบบบริการยังเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความเหลื่อมล้ำ และการเข้าถึงระบบบริการที่ยืดหยุ่น ครอบคลุม ตอบสนองต่อความต้องการของประชน อีกทั้งยังมีประเด็นแลกเปลี่ยนแนวคิด "Gentle Health Care" เน้นการดูแลที่อิงหลักสิทธิมนุษยชน การใช้ภาษาสื่อสารที่ไม่ตีตรา การเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมรวมถึงกลุ่มเปราะบาง การผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม รวมถึง "ความเข้าใจ" และ "เห็นอกเห็นใจ" (Empathy) เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถดูแลผู้อื่นได้อย่างมีคุณภาพเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ยืดหยุ่น อ่อนโยนและยั่งยืน

ประเด็นแลกเปลี่ยน แนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบ "Gentle Health Care" ในโลกที่ผันผวน ควรยึดหลักสิทธิมนุษยชน, การลดการตีตรา และความเห็นอกเห็นใจทั้งบุคลากรและผู้รับบริการเป็นหัวใจสำคัญ

ผู้สรุป: นางสาวประภัสสร เตียเย็น นางสาวอุสุภางค์ โคตรชาลี และนางสาวศศิพิมพ์ ประสาทศรี กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง บริการสุขภาพจิตครอบครัว สร้างวัคซีนใจห่างไกลยาเสพติด

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, MH & Addiction Service

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 6-9 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงพันตรี เกิดโชค หัวหน้าโครงการ Family United Adaptation (In Collaboration with the WHO and UNODC)
2. ผศ.ดร.นายแพทย์อภินันท์ อร่ามรัตน์ ประธานกรรมการมูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์ชนิดา วิชัยคำ ผู้อำนวยการกองพัฒนาระบบสุขภาพเด็กและเยาวชน (ทีมพินิจใจ พินิจด้วยรัก พิทักษ์ครอบครัว)
4. แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

เพื่อหาแนวทางการสร้างเสริมพลังครอบครัว ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในเด็กและเยาวชน

สาระสำคัญ:

โลกที่ผันผวนส่งผลกระทบต่อครอบครัวและแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวทำได้อย่างไร พบว่า ความเป็นสังคมโลกและการขยายตัวของสังคมออนไลน์ทำให้ครอบครัวเปราะบางและห่างเหิน ปัจจุบันมีบุคลากรที่มีศักยภาพการทำงานกับครอบครัวน้อย โดยเฉพาะนักบำบัดครอบครัว ควรมีระบบส่งเสริมความเข้มแข็งให้ครอบครัว ทั้งในครอบครัวทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และครอบครัวที่มีปัญหา ปัจจุบันมีโปรแกรมที่ดำเนินงานกับครอบครัว เช่น โปรแกรม Family United และ Strong Families โดยทั้งสองโปรแกรม มีหลักฐานงานวิจัยที่ยืนยันว่า มีส่วนช่วย ลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมปัจจัยปกป้องต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชน หากส่งเสริมให้เกิดการขยายแนวทางการดำเนินงานให้กว้างขวางขึ้นจะเป็นประโยชน์ และช่วยลดจำนวนเด็กที่มีปัญหายาเสพติดเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมได้ดีขึ้น อีกทั้งการบูรณาการบริการสุขภาพจิตครอบครัวกับระบบบริการสุขภาพชุมชน จะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างวัคซีนใจให้กับประชาชน เพื่อป้องกันทั้งปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดต่อไป

ประเด็นแลกเปลี่ยน แนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจในครอบครัว ลดปัญหาการใช้สารเสพติดในเยาวชน รวมถึงช่องว่างในการดูแลครอบครัว การขยายบริการสุขภาพจิตครอบครัวที่เข้าถึงง่าย รวมถึงการจัดตั้ง ศูนย์พักคอย รองรับเยาวชนหลังพ้นโทษ เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำ

ผู้สรุป: นางสาวประภัสสร เตียเย็น นางสาวอุสุภางค์ โคตรชาลี และนางสาวศศิพิมพ์ ประสาทศรี กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง เชื่อมต่อเทคโนโลยีกับจิตใจสู่สังคมที่อ่อนโยน

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, Innovation

วัน/เวลา : 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่ : ห้อง MR 3 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร :

1. รศ.ดร.แพทย์หญิงโสพัพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์กัลตภัทร ชัยจรีนันท์	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์เพื่อการแพทย์ด้านจิตเวช (AIMET)
3. รศ.ดร.พีรพล เวทีกูล	ภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
5. ดร.วีร์ เมฆวิลัย	สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์ :

การเชื่อมต่อเทคโนโลยีดิจิทัลกับจิตใจ เพื่อนำไปสู่การสร้างสังคมที่อ่อนโยนและยั่งยืน โดยเน้นการทำความเข้าใจจิตใจของผู้คนให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

สาระสำคัญ :

ความท้าทายสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยยุคดิจิทัล เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น คิวการรอนาน และความซับซ้อนของปัจจัยทางจิตสังคม นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องยากเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ค่าใช้จ่าย และอคติทางสังคม เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้ มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสร้างสรรค์นวัตกรรม โดยศูนย์ AIT ได้พัฒนาหลายโครงการ อาทิ DMIND ซึ่งเป็นเว็บแอปประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นด้วย AI และ DMIND Voice Bot ที่เข้ามาช่วยลดระยะเวลารอสายสำหรับผู้เสี่ยงสูงที่โทร 1323 จากเฉลี่ย 40 นาที เหลือเพียง 12 นาที รวมถึง DMIND Chatbot ซึ่งเป็น AI Chatbot ที่ผสานเทคโนโลยีการสนทนาเข้ากับหลักการทางจิตวิทยา เพื่อให้คำปรึกษาและทำความเข้าใจผู้ใช้ตลอด 24 ชั่วโมง แนวคิดหลักในการพัฒนานวัตกรรมเหล่านี้คือการ สร้าง "Gentle AI" หรือเทคโนโลยีที่อ่อนโยน ซึ่งหมายถึง AI ที่สามารถเข้าใจมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลหลากหลายมิติ เช่น สีหน้า น้ำเสียง และเนื้อหา นอกจากนี้ยังต้องเป็นเทคโนโลยีที่ถูกออกแบบมาอย่าง user–friendly เพื่อให้ผู้ใช้งานเข้าถึงได้ง่าย เป็นมิตร และให้ความรู้สึกเป็นพื้นที่ส่วนตัวที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการปกป้องข้อมูล ส่วนบุคคลอย่างสูงสุดความสำเร็จของนวัตกรรมเหล่านี้มาจากการ บูรณาการความเชี่ยวชาญ ระหว่างวิศวกรคอมพิวเตอร์ แพทย์ และนักจิตวิทยา และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ใช้งานจริงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตอบโจทย์ปัญหาได้อย่างแท้จริง เป้าหมายคือการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตให้ทั่วถึง สร้างเครื่องมือป้องกัน และพัฒนา AI ให้สามารถช่วยเหลือผู้คนได้อย่างเป็นส่วนตัวและน่าเชื่อถือในอนาคต

ประเด็นแลกเปลี่ยน นวัตกรรมที่ดีต้องเกิดจากความร่วมมือหลากหลายสาขา การวิจัยควรนำไปสู่การใช้งานจริงในสถานการณ์ที่แตกต่าง และต้องสร้างแนวทางแก้ปัญหาที่ครบวงจรและยั่งยืนเพื่อสร้างผลกระทบที่ชัดเจน

ผู้สรุป: นางสาวเบญจมาศ วุฒิหาร และนางสาวสุขหทัย หนูทองแก้ว สำนักวิชาการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง โปรแกรม ต่อ เติม ใจ ปันความห่วงใย ลดความรุนแรง

รูปแบบการประชุม: Thai Workshop: TWS, Innovation

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 3 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงอภิชญา พลรักษ์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
2. อาจารย์กานดา ผาวงศ์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
3. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์:

เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจและลดความเครียด ผ่านกลยุทธ์การดูแลตนเองในทางปฏิบัติ

สาระสำคัญ:

“ต่อ–เติม–ใจ” เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ออกแบบมาเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจและลดความเครียด ผ่านกลยุทธ์การดูแลตนเองในทางปฏิบัติ โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ การลดความรุนแรง ในสังคมและการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสุขภาพจิต โปรแกรมนี้มุ่งแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัดในประเทศไทย เนื่องจากขาดบุคลากรหรือมีอุปสรรคทางสังคม เช่น ความอายหรือการตีตรา ซึ่ง “ต่อ–เติม–ใจ” คือโปรแกรมดูแลใจด้วยตนเอง (Self–Help Intervention) ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ใช้เรียนรู้และดูแลใจตนเองได้ รวมถึงสามารถขยายบริการได้กว้างขวางช่วยให้ผู้ที่กำลังเครียดหรือทุกข์ใจสามารถจัดการอารมณ์ได้ด้วยตัวเอง สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเองผ่านช่องทางหลากหลาย เช่น แอปพลิเคชัน หรือเว็บไซต์ และไม่จำเป็นต้องมีพื้นฐานด้านสุขภาพจิตก็สามารถใช้งานได้ มีบทเรียนหลัก 5 ขั้นตอน ได้แก่ Grounding (กลับมาอยู่กับปัจจุบัน) Unhooking (ปล่อยวางความคิด) Acting on Values (ทำตามสิ่งที่เชื่อมั่น), Being Kind (ใจดีกับตัวเอง), และ Making Room (เปิดพื้นที่ให้ความรู้สึกแย่ๆ) แต่ละ ขั้นตอนใช้เวลาสั้นเพียง 5–10 นาที โปรแกรมนี้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพใจของบุคคล เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการหยุดยั้งความรุนแรง และเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตในสังคม

ประเด็นแลกเปลี่ยน การดูแลใจตนเองคือจุดเริ่มต้นในการหยุดความรุนแรงที่ต้นทาง “ต่อ–เติม–ใจ” มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น

ผู้สรุป: นางสาวเบญจมาศ วุฒิหาร และนางสาวสุขหทัย หนูทองแก้ว สำนักวิชาการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง สังคมอ่อนโยน ไร้ความรุนแรง “มีเพื่อนดีดูแลใจและที่พักใจเมื่อต้องการใครซักคน”

รูปแบบการประชุม: Public Speaking

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 12.00 – 13.00 น.

สถานที่: Public Speaking Zone ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. ผศ.แพทย์หญิงจิราภรณ์ อรุณากูร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
3. นายสมพงษ์ นาคพรม ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*
3. นายกฤษณ์ ลำพุทธา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

เพื่อตีความความหมายของสังคมอ่อนโยน และการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อสังคมที่อ่อนโยน และความสำคัญของการมีเพื่อนที่ช่วยดูแลใจและเป็นที่พักใจเมื่อมีความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือเหนื่อยล้า

สาระสำคัญ:

1. สังคมอ่อนโยน คือ สังคมที่อยู่ร่วมกันด้วยความรู้สึกปลอดภัย บนความหลากหลายของบุคคล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่บนความเข้าใจ รวมทั้งปฏิบัติต่อกันด้วยความอ่อนโยน

2. บุคคลที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงทางใจ จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงโดยไม่รู้ตัวได้ และในคนที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงทางใจตลอดเวลา เช่น มีความกังวลว่าเค้าจะชอบเรารึเปล่า เค้าจะมองเราแบบไหน ฯลฯ จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดสะสม ดังนั้นการมีพื้นที่ปลอดภัยให้พักใจจะช่วยให้ไม่รู้สึกเหนื่อยกับชีวิตมากนัก การมีพื้นที่ปลอดภัย หมายถึง พื้นที่ที่บุคคลสามารถเป็นตัวของตัวเองได้ แสดงออกได้ทั้งด้านดีและไม่ดี ไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตัดสิน มีคนพร้อมเข้าใจและรับฟัง พื้นที่นี้จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงทางใจ ส่งผลให้คนๆ นั้น เติบโตมาด้วยความรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย และเป็นที่รัก

3. หากรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีใครที่สามารถเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้ได้ เราสามารถเป็นพื้นที่นี้ให้กับตนเองได้ การใจดีกับตนเองเป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ตัวเราเองได้วิธีหนึ่ง การเห็นความเป็นมนุษย์ของตนเอง ให้อภัยความผิดพลาด และรู้ว่าเราสามารถผิดพลาดได้ รวมทั้งการอยู่กับปัจจุบันขณะ

4. การเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อสังคมที่อ่อนโยน เริ่มได้จากการมองเห็นความเป็นมนุษย์ของกันและกันที่ต้องการความรัก ความสบายใจ ความสุข การยอมรับความแตกต่างและความหลากหลายระหว่างกัน รวมถึงการสื่อสารต่อกัน ที่เป็นเชิงบวก การสื่อสารความต้องการที่ตรงไปตรงมา โดยใช้ I – message จะช่วยให้เราไม่ทำร้ายความรู้สึกซึ่งกัน และกัน

ผู้สรุป: นางสาวยุวนาไขว้พันธ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ... ไร้ความรุนแรง

รูปแบบการประชุม: Keynote : ปาฐกถาพิเศษ

วัน/เวลา: 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 14.00 – 14.30 น.

สถานที่: Hall 1 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

นายปกรณ์ นิลประพันธ์ เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา และกรรมาธิการกฤษฎีกา กรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

วัตถุประสงค์:

สร้างความตระหนักถึงวิกฤตของความรุนแรงในสังคม และแรงบันดาลใจให้ทุกคนเข้าใจบทบาทของตนเองในการเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหา เพื่อสุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ... ไร้ความรุนแรง

สาระสำคัญ:

สุขภาพจิตที่ดีคือทั้งเหตุและผลของการสร้างสังคมที่อ่อนโยน ปัจจุบันสังคมเต็มไปด้วยความเครียดจากเศรษฐกิจ การเมือง และที่สำคัญที่สุดคือ ความรุนแรง ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายผ่านสื่อและเทคโนโลยี โดยเฉพาะโซเชียลมีเดีย ยิ่งไปกว่านั้นการนำเสนอความรุนแรงในรูปแบบความบันเทิง (ละคร ภาพยนตร์) ทำให้คนเคยชินและรับรู้ว่าสิ่งผิดปกติเป็นเรื่องปกติ ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสังคมในอนาคต

แนวทางการแก้ปัญหาควรเริ่มจากครอบครัวและจิตสำนึก การออกกฎหมายหรือการลงโทษไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เป็นการแก้ที่ปลายเหตุ ความรุนแรงไม่สามารถจัดการได้ด้วยคนเดียว หรือด้วยหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การป้องกันคือวิธีที่ดีที่สุดควรเริ่มจากการสร้างภูมิคุ้มกันตนเองและครอบครัว ทั้งนี้ครอบครัวคือจุดเริ่มต้นสำคัญในการปลูกฝังจิตสำนึก การเคารพสิทธิผู้อื่น คุณธรรม และความรับผิดชอบ

สำหรับบทบาทของสังคมและการลงมือทำจากขาดความตระหนักรู้ในประเด็นปัญหาสังคมนี้เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข ต้องส่งเสริมให้ทุกคนมีความคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) ความคิดสร้างสรรค์เชิงบวก (Creative Thinking) และเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในยุคดิจิทัล

ทุกภาคส่วนร่วมมือกันอย่างจริงจัง สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง และลงมือปฏิบัติ เพื่อสร้างสังคมที่ดี อ่อนโยน และไร้ความรุนแรงอย่างแท้จริง เพราะ "การสร้างสังคมที่ดีเกิดขึ้นไม่ได้ด้วยการวิจัย แต่เกิดขึ้นได้จากการลงมือทำ"

ผู้สรุป: นางวรวรรณ จุฑา และนางสาวกมลลักษณ์ มากคล้าย สำนักวิชาการสุขภาพจิต

Session Summary

Topic: From Compassion to Community: A Path to a Gentle Society

Session Room: International Special Lecture: ISL

Date: 1 July 2025 Time: 03.15 – 04.30 PM

Venue: Hall 1, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speaker:

Ajahn Jayasaro (Shaun Michael Chiverton), Thai Buddhist Monk

Summary:

Phra Phrom Phatcharanyanamuni, also known as Phra Ajahn Shaun Jayasaro, a devoted disciple of Luang Por Chah Subhatto with over 40 years of continuous Dhamma practice, delivered a special lecture. He proposed a revised title for his talk: "Reducing Violence, leading to a More Gentle Society," emphasizing a path of progress rather than rigid idealism.

- From a Buddhist perspective, understanding and reducing violence involves a medical and holistic approach, similar to the Four Noble Truths and the Noble Eightfold Path, which encourage the development of conduct, speech, emotion, and understanding.
- He noted that Western concepts often misinterpret “spirituality,” whereas Buddhist teachings, originally referred to as Dhamma–Vinaya, focus on cultivating environments where virtue can naturally flourish.
- Although humans have tendencies toward greed and jealousy, they also possess the rare ability to choose not to act on every instinct.
- Basic safety; physical, verbal, and emotional particularly within the family, is presented as the foundation for spiritual growth, preceding higher ideals such as love and compassion.
- Keeping the precepts is not viewed as a divine command but as an intelligent promise made to oneself, family, and society not to cause harm. It functions as an educational system for harmonious living.
- In this view, morality is the natural result of wisdom. Acts of unkindness and violence arise from ignorance and lack of awareness. When confronted with violent impulses, one should not suppress them but instead observe them patiently, recognizing that these impulses are not who you are and that they will pass. Acting on anger only reinforces the habit.
- True compassion, which was central to the Buddha’s enlightenment, must be balanced with wisdom in order to be both effective and sustainable. This helps prevent burnout and misguided actions.
- Ultimately, mindfulness is key. It allows individuals to observe thoughts and emotions as transient mental states, creating the inner space to choose how to respond and cultivating a gentler and more resilient mind.
- In turn, society should support this through access to basic necessities, reduced inequality, and meaningful rituals that reinforce connection and awareness.

Rapporteur: Mr. Sangob Poodankang, Bureau of Mental Health Academic Affairs

Session Summary

Topic: Strengthening Compassion in Health Care Organizations: Alcoholism Treatment in Japan

Session Room: International Special Lecture: ISL

Date: 1 July 2025 Time: 02.30 – 03.30 PM

Venue: Hall 1, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

Dr. Tomohiro Shirasaka, Department of Psychiatry, Teine Keijinkai Hospital, Japan

Objective:

This session aimed to examine how healthcare organizations can strengthen compassion in addiction treatment by studying Japan's revolutionary transformation of alcoholism care.

Summary:

Despite 1.09 million people with alcohol dependence, only 3% received treatment due to traditional abstinence–only approaches that created stigma and barriers. The landmark 2016 treatment guidelines introduced harm reduction, allowing alcohol reduction as an initial goal rather than immediate abstinence, dramatically improving outcomes from 5% to 24% abstinence rates while reducing continued drinking from 67% to 4%. Dr. Tomohiro identified two patient denial types: "I am not an alcoholic" (fear–based protection) and "If I didn't drink, I wouldn't have problems" (avoiding emotional issues), requiring peer support and understanding rather than force. Healthcare professional education through patient experience–sharing workshops transformed attitudes, fostering compassionate treatment and recognizing addiction stems from underlying pain, not moral weakness. This fundamental shift from punishment to compassion, incorporating culturally adapted elements like Danshukai self–help groups, demonstrates how empathetic care can dramatically improve addiction treatment outcomes while respecting patient dignity.

Rapporteur: Dr. Wee Mekwilai, Bureau of Mental Health Academic Affairs

Session Summary

Topic: Community Mental Health Innovations, Lesson Learned from Each Countries

Session Room: International Symposium: ISP, Inter 1

Date: 2 July 2025 **Time:** 09.00 – 12.00 AM

Venue: Room MR 1, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

Representative from Bangladesh, Cambodia, China, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Thailand and Vietnam

Discussant:

Dr. Andrea Bruni, Dr. Burin Suraaroonsamrit, Dr. Terdsak Detkong and Mrs. Navinee Regnault

Objectives:

To showcase and share impactful community mental health innovations from your country, highlighting lessons learned, practical applications, and potential for scaling up the project across the country.

Summary:

Cambodia showcased youth engagement in mental health, focusing on digital outreach and awareness campaigns through platforms like TikTok and Facebook. Discussion clarified the workflow for peer support on social media, primarily involving university and high school students in workshops, and elaborated on the "Unchained Me" initiative for severely ill, chained patients, noting government support. A key query focused on sustainability via government collaboration.

China presented policy–driven advancements in community mental health services, emphasizing integration of mental health into primary care and using technology remote diagnosis platforms and electronic health record management. Discussion highlighted smart device and AI innovations for medication adherence, such as AI monitors and pill boxes to reduce relapse. Challenges like cultural stigma and recovery model were also discussed.

Bangladesh introduced a youth–focused peer support group model within universities and communities, involving rigorous four–day training for peer supporter. Discussion addressed how confidentiality is managed through designated club rooms and consent forms, and noted successful referrals of suicidal cases to professional support, contributing to a 50% increase in referrals by peer supporters.

India (Tele–MANAS) presented Tele–MANAS, a scalable, government–backed digital mental health helpline offering 24/7 counseling in 20 Indian languages and integrating with district mental health programs. Discussion highlighted its accessibility despite stigma, attributed to its confidential and government–backed model, fostering public trust.

India (Therapeutic Clowning) introduced Therapeutic Clowning, a science–backed, human–centered intervention using trained professionals and volunteers clowning; Therapists to reduce anxiety, stress, and stigma in diverse settings like hospitals and communities.

Indonesia showcased expressive therapies including art, writing, and makeup classes, alongside productivity activities like cooking and fashion shows, all aimed at recovery and societal integration. Discussion praised the diversity of non–medical activities and the focus on societal integration, with improvement evaluated through product creation and business funding for participants.

Myanmar highlighted mental health services in the earthquake incidents, including creative therapies and the integration of MHPSS into primary healthcare, particularly after the earthquake. Discussion emphasized the sustainability of community mental health through awareness–raising, multi–stakeholder and multi–disciplinary approaches, with funding constraintsidentified as a critical concern.

Nepal presented the Community Informant Detection Tool (CIDT), a picture-based, non-diagnostic tool used by Female Community Health Volunteers (FCHV) for proactive case-finding and promoting help-seeking as point of mhGAP project. Discussion revolved around the validity and cultural appropriateness of the picture-based tool as a non-stigmatizing approach, addressing accessibility challenges in hard-to-reach areas.

Vietnam showcased Basic Needs (BN) Integrated Model combining depression management with microloans for poor women, breaking the poverty-depression cycle, the program emphasized economic empowerment and increased care acceptability. Discussion praised its evaluated success in symptom improvement and loan repayment, highlighting its multi-sectoral community network and regional adaptability.

Thailand presented the Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT) model, a multidisciplinary team providing psychological support in disasters based on a 2P2R framework (Prevention and Mitigation, Preparedness, Response, Recovery). Discussion focused on making the MCATT experience accessible in English, providing support for frontline responders including Psychological First Aid (PFA), and the importance of policy advocacy for broader, integrated Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS).

Rapporteurs: Ms. Natsuda Julsintanaporn and Mr. Sangob Poodankang, Bureau of Mental Health Academic Affairs

Session Summary

Topic: Anti bullying in school

Session Room: International Workshop: IWS, Inter 2

Date: 2 July 2025 Time: 09.00 AM – 10.30 AM

Venue: Room MR 4–5, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

1. Cheng LEE, Adj Assoc Professor, Senior Consultant Psychiatrist, Institute of Mental Health
2. Dr. Wimonrat Wanpen, Child and Adolescence Psychiatrist, Senior Advisory Consultant of Division of Mental Promotion and Development

Objectives:

This session is to explore and discuss effective strategies and approaches to prevent and manage school bullying.

Summary:

Bullying is defined as repetitive, intentional aggressive behavior characterized by an imbalance of power, occurring physically in schools or virtually (cyberbullying). Forms include verbal, sexual, and rumor–spreading. Victims often experience low self–esteem, anxiety, depression, suicidal ideation, school avoidance, psychosomatic complaints, and social withdrawal. Statistics indicate 1 in 4 upper primary and 30% of secondary students in Singapore have experienced bullying. Cyberbullying affects nearly 1 in 9 adolescents and frequently co–occurs with traditional bullying, often with identifiable perpetrators. Girls are more likely to be cyber victims, while boys are more likely to be cyberbullies.

The strategic approach of Singapore adopts a "zero–tolerance" policy combined with rehabilitation for bullies and legal frameworks like the Protection from Harassment Act (POHA). A whole–school approach is emphasized, involving parents, children, and teachers to create a safe learning environment. Parents are the first protective layer, teaching healthy relationships and observing warning signs. Children are encouraged to report incidents to teachers and foster community. Teachers build trust and facilitate social integration. CARE officers form the core structure of the National CARE Management System (NCMS). CARE Officers provide initial emotional support and referral to mental health professionals. Life skills such as emotional control, problem–solving, and empathy is crucial.

A key distinction was made between bullying, aggression, and teasing. Teasing that causes distress, involves a power imbalance, is intentional, and repeated, is considered bullying. Effective anti–bullying programs require assessing current situations, officially announcing a formal zero–tolerance policy, training all stakeholders, implementing the policy, and continuous monitoring and evaluation.

Key points included inviting discussion on the prevalence of online bullying across various countries and sharing their experiences.

Rapporteur: Ms. Praepan Permkwamsuk, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Session Summary

Topic: Pride and wellbeing: creating safe space for LGBTQ+ mental health

Session Room: International Symposium (ISP), Inter 2

Date: 2 July 2025 Time: 10.30 – 12.00 AM

Venue: Room MR 4–5, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

Rena Janamnauysook, Institute of HIV research and innovation

Objectives:

This session's objective is to explore implementation research and strategies for integrating mental health into gender–affirming care.

Summary:

This presentation by Rena Janamnuaysook at the 24th Annual International Mental Health Conference highlights the intersection of HIV and mental health among transgender people in Thailand, exploring implementation research and strategies for integrating mental health into gender–affirming care.

Transgender individuals, defined as those identifying with a gender different from their sex assigned at birth, face multiple vulnerabilities including health disparities, limited access to safe gender–affirming services, substance use, mental health issues, family rejection, violence, discrimination, and economic inequality. Globally, transgender women are at a disproportionately high risk of HIV. In Thailand, stigma and discrimination in healthcare settings further exacerbate these challenges.

While studies outside Thailand report a lifetime depression prevalence of 48–62% among transgender populations, data specific to Thailand are scarce, and tailored mental health services remain limited. Conventional mental health services are often siloed and inaccessible, underscoring the need for integrated, community–based approaches.

The Tangerine Clinic in Bangkok—the first transgender–led, gender–affirming, stigma–free sexual health clinic—served as the study site for an intervention integrating mental health into HIV services. The objective was to assess the feasibility of peer–led depression screening and linkage to mental health care within gender–affirming HIV prevention and treatment programs. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), transgender counselors and nurses trained by psychiatrists implemented depression screening with PHQ–2 and PHQ–9 questionnaires, linking those screening positive to care.

Key lessons from October 2021 to March 2022 included identifying reasons for declining depression screening, such as fear of stigma and concerns about confidentiality. Comprehensive services at Tangerine Clinic also addressed substance use among transgender women, revealing high prevalence and associated harms.

A major achievement was the development of a community–led mental health curriculum co–designed by transgender communities and mental health professionals. The curriculum, covering competencies, screening tools, peer interventions, and linkage to care, received endorsement from Thailand's Department of Mental Health in November 2024. Community–led training engaged 31 HIV lay providers from 13 clinics, demonstrating the effectiveness of culturally tailored, peer–empowering approaches.

The presentation concludes that integrating mental health into transgender care is both feasible and impactful when services are community–led and culturally adapted. Scaling up such interventions requires sustained investment and supportive policies to ensure inclusive, accessible mental health care for transgender populations.

Rapporteur: Mr. Arisaman Sirilap, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง ทักษะสำคัญสำหรับนักส่งเสริมการเลี้ยงดู เครื่องมือสร้างพลังให้ครอบครัว

รูปแบบการประชุม: Thai Workshop: TWS, Gentle Parent & Family

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 13–14 ชั้น 8 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. นางสาวอมรา ธนศุภรัตนา สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
2. แพทย์หญิงกิตติกุล เทียมแก้ว สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
3. นางสาวเสาวรส แก้วหิรัญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
4. ดร.เอษรา วสุพันธ์รจิต โครงการ Net PAMA
5. นางสาวน้ำทิพย์ รัตนนิมิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์:

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมการเลี้ยงดูเชิงบวกสำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง

สาระสำคัญ:

ทักษะสำคัญสำหรับนักส่งเสริมการเลี้ยงดู เครื่องมือสร้างพลังให้ครอบครัว ประกอบด้วย

ศิลปะการฟังอย่างตั้งใจ การฟังด้วยหัวใจหรือการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) เป็นการฟังที่ผู้ฟังต้อง ตั้งใจฟัง ใส่ใจฟัง และเข้าใจในเรื่องที่ฟัง เป็นการฟังด้วยใจที่เป็นกลาง ไม่ไปตัดสินใจแทน ผู้เล่าฟังอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจ ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของผู้เล่า จับประเด็นสำคัญ และสามารถทบทวนเรื่องราวได้ โดยเป้าหมาย 2 ประการ ได้แก่ 1) ฟังเพื่อรับเนื้อหาสาระ 2) ฟังเพื่อเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก

การสื่อสารอย่างเข้าใจ โดยใช้ภาษาฉัน เช่น ฉัน + ความรู้สึก/ความต้องการ เป็นการสื่อสารที่ผู้พูดขึ้นต้นประโยค โดยการใช้สรรพนามแทนตัวเองสื่อความรู้สึก ความต้องการของตนเองให้ผู้ฟังรับทราบ ซึ่งกระบวนการนำกลุ่มผู้ปกครอง ทักษะที่สำคัญประกอบด้วย การสื่อสารเชิงบวก ได้แก่ การชม การใช้กำลังใจ การใช้ I–Message และการสะท้อน ความรู้สึก รวมไปถึงการรู้จักการตั้งคำถามอย่างเข้าใจ ซึ่งคำถามที่ดีจะไม่ตัดสิน ชวนให้ผู้เรียนหาทางออกด้วยตนเอง การตั้งคำถามแบบสะท้อนคิด ดังนี้ 1) การตั้งคำถามเพื่อสำรวจ เป็นการเปิดกว้างและกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ 2) การตั้งคำถามเพื่อทบทวน เป็นการเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ 3) การตั้งคำถามเพื่อ เชื่อมโยง เป็นคำถามที่ช่วยเชื่อมโยงประสบการณ์กับความรู้เดิมหรือเชื่อมโยงประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น และ 4) การตั้งคำถามเพื่อวางแผน ซึ่งคำถามควรช่วยในการวางแผนและเปลี่ยนแปลงการกระทำในอนาคต

สรุปกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้บนพื้นฐานประสบการณ์ของผู้เรียนให้ฝึกจริง ได้ทำจริง สะท้อนคิด อภิปราย กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สรุปความคิดรวบยอดเกิดความรู้ใหม่จากประสบการณ์ ทดลอง/ประยุกต์ เมื่อตกผลึกประสบการณ์ออกมาเป็นแนวคิดแล้วผู้เรียนก็จะนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเอง

ประเด็นแลกเปลี่ยน ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้เทคนิคการทำกระบวนการกลุ่ม การฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารอย่างเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานกับผู้ปกครองได้

ผู้สรุป: นางสาวปรารถนา พรมวัง สถาบันราชานุกูล

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง รางวัลเรื่องเล่าจากชุมชนสู่การพัฒนางานสุขภาพจิต

รูปแบบการประชุม: Thai Symposium: TSP, Gentle Society & Community

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่: ห้อง MR 2 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)
4. ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต
5. นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนาภา	หัวหน้าสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) (*ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

สาระสำคัญ:

“รางวัลเรื่องเล่าจากชุมชนสู่การพัฒนางานสุขภาพจิต” เป็นเวทีในการนำเสนอ การพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนจากแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวงกว้างจากผู้ปฏิบัติงานและเป็นตัวอย่างการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันนำเสนอ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่

นายแพทย์อุดมโชค อินทรโชติ นำเสนอโครงการพัฒนา Service Mind เพื่อยกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ขยายผล สู่ชุมชนผ่านการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ รพ.ชัยภูมิ และโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล เน้นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และหลัก PDCA ได้รับการยอมรับในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

นายแพทย์พิจารณ์ สารเสวก นำเสนอการประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง รพ.วังเจ้า จ.ตาก โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดปัญหาการ กลับมาเสพซ้ำ และลดการก่อความรุนแรงในสังคม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับมากที่สุด

นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น นำเสนอโครงการมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดใน อ.ปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ ที่ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักในการจัดการและลดปัญหายาเสพติดที่มีการสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นในชุมชน

นายแพทย์อลงกฎ ดอนละ นำเสนอระบบ Sakhrai Hosplus รพ.สระใคร จ.หนองคาย เป็นวัตกรรมที่พัฒนาเพื่อดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในชุมชนมุ่งเน้นการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การป้องกันความรุนแรงในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องด้วยการแจ้งเตือนนัดหมาย การรักษาทางไกล (Telemedicine) การระบุพิกัดในภาวะฉุกเฉิน และ การจัดส่งยาถึงบ้าน

ประเด็นแลกเปลี่ยน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนางานส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิต บำบัดและฟื้นฟูผู้มีโรคจิตเวชที่พบบ่อย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเน้นหลักเวชศาสตร์ป้องกันเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพสังคมด้วยหลักการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน จุดเน้นที่สำคัญการพัฒนางานสุขภาพจิตจึงต้องมีการขยายผลในระดับจังหวัด ระดับชุมชนรวมถึงระดับประเทศ

ผู้สรุป: นางสาวสุวิมล อินทร์เชื้อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม
เรื่อง เส้นทางการสร้างระบบนิเวศน์สู่ชุมชนสุขภาพจิตดี

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, Gentle Society & Community

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 2 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
2. นางสาววงศ์อัมพร ภิญญวงศ์ โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่
3. นายยงยุทธ สุขพิทักษ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
4. นายปองพล ชุษณะโชติ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

มุ่งเน้นแนวคิดสังคมอ่อนโยน ไร้ความรุนแรง และระบบนิเวศสุขภาพจิตดีในชุมชน (Mindscape) ซึ่งผสมผสานระหว่าง จิตใจ (Mind) และ ระบบนิเวศ (Ecosystem) โดยย้ำว่าสุขภาพจิตที่ดีต้องอาศัยการสนับสนุนจากระบบสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่แค่ปัจเจกบุคคล

สาระสำคัญ:

เส้นทางการพัฒนาและนโยบาย พญ.มธุรดา อธิบายถึงการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลในโรงพยาบาลสู่ชุมชนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ด้วยหลัก 3A (Attitude, Action, Activation) เส้นทางการพัฒนาของประเทศไทยมี 4 ช่วง 1) บ่มเพาะกล้าไม้ (2564–65): สร้างนักส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชนท้องถิ่น (นสช.) 2) ขยายพันธุ์ (2566–67): พัฒนาเครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (CMHI) 3) เติบโต (2568–69): ผลักดันงานสู่แผนงาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ 4) ออกดอกออกผล (2570): เพิ่มสัดส่วนคนไทยที่มีความสุข เป้าหมายเน้นคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้ผู้ป่วย และเน้น Prevention, Promotion, Protection

กลไกขับเคลื่อนและการปรับใช้ในพื้นที่ น.ส.วงค์อัมพร เสนอการใช้ "สุขเป็น" โมเดล ในบริบทชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม แม้เผชิญความท้าทายจากอุปสรรคทางภาษา ความเชื่อเรื่องกรรม และผลจากการย้ายถิ่นฐาน แต่ใช้จุดแข็งของชุมชน เช่น ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การรวมกลุ่ม และผู้นำจิตวิญญาณ โดยเน้นการสร้าง "Change Agent" และใช้เครื่องมือง่ายๆ เพื่อให้เข้าถึงทุกคน ผลลัพธ์คืออัตราการฆ่าตัวตายลดลง และผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น

นายยงยุทธ เน้นย้ำการสร้าง "สภาพแวดล้อมทางสังคม" ที่ดี จากปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเน้นการสร้าง "แกนนำ" และ "ทีม" ที่แข็งแกร่งในชุมชน ใช้ยุทธศาสตร์ 7 ประเด็นครอบคลุมและประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง... ผลคือครัวเรือนมีความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และประสบความสำเร็จในการบำบัดยาเสพติด (เลิกได้ ร้อยละ 80) เขานำเสนอแนวคิด "เครือข่ายสัมพันธ์" เพื่อสร้างการดูแลที่มาจากความผูกพันภายในชุมชน ลดการพึ่งพาบริการภายนอก เน้นย้ำว่าปัญหาหลายอย่างมีรากฐานมาจากครอบครัว

โดยรวมแล้ว การสร้างระบบนิเวศสุขภาพจิตที่ดีในชุมชนต้องอาศัย ความเข้าใจบริบทท้องถิ่น การสร้างความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมจากชุมชน การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การปรับใช้เครื่องมือให้เหมาะสมและเข้าถึงง่าย และความร่วมมืออย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน

ผู้สรุป: นายอานนท์ ฉัตรทอง กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง บริการจิตเวชยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, MH & Addiction Service

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่: ห้อง MR 6-9 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
2. นายแพทย์กิตติ์กวี โพธิ์โน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
3. แพทย์หญิงนริศรา งามขจรวิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
4. แพทย์หญิงวรินทิพย์ สว่างศรี กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

แลกเปลี่ยนแนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ เน้นบทบาทและความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ เพื่อรับมือกับปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ:

ผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดจำนวนไม่น้อยมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย การดูแลรักษาแบบแยกส่วนไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการที่ซับซ้อนของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาบริการจิตเวชยาเสพติดแบบไร้ รอยต่อจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยบูรณาการการดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพจิตและบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้เป็นกระบวนการเดียวกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับเชี่ยวชาญ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสหวิชาชีพที่มีแผนการรักษาเดียวกัน (Shared Care Plan) การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรให้มีทักษะดูแลปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดร่วมกัน และการสร้างระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการส่งต่อและติดตามต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะช่วยขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนระบบบริการแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน

ประเด็นแลกเปลี่ยน การรับมือกับปัญหายาเสพติดและจิตเวชที่เพิ่มขึ้น ด้วยการจัดบริการแบบ "ไร้รอยต่อ" ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้สรุป: นางสาวประภัสสร เตียเย็น นางสาวอุสุภางค์ โคตรชาลี และนางสาวศศิพิมพ์ ประสาทศรี กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม
เรื่อง ชุมชนเข้มแข็ง ทางออกจิตเวชยาเสพติด

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, MH & Addiction Service

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 6–9 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต
2. นางระเบียบ โตแก้ว	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนาภา	หัวหน้าสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
4. แพทย์หญิงญานิกา วลีอิทธิกุล	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

ชุมชนเข้มแข็งเป็นทางออกสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เน้นการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูในชุมชนผ่านความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

สาระสำคัญ:

ชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพจิตและการป้องกัน/ลดปัญหาการใช้ สารเสพติด โดยเฉพาะในบริบทที่ข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพยังมีอยู่ การเสริมสร้าง “ชุมชนเข้มแข็ง” ที่มีศักยภาพในการดูแลและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกัน ฟื้นฟู และ ลดการกลับมาใช้ซ้ำของผู้มีปัญหา การเสริมพลัง (empower) กลุ่มแกนนำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่
ให้มีบทบาทเชิงรุกในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และสนับสนุนการฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด โดยทำงานประสานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ ระบบบริการสุขภาพและการสร้างต้นแบบพื้นที่เรียนรู้จะให้สามารถขยายผลการสร้างชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืนทั่วประเทศ

ประเด็นแลกเปลี่ยน "ชุมชนเข้มแข็ง" เป็นทางออกสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยต้องอาศัยการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูในชุมชน ผ่านความร่วมมือจากหลายภาคส่วน พร้อมปรับเปลี่ยนมุมมองทัศนคติเพื่อ ลดการตีตรา

ผู้สรุป: นางสาวประภัสสร เตียเย็น นางสาวอุสุภางค์ โคตรชาลี และนางสาวศศิพิมพ์ ประสาทศรี กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง Virtual Reality กับการส่งเสริมสุขภาพจิตดี

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion, TPD, Innovation

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.30 น.

สถานที่: ห้อง MR 3 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
2. ดร.กัณฐรัตน์ เหลืองอ่อน	MEHUG – An Innovative Mental Health Wellness Center
3. นางสาวสุพิชญา ณ สงขลา	Acting Coach และอินฟลูเอนเซอร์
4. นายแพทย์ญานิกา วลีอิทธิกุล	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

นำเสนอและแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับเทคโนโลยี Virtual Reality (VR) ในบริบทของสุขภาพจิต รวมถึง สำรวจการประยุกต์ใช้ ความท้าทาย และศักยภาพในอนาคตของ VR เพื่อการดูแลจิตใจ

สาระสำคัญ:

บทบาทของเทคโนโลยี VR ในหลากหลายมิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต ประยุกต์ใช้ VR ด้านการรักษานำมาใช้ในการรักษาโรคกลุ่มกลัว เช่น กลัวความสูง โรค PTSD ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมเสพติด และส่งเสริมทักษะทางสังคม ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต มีการพัฒนา VR เพื่อฝึกฝนทักษะต่างๆ เช่น ความมั่นใจ การรับมือกับอาการ แพนิก และใช้ในการบำบัด Sandplay รวมถึงการฝึกสมอง ส่วนความสำคัญของบุคลากรเน้นย้ำว่าเทคโนโลยีเป็นเพียงเครื่องมือจิตแพทย์และนักจิตวิทยาต้องมีทักษะพื้นฐานที่แข็งแกร่ง เพื่อนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การใช้ VR ในประเด็นละเอียดอ่อน เช่น การจัดการความโศกเศร้าควรมีผู้เชี่ยวชาญดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันผลกระทบทางจิตใจในเชิงลบแนวโน้มในอนาคต VR มีศักยภาพในการเป็นส่วนหนึ่งของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และจะเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อคนรุ่นใหม่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีมีการผสานรวม VR กับ AI เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและการฝึกฝนจำเป็นต้องมีการหารือเพื่อวางขอบเขตการใช้งานที่เหมาะสม โดยเฉพาะสำหรับเด็ก และต้องเปิดพื้นที่ให้เกิดนวัตกรรม ควบคู่ไปกับการควบคุมที่เหมาะสม

ประเด็นแลกเปลี่ยน มุ่งเน้นที่การประยุกต์ใช้ VR ในมิติสุขภาพจิต ทั้งการรักษา การป้องกัน และส่งเสริม รวมถึงประสบการณ์ผู้ใช้ที่แตกต่างกัน พร้อมระบุความท้าทายด้านเทคโนโลยี กฎหมาย งบประมาณ และย้ำบทบาทผู้เชี่ยวชาญควบคู่การใช้เทคโนโลยี

ผู้สรุป: นางสาวเบญจมาศ วุฒิหาร และนางสาวสุขหทัย หนูทองแก้ว สำนักวิชาการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม
เรื่อง ก้าวเล็กที่สำคัญจากหัวใจนวัตกรสู่การสร้างนวัตกรรม

รูปแบบการประชุม: Thai Panel Discussion: TPD, Innovation

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.30 – 12.00 น.

สถานที่: ห้อง MR 3 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. แพทย์หญิงพัชรินทร์ ตันติวรวิทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค
2. นางสาวฉัตรทริกา สุขพัฒนาเจริญ	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค
3. นางสาวธุวรักษ์ ปัญญางาม	CEO Insights for change บริษัท อินไซต์ ฟอร์ อิมแพค
4. นางสาวญาณิศา เกียรติศิริชัย	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต
5. นางสาวอัญชลี ตู้ทอง	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

เพื่อเปิดมุมมองและสร้างแรงบันดาลใจ ให้ผู้ฟัง เข้าใจแนวทางการสร้างนวัตกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิต และ บทเรียนการขับเคลื่อนเพื่อไปสู่การนำไปใช้ได้จริง

สาระสำคัญ:

การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตที่เป็นนามธรรมและจับต้องยาก เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องเน้นการเปิดใจและทำความเข้าใจปัญหาจากผู้ใช้งานจริงอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่เพียงการ คิดจากมุมมองของนวัตกร เพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ตรงจุดและเกิดประโยชน์สูงสุดหัวใจสำคัญของการทำนวัตกรรมคือการสร้างคน หรือนวัตกร ให้มีศักยภาพและแรงบันดาลใจ ซึ่งต้องอาศัยพื้นที่ปลอดภัยในการเรียนรู้ ทดลอง และยอมรับความล้มเหลว ตลอดจนมีโค้ชหรือผู้แนะนำ เพื่อช่วยนำทาง นอกจากนี้การร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และผู้เชี่ยวชาญภายนอก เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเติมเต็มทรัพยากรและความรู้ แม้กระบวนการสร้างนวัตกรรมจะใช้เวลา ไม่ได้สำเร็จภายในระยะสั้น และต้องเผชิญกับความท้าทายด้านภาระงานหรือข้อจำกัดในองค์กร แต่การมีแผนงานที่ชัดเจน เส้นทางความก้าวหน้าสำหรับนวัตกร และวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับประชาชน

ประเด็นแลกเปลี่ยน การสร้างนวัตกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตที่นามธรรมนั้น จำเป็นต้องอาศัยการ เปิดใจและทำความเข้าใจปัญหาจากผู้ใช้งานจริงอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและนำไปใช้ได้จริง

ผู้สรุป: นางสาวเบญจมาศ วุฒิหาร และนางสาวสุขหทัย หนูทองแก้ว สำนักวิชาการสุขภาพจิต

สรุปเนื้อหาการประชุม
เรื่อง สุขที่สร้างได้จากหัวใจของเดอะแบก

รูปแบบการประชุม: Public Speaking

วัน/เวลา: 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 12.00 – 13.00 น.

สถานที่: Public Speaking Zone ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

1. นายแพทย์วุฒิชัย กำเนิดกาลึม	โรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี
2. ดร.ภัทรวรรธน์ สุขยิรัญ	โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
3. นางสาววิภาวี แกมประเสริฐสุข	บริษัท หมีและเพื่อน จำกัด
4. นายสายเชีย วงศ์วิโรจน์	นักแสดง
5. นายวีระพงษ์ เรียบพร	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 *(ผู้ดำเนินการอภิปราย)*

วัตถุประสงค์:

เพื่อเสริมสร้างพลังใจและดูแลใจของคนวัยทำงาน

สาระสำคัญ:

เดอะแบกหรือคนที่อยู่ในวัยทำงาน มีการแบกภาระหน้าที่ ความคาดหวัง ความรับผิดชอบ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสังคม อีกทั้งบทบาทที่หลากหลายเปรียบได้กับการสวมหมวกหลายใบ ในบุคคลหนึ่งนอกจากพนักงานของหน่วยงานแล้ว และยังมีบทบาทเป็นพ่อแม่ พี่ น้อง และลูกอีกด้วย ซึ่งแต่ละบทบาทก็มีความท้าทายและความคาดหวังที่แตกต่างกันไป ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมได้ หากไม่มีการจัดสมดุลหรือการจัดการชีวิตที่ดีพอ การจัดสมดุลชีวิตหรือการจัดการกับภาระที่มีมากมายนั้น ควรเริ่มจากการดูแลตนเองให้เข้มแข็งเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะดูแลผู้อื่น โดยการกลับมามีสติอยู่กับตัวเองในปัจจุบัน รู้ว่าตัวเองทำอะไรอยู่ เพื่ออะไร แบ่งเวลาเติมความสุขเล็ก ๆ น้อย ๆ ระหว่างวันให้กับตนเองตามรูปแบบที่ตัวเองชอบ และประเมินตนเองอยู่เสมอว่า มีพลังใจและพลังกายมากแค่ไหนในการรับมือกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ หากปัญหานั้นใหญ่เกินกว่าที่จะรับมือด้วยตัวคนเดียว อย่าลังเลที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ทั้งเพื่อนร่วมงานและครอบครัว และควรสังเกตตัวเองว่ามีความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ เช่น การกิน/การนอนที่ผิดปกติไป, ความรู้สึกไม่มีความสุข เป็นต้น ซึ่งหากมีความผิดปกติไปจากเดิม อาจจะประเมินตนเองเพิ่มเติมด้วย

แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q เพื่อระวังความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ที่สายด่วนสุขภาพจิต 1323 และช่องทางออนไลน์อื่น ๆ รวมทั้งการพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่โรงพยาบาล

ผู้สรุป: นางสาวยุวนา ไขว้พันธ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

สรุปเนื้อหาการประชุม

เรื่อง อาชญวิทยาเชิงป้องกัน : ทางเลือกใหม่ของการจัดการความรุนแรงในสังคมยุคปัจจุบัน

รูปแบบการประชุม: Thai Special Lecture: TSL

วัน/เวลา: 3 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 – 10.00 น.

สถานที่: Hall 2 ชั้น 7 ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

วิทยากร:

ดร.ตฤณห์ โพธิ์รักษา นักอาชญาวิทยาเชิงจิตวิทยา

วัตถุประสงค์ :

เพื่อนำเสนอ "อาชญาวิทยาเชิงป้องกัน" ในฐานะทางเลือกใหม่ในการจัดการความรุนแรงในสังคมปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจมิติของความรุนแรงจากทั้งผู้กระทำและเหยื่อ และให้ความรู้เชิงป้องกันที่เป็นประโยชน์

สาระสำคัญ:

มิติของความรุนแรง : มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความรุนแรงในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งจากผู้กระทำ เหยื่อ หรือเหยื่อที่กลายเป็นผู้กระทำ โดยระบุว่าความรุนแรงในครัวเรือนแบ่งเป็น 5 รูปแบบหลัก ได้แก่ ความรุนแรงทางกาย จิตใจ เพศ เศรษฐกิจ และการทอดทิ้งละเลย โดยเน้นว่าการเพิกเฉยต่อความรุนแรงเท่ากับการสนับสนุนให้เกิดขึ้น

ความรุนแรงทางจิตใจและพัฒนาการ : ชี้ให้เห็นว่าความรุนแรงทางจิตใจสามารถเกิดขึ้นได้ผ่านคำพูดหรือสีหน้า และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการสอน "Consent" (การยินยอม) ตั้งแต่อายุ 2 ขวบ โดยเฉพาะเรื่องเนื้อตัว นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงสถิติที่ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีแนวโน้มจะกลายเป็นผู้กระทำผิดในอนาคต

สามเหลี่ยมอาชญากรรมและการป้องกัน : อธิบายแนวคิด "Crime Triangle" ที่ประกอบด้วย แรงจูงใจของ ผู้กระทำ โอกาส และเหยื่อที่เหมาะสม โดยการขจัดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งจะสามารถป้องกันความรุนแรงได้ พร้อมยกตัวอย่างจากกรณีฆาตกรต่อเนื่องที่มักมีประวัติความรุนแรงหรือความผิดปกติทางจิตในผู้เลี้ยงดู และเตือนถึงผลกระทบของยาเสพติด เช่น กัญชา ที่เป็น "First Gateway Drug" นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงที่ เพิ่มขึ้น

คุณค่าในตนเองและวัฒนธรรม : สรุปว่าความรุนแรงมักเริ่มต้นจากการไม่ให้เกียรติและค่อย ๆ ทวีความรุนแรงขึ้น พร้อมเน้นย้ำความสำคัญที่เหยื่อต้องตระหนักถึง "Self-Worth" (คุณค่าในตนเอง) เพื่อที่จะสามารถหลุดพ้นจากวงจรความรุนแรงได้ และวิพากษ์วัฒนธรรมไทยบางประการ เช่น "ชายเป็นใหญ่" ที่อาจส่งเสริมให้ความรุนแรงถูกมองข้าม

ผู้สรุป: นางสาวสมคิด สมศิริ และนายภพธร วุฒิหาร สำนักวิชาการสุขภาพจิต

Session Summary

Topic: Ecosystem for gentle society

Session Room: International Special Lecture: ISL

Date: 3 July 2025 Time: 10.00 – 11.00 AM

Venue: Hall 2, Floor 7 @ICONSIAM Bangkok

Speakers:

Ms. Saima Wazed, WHO Regional Director for the South-East Asia Region

Summary:

A gentle society protects mental well-being across all stages of life. It is more than treating mental illness, it calls for a societal transformation rooted in compassion, inclusion, prevention, equity, and human rights. This vision requires a shift from institutional care to a holistic, rights-based mental health system integrated into communities and public health services.

In the WHO South-East Asia Region, over 260 million people live with mental health conditions, with over 200,000 suicides annually. For every suicide, more than 20 attempts go unreported. These figures reflect major treatment gaps, exceeding 95% in some countries, due to stigma, lack of data, and limited services. Mental health is further impacted by poverty, discrimination, conflict, economic hardship, climate change, and displacement. People with severe mental conditions die 10–20 years earlier than the general population due to poor health care integration and neglect.

To build a gentle society, mental health must be acknowledged as a human right equal to physical health. Key actions include addressing social determinants (e.g., poverty, education, gender equity), promoting community-based care, involving individuals with lived experience in policymaking, and coordinating across sectors such as government, civil society, educating organization, media, and law enforcement. The WHO Comprehensive Mental Health Action Plan (2023–2030) and the Regional Action Plan (2020–2030) provide the strategic framework, focusing on four pillars: leadership and governance, integrated services, promotion and prevention, and data and research.

The Power Declaration (2022), a result of regional advocacy, highlights mental health as key to sustainable development. Several initiatives embody this vision such as Step-by-Step Program, a digital self-help tool for managing depression, especially in older adults, into the Tor-Tuem-Jai Platform (Thailand), a local digital tool engaging families in elderly mental health care, Community Placement Questionnaire (CPQ), a tool supporting reintegration of long-stay psychiatric patients, Triple-P Parenting Program, builds children's emotional resilience through parenting education, LIVE LIFE Initiative, a suicide prevention framework using multi-sectoral action and community empowerment, a growing focus is deinstitutionalization to reduce reliance on psychiatric hospitals and to crease community-based services. The IDEA approach consists of I: Increasing community care, D: Decreasing hospital admissions, E: Enhancing rights and quality in institutions, A: Assessing performance also supporting this shift. Thailand plays a key regional role by leading the International Mental Health Workforce Training Program, equipping professionals with tools to scale sustainable mental health reforms.

In conclusion, building a gentle society demands political will, cross-sector collaboration, and long-term commitment. Mental health must be recognized not just as a medical issue, but as a social and ethical priority. Only then can we ensure dignity, inclusion, and well-being for all.

Rapporteur: Ms. Pawinee Sangkhaboon, Bureau of Mental Health Academic Affairs



ส่วนที่ 4

การนำเสนอผลงานวิชาการ

ผลงานวิชาการนำเสนอแบบปากเปล่า (Oral Presentation)

ผลงานวิชาการนำเสนอแบบโปสเตอร์ (e-Poster Presentation)

ผลงานวิชาการ: นิพนธ์ต้นฉบับ



ผลงานวิชาการนำเสนอแบบปากเปล่า

(Oral Presentation)

IOP1: International oral presentation

ประธาน: นายแพทย์สุทธา สุปัญญา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เลขานุการ: นางสาววิมลวรรณ ปัญญาว่อง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ห้องนำเสนอ MR 1

ลำดับที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	Mental health problems and related factors of covid-19 patients at field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	นายแพทย์ณรัฐฐา หน่อพันธุ์
2	Enhancing the Psychosocial Support System, Building a Harmonious Community	Mental Health Center of Xi 'an City, Shaanxi Province, China	Dr. Qian Lu)
3	โปรแกรมสติบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	โรงพยาบาลศรีธัญญา	แพทย์หญิงนฤมล จินตพัฒนากิจ
4	การศึกษาผลของโปรแกรม Sensory and Play: มุมมองผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กออทิสติกช่วงก่อนวัยเรียน	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	นายภัทราวุธ กิ่วแก้ว
5	MENTAL HEALTH CARE MODEL FOR ELDERLY WITH DEPRESSION IN VIETNAM	Department of Psychology – Education – Social Work THE UNIVERSITY OF DANANG – UNIVERSITY OF SCIENCE AND EDUCATION	Dr. Pham Thi Kieu Duyen
6	Mental Health for Gentle Society: Beijing's Practices and Initiatives	Beijing Disease Control and Prevention Administration, China	Dr. CAO YU
7	อุปสรรคและโอกาสในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า: การศึกษาบทบาทของเภสัชกรชุมชนไทยในบริการสุขภาพจิต	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	เภสัชกรหญิงดร.ไพรินทร์ ทรัพย์ส่งเสริม
8	Mental Health Initiatives in Fujian Province	Neuropsychiatric Prevention and Treatment Hospital, Fuzhou Second General Hospital	Dr. Ji jiawu

1. Mental health problems and related factors of covid-19 patients at field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital during April 2021 to January 2022

Naruttha Norphun[1], Kuckkanang Vanicharoen[1], Kannawan Sakulrang[1], Metta Lertkiatratchata[1],
Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital[1]

Objective: To examine mental health outcomes and associated factors among COVID-19 patients admitted to the field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital by analyzing secondary data from the institutional Mental Health Check-in database.

Methods: This retrospective study utilized secondary data collected through the Mental Health Check-in system. The dataset included demographic characteristics and results from standardized mental health screening instruments, assessing resilience quotient, burnout, stress, depression, and suicide risk.

Results: A total of 2,282 individuals were included in the analysis, comprising 64.4 percent female and 35.6 percent male participants, with a mean age of 46.50 ± 16.72 years (range 18–86 years). The majority were residents of Songkhla province. Mental health screening revealed that 10.8% exhibited low resilience, while 4.7% experienced stress, 2.1% reported burnout, 1.4 % were at risk of depression, and 0.5% were at risk of suicide. Overall, 15.3% of participants presented with at least one mental health condition. Multivariate analysis indicated that participants aged 40–59 years and those aged 60 years or older were significantly less likely to exhibit mental health problems compared to those aged 18–39 years (adjusted odds ratio [AOR] = 0.762; 95% CI: 0.591–0.982 and AOR = 0.410; 95% CI: 0.297–0.565, respectively). No statistically significant association was found between gender and mental health outcomes.

Conclusion: COVID-19 patients admitted to the field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital demonstrated a considerable prevalence of mental health issues, with low resilience being the most frequently reported condition. These findings underscore the importance of early psychological intervention during outbreaks of emerging infectious diseases, in order to mitigate adverse mental health outcomes.

Keywords: COVID-19; mental health problems; mental health check-in

2. Enhancing the Psychosocial Support System, Building a Harmonious Community

Dr. Qian Lu
Mental Health Center of Xi 'an City, Shaanxi Province, China

Against the backdrop of global focus on mental health, China's mental health undertakings have developed steadily under policy support. Data shows depression and anxiety risks among Chinese adults decrease with age, but anxiety is particularly prominent in urban populations. Adolescents face severe mental health challenges, while cognitive decline in the elderly has drawn significant attention. The state has introduced policies like the Healthy China Initiative to promote mental health service system construction. Shaanxi residents' mental health issues are diversified, with adolescents showing a clear trend of younger-onset psychological and behavioral problems. Shaanxi Province has strengthened student mental health work through standardization construction and special action plans. As a northwest China mental health leader, the Mental Health Center of Shaanxi Province has taken proactive measures. In talent cultivation, it has built a professional core team, developed grassroots service teams, and fostered volunteer forces. It has also established a diversified collaborative service system, including three major linkages: hotline-hospital-community, hospital- school-family, and emergency-psychological assistance-medical institution, covering all mental health service scenarios. Through continuous efforts, the center has achieved notable results: enhanced medical service efficiency, increased outpatient visits, and shortened average hospital stays; outstanding advantages in key specialties with a three-level discipline echelon; coordinated development in research and teaching, cultivating many professionals and winning numerous patents and scientific awards. In the future, it will focus on service innovation, strengthen talent exchanges, and strive to improve the social mental health service system for public well-being.

3. Brief mindfulness based cognitive therapy for depressive patients

Naruemon Jintapatthanakit[1], Skaorat Puangladda[1], Pabhajit Budsuwan[1]
[1]Srithanya Hospital

Objectives: This research and development study aimed to develop a brief mindfulness based cognitive therapy for depressive patients and to evaluate its effectiveness.

Methods: The sample for program development included: 1) patients with depression who had no prior mindfulness therapy, 2) patients with depression who had previously undergone mindfulness therapy but did not complete the full 8 weeks, and 3) patients with depression who had completed the full 8 weeks of mindfulness therapy. The sample for program evaluation consisted of 5 patients with depression. Data collection instruments included: 1) ICD-10-TM diagnostic criteria, 2) 2Q and 9Q screening tools, 3) 8Q assessment, and 4) the Hamilton Rating Scale for Depression. Data was analyzed using thematic analysis.

Results: The brief mindfulness based cognitive therapy was delivered in an individual therapy format, comprising 4 sessions over 4 weeks, with 4 core activities: concentration training, basic mindfulness practice, mindfulness of letting go of feelings, and mindfulness of letting go of thoughts, along with homework assignments. The evaluation of the program revealed that participants' depression levels, which were high (severe) before the intervention, decreased to low (mild) levels after completing the program. The developed program was feasible to implement within a 1-month period.

Conclusion: The brief mindfulness based cognitive therapy for depressive patients led to an improvement in their depressive symptoms. Continuous practice is recommended to achieve long-term effects in preventing future relapses.

Keywords: Brief mindfulness based cognitive therapy, Depressive patients, Depressive symptoms

4. A Study on the Effects of the Sensory and Play Program: Perspectives of Parents and Caregivers of Preschool Children with Autism

Pattarawut Kiokaew[1], Suchitporn Lersilp[2], Sombut Lumkum[3], Peungpid Sriseub[1] Phatthita Chinnak[1], Junlanee Pitonvorn[1], Krugchai Pichai[1], Jiraporn Thungtanaopakun[1], Sumana Suchart[1], Thanyamat Moonkham[1], Nichakamon Wangrabob[1], Rajanagarindra Institute of Child Development[1], Occupational therapy department Chiangmai University[2], Superkids Phitsanulok school[3]

Objective: To examine the effects of the Sensory and Play program from the perspectives of parents and caregivers of preschool-aged children with autism.

Methods: The target population consisted of parents and caregivers of preschool-aged children with autism receiving services at the Rajanagarindra Institute of Child Development, with a total of 8 families participating. Data collection was conducted through focus group discussions centered around reflections on experiences and approaches to fostering the development of preschool children with autism, as well as feedback and recommendations after implementing the Sensory and Play program. Semi-structured interviews were utilized, and verbatim transcription of conversations was performed. The data was then analyzed by extracting knowledge and identifying key themes.

Results: From the analysis, key outcomes of implementing the Sensory and Play program in caring for preschool-aged children with autism from the perspectives of parents and caregivers were summarized into two areas: 1. Strengths of the Program: Identified in two main aspects:1) “Enhancing understanding of the nature of children's learning” 2) “Promoting comprehensive developmental progress” 2. Applications for Developmental Promotion: Summarized into three main aspects: 1) “Adjusting caregiving behaviors and play activities” 2) “Creating motivation and stimulating interest in performing daily activities” 3) “Guiding developmental promotion at home”

Conclusion: The Sensory and Play program helps parents and caregivers effectively promote development at home by adjusting daily caregiving behaviors and play activities in alignment with the natural learning tendencies of children in a comprehensive manner.

Keywords: Autistic, Caregiver, Family, Occupational therapy

5. MENTAL HEALTH CARE MODEL FOR ELDERLY WITH DEPRESSION IN VIET NAM

Pham Thi Kieu Duyen
Department of Psychology – Education – Social Work
THE UNIVERSITY OF DANANG – UNIVERSITY OF SCIENCE AND EDUCATION

Depression in the elderly is a common mental health issue that is often overlooked, especially in the context of Vietnam's rapidly aging population. Studies show that the prevalence of depression among older adults varies widely, ranging from 10% to 45%, depending on the region and screening tools used. However, detection and intervention remain limited due to lack of awareness and professional resources.

This article proposes an integrated mental health care model for elderly individuals with depression, based on three main pillars: medical care (screening, diagnosis, treatment with medication and medical therapies), psychological care (cognitive–behavioral therapy, reminiscence, counseling), and social support (community engagement, group activities, home–based care). The model is designed to suit Vietnam's local conditions, emphasizing interdisciplinary coordination and the mobilization of local human resources for effective implementation.

Compared to international models—such as those in Japan, Hong Kong, and China—the Vietnamese model offers greater flexibility, lower costs, and stronger community–based application. The article also presents recommendations for developing national technical guidelines, training grassroots–level personnel, and monitoring the model's effectiveness to scale it up nationwide.

This integrated care approach—combining medical, psychological, and social interventions—is a crucial solution to improving the mental well–being and quality of life for Vietnam's vulnerable aging population.

6. Mental Health for Gentle Society: Beijing's Practices and Initiatives

CAO YU
Beijing Disease Control and Prevention Administration, China

Mental health is an essential component of overall health. Beijing has been concentrating on the construction of service systems and has gradually established a modern mental health service system with Chinese characteristics, characterized by the principles of "prevention – oriented, integration of prevention and treatment, balanced development, and equitable accessibility." In practical implementation, Beijing has established a multi – dimensional collaborative mechanism. Multiple departments work in tandem to provide services to the public, leading to a remarkable expansion of mental health diagnosis and treatment resources. Empowered by technology, the city has developed digital service platforms, such as online mini – programs, to integrate online and ofine mental health services. It has also launched targeted programs for key populations, including children, pregnant women, and the elderly. Through innovative publicity and education models, such as sand – painting science – popularization flms and the "Smile Guardian" selection campaign, public awareness of mental health has been signifcantly enhanced. Furthermore, Beijing has deepened international exchanges, conducting long – term cooperation with countries like Thailand to advance scientifc research and talent cultivation. In the future, Beijing is eager to further strengthen global collaboration, jointly promote innovation in mental health services, and facilitate the construction of an inclusive society.

7. Barriers and Opportunities in Depression Screening: A Study of Thai Community Pharmacists' Roles in Mental Health Services

Pairin Supsongserm
Department of Health Education and Behavioral Sciences,
Faculty of Public Health, Mahidol University

Objective: Depression is a growing public health concern in Thailand, yet its detection and management in community settings remain insufficient. Community pharmacists are uniquely positioned to support mental health services through early identification and referral of at-risk individuals. This study explored Thai community pharmacists' roles, confidence, and perceived barriers in providing depression screening services.

Methods: A cross-sectional survey of 174 pharmacists assessed their knowledge, attitudes, screening practices, and training experiences.

Results: Findings revealed that only 4.4% had used mental health screening tools and over 80% had never attended psychiatric seminars within the past year. Confidence in screening varied by disorder, with higher self-assurance in insomnia and anxiety, and lower confidence for schizophrenia and bipolar disorder. Barriers included limited training, lack of privacy, unclear protocols, and absence of incentives or institutional support. Notably, community pharmacists with greater experience or prior seminar attendance were significantly more engaged in psychiatric care activities. Despite these limitations, most community pharmacists expressed strong interest in future training and acknowledged their potential contribution to mental health services.

Conclusion: This study underscores the need for systemic support, professional development, and policy recognition to empower community pharmacists as accessible frontline providers of depression screening in Thailand.

Key words: Attitudes, Barriers, Community Pharmacist, Depression Screening, Training

8. Mental Health Initiatives in Fujian Province

Ji jiawu
Neuropsychiatric Prevention and Treatment Hospital, Fuzhou Second General Hospital

This presentation is about mental health initiatives in Fujian Province, China, and the practical experience of Neuropsychiatric Prevention and Treatment Hospital, Fuzhou Second General Hospital. It covers the development and policy framework of Fujian's mental health service system, the hospital's specialized services and therapeutic environment, innovative approaches to treatment and patient rehabilitation, the province-wide multi-tiered psychosocial support network (including community management, crisis intervention, and hotline services), and multi-department collaborative mechanisms for priority population screening and support. Finally, it shares the hospital's vision of building a mental health community through dedicated staff care.

IOP2: International oral presentation

ประธาน: แพทย์หญิงสรสพร จูวงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เลขานุการ: นายวีร์ เมฆวิลัย นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ห้องประชุม: MR 4-5

ลำดับ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	"แสงสว่างภายใน": แนวทางการบำบัดบาดแผลทางจิตใจในเด็กผ่านชุมชนทางจิตวิญญาณและการเยียวยาทางอารมณ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	เภสัชกรหญิงดร.ไพรินทร์ ทรัพย์ส่งเสริม
2	การสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ	โรงพยาบาลศรีธัญญา	แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย
3	Depression as a Risk Factor for Cardiometabolic Comorbidity and Multimorbidity: A Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis	Environmental-Occupational Health Sciences and Non-Communicable Disease Research Center, Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand Mobile	Myo Zin Oo
4	โปรแกรมบูรณาการป้องกันภาวะขาดสุราและเสริมสุขภาพจิตในเรือนจำ	กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม	นางแพรวลี สืบศรี
5	Trauma, Youth, and the Future: Mental Health Lessons from the July Revolution in Bangladesh	Psychology and Mental Health, Brac University Bangladesh	Sanjida Sultana
6	Current Situation of Mental Health and Substance Abuse in Cambodia 2024	Department of Mental Health and Substance Abuse (DMHSA), Ministry of Health of Cambodia (MOH)	Dr. KONG Sam An, MD, MPH, MIR
7	History and Current Situation of Drug Prevention and Control in Taiwan	Department of Addiction Science Psychiatry, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Taiwan	Dr. Yu-Shi Lu
8	Harm Reduction and Mental Health: Change and Challenege	1. National Taiwan Normal University 2. Taiwan Harm Reduction Association	Professor Tony Szu-Hsien Lee

1. The Light Within": An Approach to Healing Psychological Trauma in Children Through Spiritual Communities and Emotional Healing

Pairin Supsongserm[1], Gregg Tyler Milligan[2,]
Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University[1],
Founder of Save One Another Foundation [2]

Objective: To study the effectiveness of the therapy by the Christian religious belief called "The Light Within" program.
Methods: Quantitative and qualitative data from "The Light Within" program were studied for 20 children aged 9-15 years who had experienced psychological trauma and abuse. The program was developed by the Save One Another Foundation and its partners, and includes activities of worship, prayer, Bible study, storytelling, and group sharing.
Results: Pre- and post-program surveys showed statistically significant changes in children's emotional calm, such as forgiveness (mean score increased from 2.80 to 4.05) and trust in God (from 3.25 to 4.40), indicating the effectiveness of the program in emotional and spiritual therapy. Additionally, qualitative data showed changes in children's self-perception and attitude, such as "I am not alone anymore" and "I can forgive because I am loved".
Conclusion: Faith-based therapy is effective in empowering traumatized and abused children in Thailand.
Keywords : Childhood Trauma, Trauma Therapy, Forgiveness, Religious Psychology, Spiritual Therapy

2. The Development of a Health Literacy Enhancement Program for Behavioral Modification in Patients with Stable Schizophrenia

Raksuda Kijaroonchai
Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Objective: To develop and evaluate a health literacy enhancement program aimed at behavioral modification among patients with stable schizophrenia.

Methods: This is research and development with the following steps: 1) A survey to assess health literacy and health behaviors in outpatients with stabilized schizophrenia; 2) Development of a draft program and handbook based on the survey findings, followed by a preliminary trial to refine the program; 3) A trial implementation in three hospitals Srithanya Hospital, Bangyai Hospital, and Sena Hospital. Program effectiveness was evaluated through scores in health literacy and health behaviors using tools from the Department of Health Education, Ministry of Public Health, along with a relapse prevention behavior scale developed by the researcher. Additionally, metabolic syndrome indicators—BMI, waist circumference, blood pressure, and lipid profile were measured before and after participation. Data were analyzed using paired t-tests.

Results: The program included four sessions, spaced 3–4 weeks apart over a 12-week period, consisting of behavior modification activities based on the Satir model, and psychoeducation covering schizophrenia, nutrition, and exercise. A total of 24 patients participated. Significant improvements were observed in overall health literacy, health behaviors, relapse prevention behaviors, as well as in subcomponents related to information access and early warning signs of relapse. Significant changes were also noted in triglyceride and HDL levels

Conclusion: The health literacy enhancement program effectively improved health literacy, health behaviors, and relapse prevention behaviors in patients with stable schizophrenia.

Keywords: health literacy, schizophrenia, behavioral modification, health behavior, relapse prevention behavior.

3. Depression as a Risk Factor for Cardiometabolic Comorbidity and Multimorbidity: A Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis

Myo Zin Oo,[1], Soe Sandi Tint,[2,3] Amaraporn Rerkasem,[4] Kittipan Rerkasem,[1,5],
Environmental – Occupational Health Sciences and Non-Communicable Diseases Research Center[1], Research Institute for Health[2],
Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, [4]Research Center for Infectious Disease and Substance Use[3], Research Institute for Health Sciences[4], Clinical Surgical Research Center, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chiang Mai University[5]

Objective: This protocol aims to synthesize observational evidence on the association between depression and cardiometabolic comorbidity and multimorbidity. It also aims to estimate the pooled prevalence of cardiometabolic multimorbidity among individuals with depression, with consideration of variations by age and sex.

Methods: This systematic review and meta-analysis will adhere to PRISMA 2020 guidelines. Systematic literature searches will be conducted in PubMed, Scopus, Embase, CINAHL, and the Cochrane Library from inception to present, limited to English-language publications. Eligible studies will include observational designs (cohort, case-control, and cross-sectional) reporting associations between depression and cardiometabolic diseases or multimorbidity. Two independent reviewers will conduct study screening, data extraction, and quality assessment using the Newcastle–Ottawa Scale. Pooled effect estimates (odds ratios, risk ratios, hazard ratios) and prevalence data with 95% confidence intervals will be synthesized using a random-effects meta-analysis. Subgroup analyses will be conducted by age group and sex. Heterogeneity will be assessed using the I^2 statistic, and publication bias will be evaluated by funnel plots and Egger's test.

Discussion: This review will provide comprehensive and updated evidence on the association between depression and cardiometabolic comorbidity and multimorbidity. It will also highlight demographic variations in risk and burden. The findings are expected to inform integrated strategies in the clinical and public health settings that bridge mental and physical health services, supporting efforts to reduce the global burden of chronic diseases.

Keywords: Depression, Cardiometabolic Diseases, Comorbidity, Multimorbidity, Observational Studies, Systematic Review, Meta-Analysis

4. SAFEQUIT – A Nursing Guideline for Safe Alcohol Withdrawal Management in Correctional Facilities

Prawalee Suebsri
Nakhon Ratchasima Central Prison Hospital, The Golden Gate Hospital

Objective: To develop the Safe Quit guideline for managing inmates with alcohol withdrawal syndrome (AWS) in a safe, effective, and systematic manner, reducing complications and increasing nursing confidence.

Methods: The Safe Quit guideline was developed using the principles of Continuous Quality Improvement (CQI), PDCA cycle, and Kaizen. Screening tools including AUDIT and AWS scores were used to identify high-risk inmates. A standardized flowchart and basic medication protocol were established. Training sessions were provided to prison nurses and inmate health volunteers to improve assessment and care capabilities.

Results: 100% of high-risk inmates were screened within the first 48 hours. Transfers to external hospitals due to AWS complications reduced from 42 to 16 cases. No deaths or severe seizures occurred. 94.7% of nurses assessed AWS accurately. The system showed clear operational guidelines, minimizing individual discretion in care.

Conclusion: Safe Quit is an effective and context-appropriate innovation for correctional healthcare, providing safe and structured care for inmates with AWS. It demonstrates potential for system-wide implementation in the Department of Corrections.

Keywords: alcohol withdrawal, correctional health, nursing guideline, Safe Quit, mental health

5. Trauma, Youth, and the Future: Mental Health Lessons from the July Revolution in Bangladesh

Sanjida Sultana

Organization: Psychology and Mental Health, Brac University, Bangladesh

The July 2024 student protests in Bangladesh marked a historic moment of youth-led civic action. However, behind the public demonstrations lies a quieter crisis: widespread psychological trauma among student protesters. This presentation examines the mental health consequences of the movement, highlighting emerging data on elevated rates of depression, PTSD, and anxiety that resulted from the demonstrations and call for action to curb the outcome.

According to several studies emerging from the students' demonstrations, it is clear that the violence took an immense toll on the youth mental health. These studies reported a significantly high prevalence of PTSD, depression and anxiety related symptoms not only among the youth but also their family members. This presentation explores the use of positive psychology- especially how resilience—defined by emotional regulation, social support, and meaning-making—can serve as a protective factor and recovery tool for youth exposed to unrest. A classroom-based intervention model is proposed to build psychological resilience in affected university populations using trauma-informed, peer-supported methods.

The session concludes with a call to action urging universities, mental health professionals, and youth leaders to institutionalize mental health care, reduce stigma, and create safe spaces for healing. By shifting the narrative from protest to recovery, the goal is to empower young people not only to demand justice—but to rebuild with resilience.

6. Current Situation of Mental Health and Substance Abuse in Cambodia

KONG Sam An

Department of Mental Health and Substance Abuse (DMHSA), Ministry of Health of Cambodia (MOH)

The mental disorders are the leading cause of disability worldwide, significantly imparting individuals, family, communities and societies. The effect of personal wellbeing and
economic stability to function and reduce their lifespan. The vast and multi fractured burden of mental health illness highs the need for comprehensive mental health services and concerned effort from stakeholders. WHO reported that Mental health conditions are increasing worldwide.

In Cambodia, the increasing rate year to year of the burden of mental health disorder. In2024, there were 282, 615 new cases consulted in public health facilities compare to cases
in 2023 were 94,893. The rate of the Mental health issue in health care, such as anxiety disorders 39%, Depression 24%, psychosis 19%, Epilepsy and Organic Disorders 5%, Substance abuse Disorders 3%, Reaction to severe stress and adjustment disorders 2%, bipolar disorders 2%, Mania 1%, somatoform disorders 2% and Others 3%.

Comprehensive mental health services through reforming from health promotion to prevention care, treatment and rehabilitation to ensure mental health services procedure in compliance with best practice for patients. Enable people with mental health conditions and train general practitioners at primary care level to provide mental health services to contribute Universal Health Coverage.

So, there are many challenges that need to be worked on together with the National and International Collaboration and Ministry of Health and other Partners Recognize on Mental Health Services development.

7. History and Current Situation of Drug Prevention and Control in Taiwan

Yu-Shi Lu

Department of Addiction Science Psychiatry, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Taiwan

Taiwan's drug control policy was developed in the 1980s, when amphetamines invaded Taiwan's society, so the government declared war on drugs for the first time in 1993, and formulated three policy axes: anti-drug, resist-drug and drug rehabilitation. Since 1998, the "Regulations on the Prevention and Control of Drug Hazards" has been amended and promulgated to replace the previous "Regulations on the Elimination of Tobacco Drugs". The sanction of drug users adopts the policy of " criminal patient ", shifting from the traditional passive "imprisonment" method to an active "treatment priority" measure. First-time offenders can enter the judicial correction agency for observation and compulsory rehabilitation.

the "New Generation Anti-Drug Strategy" was passed. This strategy emphasizes "new thinking on drug prevention and control centered on people". Network, continue to strengthen community addiction treatment, promote multiple and continuous treatment services, and gradually increase the rate of deferred prosecution and life-threatening addiction treatment. The "New Generation Anti-Drug Strategy" provides funding for manpower expansion, trying to reduce service volume and improve service quality, set up a drug prevention fund in the Ministry of Justice, improve the accessibility of drug addiction treatment subsidies and promote a friendly rehabilitation environment, in order to Help drug addicts reintegrate into society

8. Harm Reduction and Mental Health: Change and Challenge

Tony Szu-Hsien Lee

National Taiwan Normal University, Taiwan Harm Reduction Association

Harm reduction has emerged as a pragmatic and compassionate approach to addressing substance use, aiming not at immediate abstinence but at minimizing the negative health, social, and legal impacts associated with drug use. While traditionally rooted in public health and addiction medicine, harm reduction increasingly intersects with the field of mental illness, especially as comorbid psychiatric conditions are prevalent among people who use psychoactive substances. This talk explores the synergy between harm reduction principles and mental health care, arguing that integrating these frameworks can lead to more inclusive, client-centered services. We will examine how harm reduction strategies—such as HIV education and counseling, supervised consumption sites, and medication-assisted treatment—not only reduce overdose and infectious disease but also provide crucial access points for mental health support. Furthermore, the talk will highlight cultural and structural challenges in implementing harm reduction in societies with strong abstinence-oriented or punitive drug policies, particularly in Asian contexts. By presenting both clinical and policy-level examples, this session aims to encourage mental health professionals to adopt a more flexible, nonjudgmental stance in supporting individuals with co-occurring substance use and mental health disorders, ultimately contributing to a more humane and effective system of care.

TOP1: ระบบบริการรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1

ประธาน: นายแพทย์ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เลขานุการ: แพทย์หญิงชมกร ธเนศนิตย์ นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ห้องประชุม: MR 13

ลำดับ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวก และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน	โรงพยาบาลศรีธัญญา	อัจฉรีย์ ทองมา
2	โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังโรงพยาบาลศรีธัญญา	โรงพยาบาลศรีธัญญา	นางสาวปรียารัตน์ สุขสมภูมิ
3	ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	โรงพยาบาลศรีธัญญา	นางสาวสุรภา เฮงสกุล
4	ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	นางสาวรัชนา วันนา
5	การพัฒนาการโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมติด ไซเบอร์ ของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดตามแนวคิด ACT	โรงพยาบาลยโสธร	นางสุภาพร จันทร์สาม
6	การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	โรงพยาบาลศรีธัญญา	นางสว่างจิตร วสุวัต และ นางสกาวรัตน์ พวงลัดดา
7	ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความเครียดของผู้ปกครองวัยรุ่นโรคซึมเศร้า	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	นางจินตนา คหินทพงศ์
8	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย : กรณีศึกษาตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	โรงพยาบาลพาน	นางสุพรรณ มหิตธิ

1. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน

อัจฉรีย์ ทองมา[1], สุรภา เฮงสกุล[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน

วิธีการ: เป็นการวิจัยทดลองแบบสองกลุ่ม กลุ่มละ 12 คน วัดผลก่อน หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ 1 เดือน ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน จำนวน 4 ครั้งๆละ 60-90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัย: หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการ เลิกยาเสพติดและการมองโลกทางบวกแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,35}$=14.731, p<.05) เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองที่ยังไม่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและติดตาม 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,22}$=7.145, p<.001) และค่าคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและติดตาม 1 เดือนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สรุป: โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเพิ่มการมองโลกทางบวกและความตั้งใจใน การเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด, การมองโลกทางบวก, ความตั้งใจในการเลิกยา

2. โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังโรงพยาบาลศรีธัญญา

ปรียารัตน์ สุขสมภูมิ
โรงพยาบาลศรีธัญญา

วัตุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีธัญญา

วิธีการ: การศึกษาครั้งนี้เป็น การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pre-posttest control group design) มีการเก็บข้อมูลที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึงเดือน กรกฎาคม 2567 โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 52คน ได้รับการจับคู่เหมือนในด้าน เพศ และอายุก่อนสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ α = 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square test)

ผล: ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 1 เดือน มากกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การควบคุมความสัมพันธ์, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

3. ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

สุรภา เฮงสกุล[1], อัจฉรีย์ ทองมา[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2567 จำนวน 24 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย 3) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS และ 5) โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi – square test และ repeated measures ANOVA

ผล: กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญาไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองทันที และระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

สรุป: โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดเพิ่มความสามารถในรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้ แต่ควรมีการอบรมการใช้โปรแกรมก่อนนำไปใช้

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในรู้คิด, ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน, ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

4. ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

รัชนา วันนา[1], รัชนีกร อุปเสน[2],
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี[1], คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จำนวน 42 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 21 ครอบครัว ใช้การจับคู่ตัวอย่างตามเพศและอายุ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว 6 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t–test)

ผล: คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป (Conclusion) โปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

คำสำคัญ การกำกับอารมณ์ การมีส่วนร่วมของครอบครัว จิตเภท พฤติกรรมก้าวร้าว

5. การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมติดไซเบอร์ของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดตามแนวคิด ACT ร่วมกับ DBT

สุภาพร จันทร์สาม[1], สุปรานี พลไชย[1], วรภัทร นสีหา[1]
โรงพยาบาลยโสธร[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมตามแนวคิด Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ร่วมกับ Dialectical Behavior Therapy (DBT) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมติดไซเบอร์ในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด

วิธีการ: ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยสองขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและออกแบบกิจกรรมฝึกอบรมที่ผสานแนวคิด ACT และ DBT เข้าด้วยกัน ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้การทดลองแบบ Generalized Randomized Block Design ในกลุ่มวัยรุ่นชายและหญิง อายุ 15–20 ปี ที่มีพฤติกรรมติดสารเสพติดและไซเบอร์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test และ ANCOVA

ผล: กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ACT+DBT มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงจากค่าเฉลี่ย 21.87 เหลือ 13.20 ($p = 0.001$) พฤติกรรมติดไซเบอร์ลดลงจาก 22.33 เหลือ 14.75 ($p = 0.002$) และการใช้สารเสพติดลดลงจาก 18.44 เหลือ 11.63 ($p = 0.004$) ผลการติดตาม 4 สัปดาห์หลังจบโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12.55 ไม่มีผู้กลับไปใช้สารเสพติด และควบคุมพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตได้ดีขึ้น

สรุป: โปรแกรม ACT+DBT มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมติดไซเบอร์ในกลุ่มวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพจิตและการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ACT, DBT, พฤติกรรมก้าวร้าว, วัยรุ่น, การติดไซเบอร์, ยาเสพติด

6. การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สว่างจิตร วสุวัต[1], สกาวรัตน์ พวงลัดดา[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา[1]

วัตถุประสงค์: งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนามีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาผลของโปรแกรมต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด 16 คน และกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกเป็นเวลา 2 เดือน เครื่องมือวัด คือ แบบประเมินความสิ้นหวัง และแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประเมินก่อน-หลัง และติดตามหลังการบำบัด สถิติทดสอบทีแบบวัดซ้ำถูกใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละระยะของทั้งสองกลุ่ม

ผล: ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่งผลให้ความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย หลังบำบัด 1 และ 2 เดือนน้อยกว่าก่อนการบำบัด แต่โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด ส่งผลต่อความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป: โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด มีผลต่อการลดความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งควรมีการใกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: สติบำบัด, ศิลปะการจัดดอกไม้, ความสิ้นหวัง, ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความเครียดของผู้ปกครองวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

จินตนา คหินทพงศ์1 , กชวรรณ พลอยทับทิม[1],
ปัทมา ทองมี[1], นภิสา กองน้อย[1], วีร์ เมฆวิลัย.[2],
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์[1], สำนักวิชาการกรมสุขภาพจิต[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความเครียดของผู้ปกครองวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

วิธีการ: โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำสามครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองวัยรุ่นโรคซึมเศร้า สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวันรุ่นราชนครินทร์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดระดับความเครียดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Repeated Measure ANOVA

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 19 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 50 ปี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในระยะติดตาม 1 เดือน (Mean difference = 9.55, p = 0.002) เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

สรุป: โปรแกรมเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการลดความเครียดของผู้ปกครองวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในระยะยาว ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลและสนับสนุนผู้ปกครองกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ความเครียด, ผู้ปกครอง, วัยรุ่นโรคซึมเศร้า, โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

8. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย: กรณีศึกษาตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

สุพรรณ มหิตธิ
โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการดูแลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

วิธีการ: วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory action research: PAR) : กรณีศึกษา ตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์ ประเมิน เตรียมการ ของสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม 2) จัดการรายกรณีโดยกระบวนการพยาบาลให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ 3) ประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล

ผล: สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพ จึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ปรับแผนการดูแล ติดตามให้เหมาะสม ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = –12, p–value + 0.05) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในทุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD– 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสิติ (= 21, p–value : 0.05) ผู้ป่วยจิตเภทไม่ก่อความรุนแรงตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อปท. ตำรวจและกู้ภัย มีความพึงพอใจ

สรุป: อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลง ไม่ก่อความรุนแรง

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม

TOP2: ระบบบริการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 2

ประธาน: นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เลขานุการ: นางสาวธิติมา ณรงค์ศักดิ์ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ห้องประชุม: MR 2

ลำดับ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท	โรงพยาบาลศรีธัญญา	นางสาวกุลิสรา ทองใหม่
2	A Study on Drug-Related Problems and Management of Drug-Related Problems in Children and Adolescent Psychiatric Patients with Depressive Disorder	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เภสัชกรชัยณรงค์ ศรีละคร
3	ผลของระบบติดตามความปลอดภัยผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุที่ได้รับยาอะริพิพราโซลที่มีเครื่องหมาย เอสเอ็มพี	โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายฒฤณวัสตร์ วงษ์วิเศษ
4	ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	อาจารย์พรประเสริฐ แก้วคำ
5	การพัฒนาระบบแผนเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	นายแพทย์ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์
6	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์-สังคมของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประภากรณ์ แอบคำ
7	ถอดบทเรียนจากกรณีศึกษา ผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อผู้ปกครองในการตัดสินใจยินยอมให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร ในพื้นที่เขตดอนเมือง ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มแรก	ศูนย์บริการสาธารณสุข 31 เอิบ-จิตร ทังสุบุตร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	นางสาววัชราภรณ์ ไตรสุวรรณแ
8	The medico-legal causation on the diagnosis of work-related post-traumatic stress disorder (PTSD)	โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายแพทย์ พริษฐ์ โพธิ์งาม

1. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

กุลิสรา ทองใหม่[1] สกาวรัตน์ พวงลัดดา[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ 6 ครั้ง โดยประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เรื่อง การสร้างความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารและสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 4 การดำเนินชีวิตในสังคม กิจกรรมที่ 5 การงานร่วมกับผู้อื่น และกิจกรรมที่ 6 การนำไปใช้และปิดกลุ่ม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 16 คน และกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 16 คน เครื่องมือ คือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ประเมินก่อน-หลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบทีถูกใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม

ผล: ค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถการทำหน้าที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-16.12)

สรุป: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีผลต่อการพัฒนาความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งควรมีการไกการฝึกและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษา, การฝึกทักษะ, ความสามารถการทำหน้าที่, ผู้ป่วยจิตเภท

2. A Study on Drug-Related Problems and Management of Drug-Related Problems in Children and Adolescent Psychiatric Patients with Depressive Disorder

Chainarong Srilacorn[1], Napaporn Khampangmueang[1], Watcharaporn Witayanugunluk[1],
The Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health[1]

Objective: To examine the prevalence of DRPs among children and adolescents diagnosed with depressive disorder and investigate the causes, management strategies, acceptance of pharmacist-proposed interventions, and outcomes of these interventions.

Methods: The study uses a descriptive retrospective design, with data collected from medical records and pharmacist notes at the Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health (NECAM). Information was gathered from patients who were diagnosed with depressive disorder, treated with one or more medications, and had at least two visits at NECAM between July 1, 2024, and November 30, 2024. The study utilized The Pharmaceutical Care Network Europe version 9.1 to assess DRPs. Statistical analyses, including descriptive statistics, were performed to examine the prevalence and patterns of DRPs.

Results: The results indicate that out of 192 participants, 79 individuals (41.1%) experienced DRPs, and a median duration of one year (interquartile range: 0.6 to 2.4 years), non-adherence (46.96%) was identified as the primary problem among efficacy (53.91%). Safety-related issues associated ADRs (46.09%). In the setting, both efficacy-related and safety-related DRPs were managed at three levels: the prescriber level, the patient level, and drug level. Interventions included discussions with physicians, direct communication with patients and their caregivers, and pharmacist-led medication management. All these interventions were accepted and implemented. Most DRPs (60.87%) were successfully resolved, demonstrating the effectiveness of collaboration among healthcare providers, pharmacists, and patients in optimizing treatment outcomes.

Conclusion: This study emphasizes managing and preventing DRPs requires strong communication healthcare providers, comprehensive education for patients and caregivers, and optimized medication management.

Keywords: Drug-Related Problems, Management, Children and adolescent, Depressive disorder

3. ผลของระบบติดตามความปลอดภัยผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่นและผู้สูงอายุที่ได้รับยาอะริพิพราโซล ที่มีเครื่องหมายเอสเอ็มพี

ฒฤณวัสตร์ วงษ์วิเศษ
โรงพยาบาลศรีธัญญา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของระบบติดตามความปลอดภัยผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่นและผู้สูงอายุที่ได้รับยkอะริพิพราโซลที่มีเครื่องหมายเอสเอ็มพี
วิธีการ: ทบทวนการรายงาน ADR ออกแบบระบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย นำเสนอระบบแก่อนุกรรมการปลอดภัยด้านยา ประชุมชี้แจงระบบแก่บุคลากร ทดลองและประเมินผลย้อนหลัง ครั้งที่ 1 ก่อนประชุมเปรียบเทียบกับครั้งที่ 2 หลังประชุมชี้แจงระบบ ดำเนินการศึกษาระหว่างกันยายน ๒๕๕๘ – ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ งานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา
ผล: ระบบประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร การประเมินผลครั้งที่ 1 ก่อนประชุมชี้แจงระบบ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕–เมษายน ๒๕๖๖ โดยติดตาม ADR เฉพาะผู้ป่วยนอก แบ่งเป็นเด็กและวัยรุ่น 6 คน มีค่ามัธยฐาน (IQR) ของขนาดยาคือ 2 (5) มก. ไม่พบการรายงาน ADR และผู้สูงอายุ 30 คน มีค่ามัธยฐาน (IQR) ของขนาดยาคือ 2 (0) มก. พบ ADR 1 คน (ร้อยละ 3.3) ทดลองและประเมินผลครั้งที่ 2 หลังประชุมชี้แจงระบบ ติดตาม ADR สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเดือนพฤษภาคม–ตุลาคม ๒๕๖๖ สำหรับเด็กและวัยรุ่น 9 คน มีค่ามัธยฐาน (IQR) ของขนาดยาคือ 2 (1) มก. พบ ADR 4 คน (ร้อยละ 44.4) และผู้สูงอายุ 35 คน มีค่ามัธยฐาน (IQR) ของขนาดยาคือ 2 (4) มก. พบ ADR 9 คน (ร้อยละ 25.7) การรับยาอะริพิพราโซลร่วมกับคิวไทเอปีนมีค่า Odd Ratio การเกิด ADR 3.388 เท่าเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคู่ยาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI =1.205–18.260) พบปัญหาหอผู้ป่วยไม่กรอกข้อมูลในเอกสารติดตาม ADR
สรุป ระบบที่จัดทำขึ้นสามารถตรวจพบและจัดการ ADR ได้มากขึ้น จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติต่อเนื่อง

4. ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

พรประเสริฐ แก้วคำ[1], เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์[2],
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา[1], คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน
วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 42 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่2 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที
ผล: 1) อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ2) อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
สรุป: โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ/อาการซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า/ผู้สูงอายุ

5. การพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ออกแบบระบบโดยจิตแพทย์ 2) ออกแบบระบบร่วมกับสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช 3) จัดทำร่างแนวทางและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 4) ทดสอบความเป็นไปได้ส่วนการประเมินอาการทางจิตเวชในระยะต่าง ๆ 5) ปรับปรุงแนวทาง 6) ทดสอบความเป็นไปได้ในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี วัดผลจากการมีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน และความสอดคล้องในการลงความเห็นของจิตแพทย์
ผล : ร่างระบบแผนการดูแลประกอบด้วย 1) ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี 2) การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา 3) การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา 4) การประชุมติดตามตามก้าวหน้า มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.98 ทดสอบความเป็นไปได้ในกลุ่มตัวอย่างโรคจิตเภท 3 ราย พบว่า 2 ราย มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน อีก 1 ราย ติดตามจนถึง 180 วัน ผู้ป่วยยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี โดยเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีการรู้คิดบกพร่อง จิตแพทย์สามารถใช้ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชร่วมกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีแล้วลงความเห็นได้สอดคล้องกัน
สรุป : ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีมีส่วนช่วยให้จิตแพทย์ลงความเห็นได้สอดคล้องกัน และผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้คดีตามเป้าหมาย เว้นแต่กรณีผู้ป่วยเรื้อรัง และมีการรู้คิดบกพร่อง จำเป็นต้องใช้เวลานานกว่าที่เป้าหมายตั้งไว้
คำสำคัญ : ความสามารถในการต่อสู้คดี ผู้ป่วยคดี อาการทางจิตเวช

6. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์–สังคมของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

นพวรรณ บัวทอง[1], สุนทรี ศรีโกไสย[1], พิมพิไล ใจตรง[1], ชฎาพร คำฟู[1] ประภากรณ์ แอบคำ[1],
ภัชณิตรา เกตุกาญจน์กุล[1], กิติยา กิตติกุศล[1], อุไรวรรณ วงศ์โปธิ[1], ธมลวรรณ มหาศักดิ์พันธ์[1],
[1]สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์–สังคมของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลองและติดตามที่ 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 30 คน กลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์–สังคม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เมื่อดำเนินการในกลุ่มทดลองเสร็จจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ 15 คน โดยใช้แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย independent t–test และ Two–Way ANOVA with Repeated Measures
ผล: ก่อนการทดลองระหว่าง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิต ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($F_{3, 84}$ =19.392, p< .001) และคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเอง ($F_{3, 84}$ =7.852, p< .001) ที่การติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง (mean diff = 2.94, p< .001, และ 5.67, p< .001 ตามลำดับ) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (mean diff = 3.14, p = .01, และ 5.93, p< .001 ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มควบคุม และที่การติดตาม 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านค่าอรรถประโยชน์ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (p< .001)
สรุป: โปรแกรมการจัดการตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและอารมณ์–สังคม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รับรู้คุณค่าในตนเอง รับรู้ความสามารถในตนเอง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น
คำสำคัญ : การรับรู้คุณค่าในตนเอง, การรับรู้ความสามารถในตนเอง, คุณภาพชีวิต, โปรแกรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

7. ถอดบทเรียนจากกรณีศึกษา ผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อผู้ปกครองในการตัดสินใจยินยอมให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร ในพื้นที่เขตดอนเมือง ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มแรก

วัชราภรณ์ ไตรสุวรรณแสง
ศูนย์บริการสาธารณสุข 60 รสสุคนธ์ มโนชญากร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์: เพื่อถอดบทเรียนของการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อผู้ปกครองในการตัดสินใจยินยอมให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มแรก และสร้างแนวปฏิบัติที่ดี

วิธีการ: ถอดบทเรียนจากโครงการที่ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2566 โดยแพทย์สนทนาสร้างแรงจูงใจรายบุคคลผ่านทางโทรศัพท์ 15–30 นาที ร่วมกับเก็บข้อมูลของผู้ปกครอง (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน) และเด็ก (เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ) เครื่องมือที่ใช้ คือ After Action Review

ผล: พบว่าโครงการบรรลุเป้าหมายทั้งด้านการเข้าถึงและการตัดสินใจของผู้ปกครอง โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจรายบุคคลที่สามารถแบ่งกลุ่มตาม Stage of change และสาเหตุที่ทำให้เกิดความลังเลใจ เพื่อให้การจัดการที่เหมาะสม 2) การใช้กระบวนการ Ask Affirm Advice ให้คำปรึกษาแบบมีเป้าหมาย 3) การสร้างแรงจูงใจผ่านโทรศัพท์ สามารถลดข้อจำกัดในการเข้าร่วมโครงการ ส่วนปัจจัยแห่งความล้มเหลว ได้แก่ 1) ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีน 2) มิจฉาชีพทางโทรศัพท์ ถึงแม้จะมีการประชาสัมพันธ์พร้อมระบุหมายเลขโทรศัพท์ ทั้งนี้ทักษะที่สำคัญ คือ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยใช้คำถามแบบปลายเปิดเพื่อค้นหาแรงจูงใจ ชื่นชมเพื่อสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพอันดี และให้ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาทางเลือกด้วยตนเอง ร่วมกับค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความลังเลใจ สิ่งที่เรียนรู้และจะพัฒนาเพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่ดี ได้แก่ การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีน ปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานเป็นเชิงรุก รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคอื่นๆ

สรุป: โครงการนี้ถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมวัคซีนอื่น และสร้างความร่วมมือโดยเน้นการพัฒนาทักษะบุคลากรและการทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ: วัคซีนโควิด 19, สนทนาสร้างแรงจูงใจ

8. โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน

พริษฐ์ โพธิ์งาม
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน

วิธีการ: ทบทวนองค์ความรู้ทั้งมุมมองด้านกฎหมายและด้านการแพทย์ในระดับประเทศและระดับสากลเกี่ยวกับแนวทางในการวินิจฉัยโรค PTSD ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการและเป็นแนวทางในการประกอบการขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน

ผล: การวินิจฉัยจะแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัยโรค PTSD โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นสากล เช่น DSM-V โดยจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษา และ 2) การวินิจฉัยว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเนื่องจากการทำงานหรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาทั้งประเด็นทางด้านกฎหมายและด้านการแพทย์ (Medico-legal causation) โดยการพิจารณาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ หากแพทย์สงสัยว่า PTSD เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานสามารถทำความให้ปรากฏแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ของกองทุนเงินทดแทนได้ โดยการออกเอกสาร กท. 16/1 หรือ ระบุในใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องต่อกองทุนเงินทดแทนของกระทรวงแรงงาน

สรุป: การวินิจฉัยและแนวทางการจัดการการเจ็บป่วยและประสบอันตรายต่อจิตใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานต้องพิจารณาทั้งประเด็นทางกฎหมายและการแพทย์ (Medico-legal causation) จิตแพทย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในวินิจฉัย PTSD รวมทั้งเป็นผู้คัดกรองความเกี่ยวข้องระหว่างงานกับการเกิด PTSD ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจิตแพทย์สามารถปรึกษาแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในการร่วมสอบสวนโรคว่า PTSD นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือไม่

คำสำคัญ : โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน, การประสบอันตรายแก่จิตใจเนื่องจากการทำงาน, โรคจากการทำงาน, พระราชบัญญัติเงินทดแทน

TOP3: ระบบบริการเครือข่ายส่งเสริม ป้องกัน ()

ประธาน: แพทย์หญิงรัชนี ฉลองเกื้อกูล นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา

เลขานุการ: นายแพทย์ธนวัฒน์ ขุราษี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ห้องประชุม: MR 6-9

ลำดับ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	วิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	นางสาวอัญชลี เอี่ยมศรี
2	การสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม : ศึกษาเฉพาะคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ได้รับการจ้างงานในเขตสุขภาพที่ 11	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	นางกฤตยา เพชรพยาบาล
3	การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ต่อการกำกับอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย: การศึกษาเบื้องต้น	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	นางสาวนัทธ์ชนัน แกสมาน
4	พัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน (สามก้อนเส้า)	โรงพยาบาลนาเชือก	จินตหรา ปัญโยวัฒน์
5	พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย	โรงพยาบาลนาเชือก	นางปวีณกานต์ จวนสาง
6	การพัฒนานวตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผ่านการดำเนินงานโรงเรียนแสงแห่งความหวังต่อพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.ถ้ำแก้ว ต.แหลมทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพถ้ำแก้ว และโรงพยาบาลภักดีชุมพล	นางนฤมล อุสาพรหม และนายมานิตย์ ชิดชัยภูมิ
7	กระบวนการสื่อสารประเด็นทางสุขภาพจิตและผลตอบรับจากผู้ชมซีรีส์คุณได้ไปต่อ	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	แพทย์หญิงอุบลพรรณ วีระโจง
8	การพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม	โรงพยาบาลนาเชือก	กฤษณา ศุภสระ

1. วิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566

อัญชลี เอี่ยมศรี[1],ยุวนา ไขว้พันธ์[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน “โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566”

วิธีการ: รูปแบบวิจัยประเมินผลโครงการโดยนำแนวคิดการประเมิน Stufflebeam’s CIPP Model แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะก่อนดำเนินโครงการ ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าจากสรุปรายงานผลการนิเทศงาน การตรวจราชการกรณีปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดทำรายงาน 2. ระยะระหว่างดำเนินโครงการ จัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับ ผู้ปกครองและเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มอย่างง่าย เด็กปฐมวัย 3-5 ปี จำนวน 4,500 คนและผู้ปกครองจำนวน 4,500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพในเกณฑ์ยอมรับได้ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired T-test 3. ระยะประเมินผลโครงการ ประเมินผลผลิต จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ด้วยเครื่องมือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ

ผล: ด้านประสิทธิภาพ เด็กมีดีขึ้น ร้อยละ 76.68 เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.9 ผู้ปกครองมีทักษะในการเลี้ยงดูเด็กผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 60.0 ด้านประสิทธิภาพ ความเหมาะสมโปรแกรมเหมาะสมกับการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ระยะเวลา มีกำหนดเวลาที่ชัดเจน แต่มีระยะเวลาในการดำเนินงานจำกัด การบริหารจัดการ พื้นที่เป้าหมายบูรณาการการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม งบประมาณมีงบสนับสนุนจำนวนมากทุกปี แต่ยังคงไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7)

2. การสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม: ศึกษาเฉพาะคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ได้รับการจ้างงานในเขตสุขภาพที่ 11

กฤตยา เพชรพยาบาล
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะการสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตของคนพิการฯ ที่ได้รับการจ้างงาน

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างกับคนพิการฯที่ได้รับการจ้างงานในระหว่างปี2561-2566 และมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งหมดจำนวน 10 คน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสรุปความจริงตามสิ่งที่ต้องการจะศึกษา

ผล: การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตของคนพิการฯที่ได้รับการจ้างงาน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนทางสังคมในด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตของคนพิการฯที่ได้รับการจ้างงาน ได้แก่ 1) การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง 2) การส่งเสริมความสามารถในการใช้ชีวิตในบ้าน 3) การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมยามว่าง 4) การส่งเสริมความสามารถในการประกอบอาชีพ/การทำงาน 5) การส่งเสริมทักษะทางสังคมและการใช้ชีวิตในชุมชน

สรุป: การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพของคนพิการฯทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทำให้คนพิการฯสามารถกลับมาทำหน้าที่ทางสังคม พึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การดำรงชีวิตอิสระ, การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช, การสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

3. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ต่อการกำกับอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนา ฆ่าตัวตาย: การศึกษาเบื้องต้น

นัทธ์ชนัน แกสมาน[1], วินีกาญจน์ คงสุวรรณ1, อรวรรณ หนูแก้ว[1],
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ต่อการกำกับอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย

วิธีการ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีกระบวนการ พัฒนา 2 ระยะ คือ 1) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ 2) ทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์กับกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ และ 2) แบบประเมินการกำกับอารมณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผล: พบว่า 1) โปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย 1) รูปแบบเป็นกิจกรรมกลุ่ม และ 2) มีจำนวน 4 กิจกรรม ใช้เวลา 75-120 นาที/ครั้ง และ 3) ค่ามัธยฐานของคะแนนการกำกับอารมณ์ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์มากกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนการกำกับอารมณ์ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= 0.0927, *p*= .05)

สรุป: โปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์สามารถเพิ่มการกำกับอารมณ์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ การกำกับอารมณ์, นักศึกษามหาวิทยาลัย, โปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์, พฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย

4. พัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน (สามก้อนเส้า)

จินตหรา ปัญโยวัฒน์[1], ปวีณกานต์ จวนสาง[1], ยุวธิดา โยธาภักดิ์[1],
โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ: ส่วนร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ทีมสาธารณสุขได้แก่ พยาบาลห้องอุบัติเหตฉุกเฉิน 1 ราย พยาบาลตึกผู้ป่วยชาย 1 ราย พยาบาลพยาบาลตึกผู้ป่วยหญิง 1 ราย พยาบาลผู้ป่วยนอก 1 ราย พยาบาลฝ่ายส่งเสริม 1 ราย พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 1 ราย พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตผู้ใหญ่จำนวน 1 ราย พยาบาลคลินิกรักษ์ใจจำนวน 2 ราย และ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจำนวน 12 คน 2) ทีมผู้ดูแล ครูอนามัยเจริญพันธ์ในโรงเรียนจำนวน 50 คน และ ผู้ปกครองจำนวน 15 ราย 3)ทีมชุมชนผู้ใหญ่บ้านจำนวน 145 หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอนาเชือก จำนวน 13 คน 4)นักเรียนอายุ 6-15 ปี จำนวน 344 ราย ดำเนินงานวิจัย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2568 ในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ผล: เกิดกระบวนการพัฒนา 3 วงจรปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ท PAOR มี การเชื่อมโยงกระบวนการดูแล ระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต ครู ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เกิดการเชื่อมต่อกันเหนียวแน่นด้วย ***"ทีมสามก้อนเส้า" ก้อนเส้าที่ 1*** เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจับอบรมให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมเด็กและ ในการประเมินเด็ก ด้วยแบบฟอร์มแบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV จำนวน 26 ข้อคำถาม 3 ด้าน ***ก้อนเส้าที่ 2*** ทีมผู้ดูแล ครู ผู้ปกครอง จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และการปรับพฤติกรรม ด้วยแบบฟอร์มแบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV จำนวน 26 ข้อคำถาม 3 ด้าน ***ก้อนเส้าที่3*** ทีมชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน จัดอบรม ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย สอดส่อง มองหา แนะนำมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ การพัฒนาระบบแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเด็กเข้าถึงบริการรักษาเพิ่มมากขึ้น รับการรักษาวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 22

คำสำคัญ : รูปแบบ, โรคสมาธิสั้น ,การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

5. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

ปวีณกานต์ จวนสาง[1], จินตหรา ปัญโยวัฒน์[1],
โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ในตำบลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการ: ประชากรกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลนาเชือก จำนวน 11 คน ผู้มี ส่วนร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ญาติผู้ป่วย จำนวน 11 คน 2) ผู้นำชุมชน อสม. 15 คน 3) ตำรวจ/ปกครอง 6 นาย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน ดำเนินการในพื้นที่ตำบลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) 4) การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) จำนวน 2 รอบ ดำเนินการระหว่าง เดือน มกราคม 2567– ธันวาคม 2567 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS.) 3) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก 4) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม วงจรที่ 1 ใช้ HER–C คือ H : Home visiting การเยี่ยมบ้าน มีการติดตามในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมและต่อเนื่อง ใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ทั้งในชุมชนและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล E : Emergency psychiatric service การดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนที่มีอาการจิตเวชฉุกเฉินของโรคจิตเวชทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่าย เชื่อมโยงข้อมูลในการส่งต่อในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน เพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา R : Rehabilitation การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย C : Community risk surveillance เฝ้าระวังความเสี่ยงในชุมชน จัดอบรมให้บุคลากรในเครือข่ายเรียนรู้การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและอสม.ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยใช้เครื่ องมือเฝ้าระวังก่อนอาการกาเริบ 5 Red Flag รอบที่ 2 M : Main responsible person ผู้รับผิดชอบหลักที่มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทุก 1 สัปดาห์ ผลการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้ดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.89 ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 90.91 การดูแลของญาติและด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.34 การกินยาของผู้ป่วยก็ดีขึ้นโดยมีการกินยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 89.90

คำสำคัญ ผู้ป่วยโรคจิตเภทชเรื้อรังในชุมชน ,รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

6. การพัฒนานวตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผ่านการดำเนินงานโรงเรียนแสงแห่งความหวังต่อพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต. ถ้ำแก้ว ต.แหลมทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

นฤมล อุสาพรหม[1], มานิตย์ ชิดชัยภูมิ[1], ลำเพย ไทยภักดี[1],
รพ.สต.ถ้ำแก้ว ต.แหลมทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ[1]

วัตถุประสงค์: การพัฒนานวตกรรมฯ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้นวตกรรมโรงเรียนแสงแห่งความหวัง ในการติดตามพฤติกรรมก้าวร้าวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ติดสารเสพติดในเขตพื้นที่ รพ.สต.ถ้ำแก้ว 2) เพื่อประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น ในด้านระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวช ความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วิธีการ: การพัฒนานวตกรรมนี้ใช้รูปแบบการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการของแคมมิส แม็คแทคการ์ด และนิกสัน (Kemmis, McTaggart, & Nixon,. 2014)[1] เน้นให้ความสำคัญกับชุมชนหรือกลุ่มคน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) โดยดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2567 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566–กันยายน 2567

ผล: ผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่ รพ.สต.ถ้ำแก้ว ต.แหลมทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ จำนวน 16 ราย เพศชาย ร้อยละ 87.5 เพศหญิง ร้อยละ 12.5 หลังได้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนแสงแห่งความหวังในระยะที่ติดตาม 1 ปี พบว่า ร้อยละ 100 ไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 100 อาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง

สรุป : โรงเรียนแสงแห่งความหวังที่ก่อตั้งขึ้นในเขต รพ.สต.ถ้ำแก้ว เป็นนวตกรรมการดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรงเรียนแสงแห่งความหวัง, พฤติกรรมก้าวร้าว, ผู้ป่วยจิตเวช, คุณภาพชีวิต

7. กระบวนการสื่อสารประเด็นทางสุขภาพจิตและผลตอบรับจากผู้ชมซีรีส์คุณได้ไปต่อ (To Be Continued Series)

อุบลพรรณ วีระโจง
กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ซีรีส์คุณได้ไปต่อ (To Be Continues Series) ของช่อง 3 (33HD) บริษัท BEC World จำกัด (มหาชน) มี 8 ตอน ออกอากาศ ปี2567 ทาง 33HD / 3 plus Premium/ Netflix และ YouTube มีประเด็นของการสื่อสารทางสุขภาพจิตระหว่างแพทย์กับคนไข้ ผู้วิจัยเป็นทีมเขียนบทและเป็นที่ปรึกษาฉากการแพทย์ การออกอากาศทั่วโลกทำให้ได้รับผลจากผู้ชมนำมาศึกษาได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารประเด็นทางสุขภาพจิตและผลตอบรับจากผู้ชม

วิธีการ: 1) กระบวนการสื่อสารตั้งแต่การพัฒนาเนื้อหาและบท การแสดงและการกำกับเพื่อให้นักแสดงเข้าใจ หลักการแจ้งข่าวร้ายทางการแพทย์ 6 ขั้นตอน(SPIKES Model) และ ปฏิกิริยาต่อข่าวร้าย 5 แบบ(Elisabeth Kubler-Ross) ศึกษาตอนที่ 5-4/4 ถึง ตอนที่ 6 2/4 และ 2) ศึกษาผลตอบรับจากผู้ชมโดยการให้ตอบแบบสอบถามเพื่อดู Perception และ Reaction ต่อตัวละครและเรื่องราว และการสำรวจความเห็นจาก Youtube / X / จากผู้ชมทั่วโลก โดยใช้ Encoding/Decoding Model ผลเป็นเปอร์เซ็นต์

ผล: มีผู้ตอบแบบสอบถาม 94 ท่าน ใช้วิเคราะห์ได้ 68 ท่านได้ผลคือ มี Perception ต่อตัวละคร 26.9 % มี Reaction ต่อเรื่องราว 73 % ความเห็น ใน Youtube 122 ความเห็น ใช้ 22 ความเห็นที่เป็นTop Comment ที่ไม่ซ้ำ พบว่าความคิดแบบหมอที่ต้องมีความเห็นใจคนไข้ และ ต้องต่อสู้เรื่องราวในใจเพื่อข้ามผ่านปัญหาต่างๆ ในชีวิต เป็นส่วนที่สื่อสารออกไปถึงผู้ชมได้ดีที่สุด (55%) เรื่องราวของการเจ็บป่วยของคนไข้ในเรื่องเชื่อมโยงได้กับคนดู (27%) ความรู้สึกอื่นๆ(18%)

สรุป: dารสื่อสารทางสุขภาพจิตมีความละเอียดอ่อน ควรนำเสนออย่างถูกต้อง ผู้ชมจะความเชื่อมโยงไปกับประสบการณ์ของตนแลกเปลี่ยนทันทีขณะชมในวงกว้าง ผู้ผลิตควรให้ความสำคัญในกระบวนการและความถูกต้อง

คำสำคัญ : การสื่อสาร , ซีรีส์

8. การพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

กฤษณา ศุภสระ[1], ประวินา ปะตา[1],
โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการ: ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดโรงพยาบาลนาเชือก 72 คน อยู่ในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไป และญาติ/ผู้ดูแล 72 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ 5 คน พยาบาลห้องคลอด 8 คน พยาบาลฝากครรภ์ 2 คน พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 2 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนา และระยะประเมินผล ดำเนินการระหว่าง กรกฎาคม 2567 – มิถุนายน 2568 เครื่องมือการเก็บข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน,แบบบันทึกข้อมูลการคลอด,แบบประเมินภาวะเครียดST 5 ภาวะซึมเศร้า2Q Plus 8Q 9Q, แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย,แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการที่พัฒนาขึ้น (สำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เชิงเนื้อหาการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล: <u>ระยะที่1</u> วิเคราะห์สถานการณ์ สถิติมารดาคลอด ปี 2565-2567 จำนวน 115,123,96 ราย และพบมารดาเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 0,0,1042 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยพบในมารดาหลังคลอด 9 วันเสียชีวิต 1ราย สาเหตุจมน้ำ สันนิษฐานจากมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการทบทวนสถานการณ์เบื้องต้นพบปัญหาว่ากระบวนการดูแลฯการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง ยังไม่คลอบคลุม ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการติดตามเยี่ยมหลังคลอด การผสานงานระหว่างทีมส่งต่อข้อมูลการดูแลไม่ครอบคลุมชัดเจน <u>ระยะที่ 2</u> พัฒนากระบวนโดยใช้วงจร PAOR Kemmis & Mc Taggart(1988) เกิดการพัฒนา 2 วงจรคุณภาพ มีกิจกรรมที่สำคัญคือ 1)พัฒนากระบวนการคัดกรองฯ โดยจัดทำแบบคัดกรองประเมินความเครียด ST 5 ,คัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2Q Plus, 9Q และแบบประเมินฆ่าตัวตาย 8Q ตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด1เดือนและเพิ่มการประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทยให้ใช้ในช่วงมารอคลอดจนถึงหลังคลอด1เดือนให้เป็นแนวทางเดียวกันและใช้ทุกราย 2)การบันทึกข้อมูลประเมินภาวะซึมเศร้าในสมุดสีชมพู 3) การให้คำแนะนำเตรียมตัวรับมือกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด 4)สร้างช่องทางให้คำปรึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ผ่านช่องทาง LINE Applicationและเบอร์โทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง 5)กิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา 6)กิจกรรมสร้างความเข้าใจต่อผู้ปฏิบัติงานในการใช้กระบวนการฯ <u>ระยะที่3</u> ประเมินผล พบว่า มีการใช้กระบวนการฯพัฒนาขึ้นนำมาใช้ปฏิบัติงานจริง 100% ตามแนวทางที่กำหนดฯทุกราย มีติดตามเยี่ยมหลังคลอด การผสานงานระหว่างทีมส่งต่อข้อมูลการดูแลที่ครอบคลุมชัดเจน สถิติ ในปี 2568 ไม่พบมารดาเสียชีวิตจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ: การพัฒนากระบวนการ, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, หญิงตั้งครรภ์

TOP4 ระบาดวิทยาและการพัฒนาเครื่องมือ

ประธาน: แพทย์หญิงศุภรัตน์ เอกอัศวิน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ข้าราชการบำนาญ

เลขานุการ: แพทย์หญิงจอมสุรางค์ โพธิสัตย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ห้องประชุม: MR 3

ลำดับ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุไทย	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	นายแพทย์วัชรพล สกุลวิโรจน์
2	การพัฒนาหลักสูตรเติมพลังรักพลังใจต่อการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและแรงบัลดาลใจของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	นายสันติพันธ์ เฉียบแหลม และ นายณรงค์ศักดิ์ ใจเที่ยงธรรม
3	การประเมินผลโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง (DOT จิตเวช) จังหวัดนครศรีธรรมราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช	วิภาดา อัฐพร และ สุภาวรรณ แพรกทอง
4	ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน	นางสาวณัฐชยา สอนชา
5	การพัฒนาและการศึกษาความเป็นไปได้ของต้นแบบแอปพลิเคชัน “BUU มิตรแท้” ต่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ สุดใจ
6	ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาเกี่ยวกับยา Methylphenidate ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เภสัชกรชัยณรงค์ ศรีละคร
7	การพัฒนาแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในเด็กปฐมวัย	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	นางสุรินทร อิวปา
8	ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ	รพ.สวนสราญรมย์	จักรพงศ์ มัชฉิมาภิโร

1. การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุไทย

วัชรพล สกุลวิโรจน์[1], ปราโมทย์ ศรีโพธิ์ชัย[1], ต้นติมา ด้วงโยธา[1],สมสุข สมมะลวน[1],
ถนอมศรี ศรีคิรินทร์[1], เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร[1], กมลชนก เภามี[1] จักรพงศ์ โต๊ะหมุด[2],
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแล[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบวัดสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุไทยและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดสมรรถทางใจของผู้อายุไทยที่พัฒนาขึ้นโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

วิธีการ: วิจัยและพัฒนา 2 ระยะ ระยะที่ 1 การพัฒนากรอบแนวคิดสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุไทย และระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบของสมรรถนะทางใจของโรบินสันและคณะ (Robinson, Oades, & Caputi, 2015) จำนวน 11 องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุใน 4 ภาค ของประเทศไทย ที่มีอายุ 60 ขึ้น ประเมินด้วยแบบวัด T-GMHA-15 ได้ 43 คะแนนขึ้นไป และมีคะแนนสมรรถภาพความจำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน จำนวน 250 ราย ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดที่พัฒนาขึ้นด้วยการตรวจสอบดรรชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับด้วยสถิติ Cronbach's coefficient-alpha และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 250 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 18.40 เพศหญิงร้อยละ 81.60 แบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 40 ข้อ จาก 11 องค์ประกอบ แบบวัดทั้งฉบับมีค่า Cronbach's coefficient-alpha เท่ากับ 0.929 แสดงว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า จำนวนองค์ประกอบที่ได้ลดลงเหลือ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ความเชื่อในความสามารถและการควบคุมชีวิตตนเอง มี 7 ข้อคำถาม 2. การสนับสนุนทางสังคม มี 4 ข้อคำถาม 3. การรับรู้และจัดการอารมณ์ตนเอง มี 3 ข้อคำถาม 4. การมีสติและยอมรับประสบการณ์โดยไม่ตัดสิน มี 7 ข้อคำถาม 5. ความยืดหยุ่นและการฟื้นตัวจากอุปสรรค มี 9 ข้อคำถาม 6. การมีความหมายในชีวิต มี 6 ข้อคำถาม และ 7. มี 4 ข้อคำถาม ค่าความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 60.251 โดยแต่ละองค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 35.546, 6.371, 5.147, 4.141, 3.411, 2.920 และ 2.716 ตามลำดับ

สรุป: แบบวัดสมรรถทางใจของผู้สูงอายุไทย มีข้อคำถาม 40 ข้อ จาก 7 องค์ประกอบ แบบวัดที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการส่งเสริมสมรรถนะทางใจในผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะทางใจ, การพัฒนาแบบวัด, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

2. การพัฒนาหลักสูตรเติมพลังรักพลังใจต่อการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและแรงบันดาลใจของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

สันติพันธ์ เฉียบแหลม[1], ณรงค์ศักดิ์ ใจเที่ยงธรรม[1], สมคิด จูหว้า[1] เกษแก้ว เสียงเพราะ[1],
ศสิวิมล บุตรสีเขียว[1], ศุภกาญจน์ แก่นท้าว[1], โฆษิต กัลยา[2] และนัฐนันท์ โปธิ[2],
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา[1], ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เชียงใหม่[2]

วัตถุประสงค์: ปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตระดับปริญญาตรีเป็นหนึ่งในประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตร "เติมพลังรัก พลังใจ" ต่อการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและแรงบันดาลใจของนิสิต โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง

วิธีการ: วิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ชั้นปีที่ 1 จำนวน 476 คน อายุ 18-20 ปี ดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตจากข้อมูล Mental Health Check-in และการสังเกต ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรจากผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม และพิจารณาร่างหลักสูตรจากผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3 นำหลักสูตรไปใช้ผ่าน 5 กิจกรรมกับนิสิต เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินสุขภาพใจ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ผล: ผลการประเมินก่อนอบรมพบว่านิสิตมีภาวะพลังใจน้อย หมดไฟ เครียดสูง ซึมเศร้ารุนแรง และเสี่ยงฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 0.83 2.49 2.49 0.21 และ0.42 ตามลำดับ หลังอบรมพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และมีความพึงพอใจต่อเนื้อหา กิจกรรม และการจัดการอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.0

สรุป: หลักสูตรนี้เสริมสร้างความรู้ ทักษะและความเข้มแข็งทางใจของนิสิต มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาวะจิตใจอย่างยั่งยืน และสามารถพัฒนาเป็นหลักสูตรระยะสั้นระดับมหาวิทยาลัยเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตนิสิตในระยะยาว

คำสำคัญ: หลักสูตรเติมพลังรัก พลังใจ สุขภาวะทางจิตใจ แรงบันดาลใจ นิสิต

3. การประเมินผลโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง (DOT จิตเวช) จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิภาดา อัฐพร[1], นุชนาถ คงช่วย[2], สุภาวรรณ แพรกทอง[3],
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช[1], ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [2]
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช[3]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการจัดการทรัพยากร กระบวนการดำเนินกิจกรรม และประสิทธิผลของโครงการ

วิธีการ: วิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถาม แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบรายงานโครงการ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 235 คน และผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 502 คน ระหว่างเดือน สิงหาคม – ธันวาคม 2567 พื้นที่ 23 อำเภอ ของจังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการพรรณนาเชิงคุณภาพ

ผล: พบว่า ทุกอำเภอนำโครงการสู่การปฏิบัติ ครอบคลุมกิจกรรม การจัดการทรัพยากร และการพัฒนาสมรรถนะให้กับพี่เลี้ยง ใช้งบประมาณจากโครงการฯ และมีการชี้แจงโครงการกับคณะทำงาน โดยให้พี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยาให้กับผู้ป่วยจิตเภททุกรายในโครงการ กำกับติดตามประสิทธิผลของโครงการฯ ร้อยละ100 ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบซ้ำในช่วง 6 เดือน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภาพรวม, ด้านจิตใจ, และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.9, 77.7, 66.9 ตามลำดับ) ในขณะที่ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 48.8) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับ ไม่ดี (ร้อยละ 72.1) ผู้ปฏิบัติงานมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 68)

สรุป: ทุกอำเภอนำโครงการสู่การปฏิบัติ และพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง (DOT จิตเวช) ในทุกอำเภอ สามารถแก้ปัญหาการขาดการดูแลในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนารูปแบบดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแบบมีพี่เลี้ยง (DOT จิตเวช) ในเขตพื้นที่ชุมชนเมือง เขตเทศบาลนครและเขตเทศบาลเมือง และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การประเมินผลโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง (DOT จิตเวช) การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง (DOT จิตเวช)

4. ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ณัฐชยา สอนชา[1], ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ[2],
โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน[1], โรงพยาบาลขอนแก่น[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น

วิธีการ: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 ในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Life Distress Inventory) แบบประเมินรูปแบบการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) ฉบับภาษาไทย และความเสนอแนะของนักเรียนต่อผู้ปกครอง เพื่อน ครู และโรงเรียน ได้รับความ ยินยอมโดยการรวมมือตอบแบบประเมิน (consent by action) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผล:กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนมัธยมจำนวน 157 คน โดยร้อยละ 75.8 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 24.2 เป็นเพศชาย นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 55.4) ระดับความเครียดเฉลี่ยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ที่ 5.3 สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ ความคาดหวังต่ออนาคต พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีรูปแบบการแก้ปัญหาที่ดี ทั้งด้านความมั่นใจในการแก้ปัญหา

(Problem Solving Confidence) วิธีการเข้าหาหรือหลีกเลี่ยงปัญหา (Approach–Avoidance Style) และการควบคุมตนเอง (Personal Control) นักเรียนยังมีความต้องการการสนับสนุนจากพ่อแม่ เพื่อน และโรงเรียน

สรุป:ความคาดหวังต่ออนาคตเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุดในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยนักเรียนส่วนใหญ่มีรูปแบบในการแก้ปัญหาในระดับที่ดี

คำสำคัญ: ความเครียดในชีวิต, สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด, การแก้ปัญหา, นักเรียนมัธยม

5. การพัฒนาและการศึกษาความเป็นไปได้ของต้นแบบแอปพลิเคชัน “BUU มิตรแท้” ต่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

พรพรรณ สุดใจ[1], ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์[1], นัดดา แนบเกสร[1], พิชามญชุ์ อินทะพุฒ[1], พรพรรณ ศรีโสภา[1], สราวลี สุนทรวิจิตร[1], ภาคิณี เดชชัย[1] ยศ, วัชรกันญ อะเวลา[1], พรประเสริฐ แก้วคำ, เกียรติศักดิ์ ไรหินถ่วง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชันต้นแบบ “BUU มิตรแท้” ต่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและญาติผู้ดูแลหลักในพื้นที่อำเภอเมือง จ.ชลบุรี 40 หลังคาเรือน ด้วยการสุ่มแบบ convenience ตามข้อกำหนด Prototype ทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) ต้นแบบแอปพลิเคชัน “BUU มิตรแท้” เป็น mobile Health Application สามารถทำงานในระบบปฏิบัติการ android มีขอบเขตการทำงาน 9 ฟังก์ชัน ดังนี้ “ข้อมูลของฉัน”, “กล่องยาของฉัน”, “อย่าลืมนัด”, “กิจกรรมประจำวัน”, “เครียดได้คลายเป็น”, “หยุดป่วยซ้ำ”, “สู่ความสำเร็จ”, “เกมแลกดาว” และฟังก์ชัน “ไม่ต้องกังวล” 2) แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (LSD-30) 3) แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 4) แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย 5) แบบสอบถามคุณภาพการใช้งานแอปพลิเคชันสุขภาพทางมือถือ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการใช้งานแอปพลิเคชัน “BUU มิตรแท้” เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผล: หลังทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านสุขอนามัยส่วนตัว 3.90 (SD=0.47) ด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน 3.75 (SD=0.63) ด้านการผ่อนคลาย 3.56 (0.10) ในด้านภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชเท่ากับ 46.10 (SD=8.05) และ 36.98 (SD=4.46) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการใช้แอปพลิเคชันหลังใช้งานเท่ากับ 30.90 (SD=6.78)

สรุป : ต้นแบบแอปพลิเคชัน “BUU มิตรแท้” สามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนในด้านทักษะการดำรงชีวิต สุขภาพจิต และความร่วมมือในการใช้ยาได้ ทั้งนี้ควรศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมโดยมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, แอปพลิเคชัน “BUU มิตรแท้”, การฟื้นฟูสมรรถนะ

6. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาเกี่ยวกับยา Methylphenidate ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ชัยณรงค์ ศรีละคร
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต

วิธีการ: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุ 6-18 ปี ได้รับยาเมทิลเฟนิเดต ชนิดรับประทานแบบออกฤทธิ์สั้นหรือออกฤทธิ์ยาว จำนวน 286 คน และถูกติดตาม ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และใช้เครื่องมือประเมินปัญหาเกี่ยวกับยา The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 ร่วมกับ Naranjo’s algorithm วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุกและการถดถอยโลจิสติกทั้งแบบตัวแปรเดี่ยวและพหุตัวแปรจะถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต

ผล: จากผู้ป่วย 286 ราย พบว่า 152 ราย (53.1%) เกิดปัญหาเกี่ยวกับยาจากเมทิลเฟนิเดตในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าวมาแล้ว (มัธยฐาน) 1 ปี (พิสัยควอไทล์ 0.4 ถึง 2.9 ปี) โดยประเด็นด้านความปลอดภัยเป็นปัญหาที่พบเป็นส่วนใหญ่ การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรได้บ่งชี้ถึงหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความน่าจะเป็นในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา อันได้แก่ ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น การมีโรคร่วม และการที่ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ในทางกลับกัน การมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ดูแล และการอาศัยอยู่ในภูมิลำเนาห่างไกล สัมพันธ์กับการเพิ่มความน่าจะเป็นในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาจากเมทิลเฟนิเดต

สรุป: ผลการศึกษาบ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านความปลอดภัย เป็นสิ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาดังกล่าว อาจช่วยให้บ่งชี้และจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความชุก, ปัจจัย, ปัญหาเกี่ยวกับยา, เมทิลเฟนิเดต, โรคสมาธิสั้น

7. การพัฒนาแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในเด็กปฐมวัย

สุรินทร อิวปา[1], อรทัย เจียมดำรัส[1], ณัฏฐนันท์ โปธิ[1], ชัฌฎา ลอมศรี[1],
ภูวด วงศ์ศรีใส[1], สุนิสา สิงห์แก้ว[1], ว่าที่ร้อยโทโฆษิต กัลยา[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในเด็กปฐมวัยและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินที่พัฒนา

วิธีการ: วิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพ่อแม่ ผู้ปกครอง จำนวน 70 ครอบครัว มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนาแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดู 3) ทดลองใช้แบบประเมิน 4) ประเมินผลเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน ใช้วิธีหาค่า IOC จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) ของโรงพยาบาลสวนปรุงเลขที่ 24/2568 โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผล: แบบประเมินมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ **0.91** ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พ่อแม่/ผู้ปกครองมีคะแนนทักษะการเลี้ยงดูสูงขึ้นจากระดับเฉลี่ยก่อนกิจกรรม ($\bar{x}$ = 2.57) เป็น ($\bar{x}$ = 4.50) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป: ความเข้มแข็งทางใจในเด็กปฐมวัยเป็นคุณลักษณะที่ต้องอาศัยการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมจากผู้ปกครอง ดังนั้นจึงควรมีการประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเพื่อทราบระดับความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ทักษะการเลี้ยงดู, ผู้ปกครอง, ความเข้มแข็งทางใจ

8. ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยา จิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ

จักรพงศ์ มัชฌิมาภิโร[1], ปราโมทย์ ศรีโพธิ์ชัย[1],
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ

วิธีการ: สำรวจแบบภาคตัดขวางระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป 857 ราย ด้วยโปรแกรมบันทึกปัญหาจากการใช้ยาและติดตามผลลัพธ์การให้คำปรึกษาด้านยา วิเคราะห์ความชุกรายงานด้วยความถี่ร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จในการให้คำปรึกษาด้วยวิธีทางสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก

ผล: ความชุกของปัญหาด้านการใช้ยาในสูงอายุร้อยละ 74.3 ปัญหาที่พบ ได้แก่ กล้ามเนื้อเกร็งใบหน้าเคลื่อนไหวผิดปกติ การนอนหลับผิดปกติ ภาวะตัวสั่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้คำปรึกษา ได้แก่ การปรับยาตามคำแนะนำโดยเภสัชกร (Adj.OR 3.1; 95%CI 1.2–5.6) การร่วมมือในการใช้ยาตามคำแนะนำของเภสัชกร (Adj.OR 2.5; 95%CI 1.6–5.4) และการได้รับความรู้ด้านประสิทธิภาพของยาจากเภสัชกร (Adj.OR 1.6; 95%CI 0.8–4.3) ปัจจัยที่ลดโอกาสต่อความสำเร็จ คือ การได้รับยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (Adj.OR 0.6.; 95%CI 0.3–0.8)

สรุป ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีปัญหาด้านการใช้ยาค่อนข้างมากและการปรึกษาด้านยาจิตเวชจากเภสัชกรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ความชุก, การให้คำปรึกษาด้านยา, ปัญหาด้านยาจิตเวช

TOP5: สุขภาพจิต/จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ประธาน: แพทย์หญิงรินสุข องอาจสกุลมั่น นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เลขานุการ: นางเสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ห้องประชุม: MR 14

ลำดับ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะจัดการอารมณ์สำหรับออทิสติกวัยรุ่นตอนต้นที่มีศักยภาพสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	นางพรพรรณ อรชร
2	ประสบการณ์การเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์	นางสาวชาลิสา รุจิเลขปัญญา
3	การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาการบำบัดรายกลุ่มโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมบำบัดในผู้ป่วยออทิสติกรุนแรง	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	นางสาวปภพภร ทองเพ็ชร
4	ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	โรงพยาบาลวารินชำราบ	นางกัญชมน สีหะปัญญา
5	ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดื้อต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์
6	ผลของโปรแกรม TEDA4I กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	นางสาวมะลิทอง งามวิลัย
7	Safe Mind – Kind School: นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการกลั่นแกล้งในวัยรุ่น	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	นางสาวพิชญา ศาสนัส
8	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎรธานี	นายอภิรักษ์ ตรียวง

1. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะจัดการอารมณ์สำหรับออทิสติกวัยรุ่นตอนต้นที่มีศักยภาพสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

พรพรรณ อรชร[1], ฉัตรมงคล ฉ่ำมาก[1],
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์สำหรับวัยรุ่นออทิสติกศักยภาพสูง (HFA) อายุ 10–12 ปี

วิธีการ: ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์ จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และทดสอบประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน–หลังและติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการระบุอารมณ์ การสื่อสารความรู้สึก และบทบาทสมมติเพื่อฝึกจัดการอารมณ์ ใช้เครื่องมือ Emotional Regulation Checklist (ERC) และ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับภาษาไทยในการประเมินผล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนแบบประเมิน ERC และ SDQ ทั้งก่อนและจบโปรแกรมเข้าร่วมโปรแกรมรวมถึงการติดตามผลจบโปรแกรม 1 เดือน ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon signed–ranks test

ผล: คะแนน ERC–ER (ก่อนเข้าร่วม–จบโปรแกรม) 22.50 (IQR 3.75) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value = 0.027) และมีขนาดอิทธิพล (Effect size) สูง (r = 0.90) แสดงว่าโปรแกรมมีผลต่อการควบคุมอารมณ์ตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในปัญหาพฤติกรรมโดยรวมตาม SDQ ส่วนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสนับสนุนผลดังกล่าวโดยพบผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถสื่อสารความรู้สึกและควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น

สรุป: โปรแกรมกลุ่มมีประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ของวัยรุ่น HFA แต่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้นและติดตามผลระยะยาว รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมด้านอื่นเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล

คำสำคัญ: ออทิสติกศักยภาพสูง, การจัดการอารมณ์, วัยรุ่นตอนต้น, โปรแกรมกลุ่มบำบัด

2. ประสบการณ์การเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

ชาลิสา รุจิเลขปัญญา[1], วิไล นาป่า[2], ศนา ทวีคูณ[2]
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล[1]

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการ: การศึกษาเชิงคุณภาพรูปแบบพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและสารเสพติด ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นออทิสติก โดยเก็บข้อมูลจนพบความอิ่มตัวในจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 15 ราย ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผ่านการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นนำเสียงสัมภาษณ์มาทำการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ

ผล: ประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติกภายใต้การระบาดของโรคโควิด 19 แบ่งเป็นสี่ประเด็นหลัก ได้แก่ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในเด็กและวัยรุ่นออทิสติก การปรับตัวในการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นออทิสติก เผชิญหน้ากับความรู้สึก การรับการสนับสนุนช่วยเหลือ

สรุป งานวิจัยนี้สนับสนุนในการค้นหาประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อมีการระบาดเข้ามาทำให้รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองได้เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น การวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพที่จะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแล ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานการณ์วิกฤต รวมถึงการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากเกิดการระบาดขึ้นอีกครั้ง

คำสำคัญ : ผู้ปกครอง / เด็กและวัยรุ่นออทิสติก / ประสบการณ์การเลี้ยงดู / โรคโควิด 19 / งานวิจัยเชิงคุณภาพ

3. การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาการบำบัดรายกลุ่มโดยผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมบำบัดในผู้ป่วยออทิสติกรุนแรง

ปภพภร ทองเพ็ชร[1], ภัสรา กรโกษา[1], เสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร[1],
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์[1]

วัตถุประสงค์: 1) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะผู้ปกครอง ความรุนแรงของอาการออทิซึม และปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยออทิสติก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: การวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง ในผู้ป่วยออทิสติกอาการรุนแรงและผู้ปกครองจำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โปรแกรมฯที่ผู้วิจัยพัฒนาตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงและทดสอบก่อนนำมาใช้ เน้นส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน (กล้ามเนื้อมัดใหญ่, กล้ามเนื้อมัดเล็ก, ภาษา, สังคม, การช่วยเหลือตนเอง) และการปรับพฤติกรรม มีหลักการสำคัญ 5 ประการ ดำเนินการ 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 5 ชั่วโมง) ฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มและมอบการบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Pair t-test และ Independent t-test

ผล:ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทักษะของผู้ปกครองในการฝึกผู้ป่วยออทิสติกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกและความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยออทิสติกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สรุป : โปรแกรมฯช่วยเพิ่มทักษะการฝึกของผู้ปกครอง ลดความรุนแรงของอาการและปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยออทิสติก ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาการบำบัด, ผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมบำบัด, ผู้ป่วยออทิสติกรุนแรง

4. ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

กัญชมน สีหะปัญญา
โรงพยาบาลวารินชำราบ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในระยะ 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลต่อเนื่องจากงานวิจัยเดิม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในปี พ.ศ. 2566-2567 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองร่วมกับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลของโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ T-test และ ANCOVA

ผล: ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นและด้านดื้อต่อต้าน) ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าความเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนั้นไม่แตกต่างกัน

สรุป: โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยผลลัพธ์ที่ได้ยังคงอยู่เมื่อติดตามในระยะยาว 1 ปี หลังเข้าร่วมโปรแกรม

คำสำคัญ: เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง การติดตามผล

5. ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดื้อต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์[1], สุนทรี ศรีโกไสย[1], ชลีพร สมใจ[1], ชฎาพร คำฟู[1],
ภัชณิตรา เกตุกาญจน์กุล[1], ศุทธสินี จีแดง[1] ชุตินาถ ศักรินทร์กุล[1],
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดื้อต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

วิธีการ: การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2567 กลุ่มทดลองจำนวน 15 คู่ เป็นผู้ป่วย 1 คน และผู้ปกครอง 1 คน ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คู่ และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คู่ ได้รับบริการแบบปกติเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินอาการสมาธิสั้นชนิด SNAP–IV หมวดดื้อต่อต้าน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Friedman Test และ Kruskal – Wallis Test

ผล: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นทั้ง 30 คน อายุเฉลี่ย 13 ปี (SD = 1.27) ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดื้อต่อต้านไม่แตกต่างกัน (p= .37) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดื้อต่อต้านที่การติดตาม 1 เดือนน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = – .3.67, p<.01) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่การติดตาม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = – 3.14, p<.01)

สรุป: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมช่วยลดพฤติกรรมดื้อต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น จึงควรใช้เป็นทางเลือกในการลดพฤติกรรมดื้อต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ : โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม, พฤติกรรมดื้อต่อต้าน, วัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

6. ผลของโปรแกรม TEDA4I กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

มะลิทอง งามวิลัย[1], วินิดา โชติจำรัส[1],
โรงพยาบาลศรีสะเกษ[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม TEDA4I กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครอบครัวที่มีเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี และเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าสงสัยพัฒนาการล่าช้าจากการประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือTEDA4I ที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ครอบครัวที่มีเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี ที่อยู่ใน 4 ช่วงอายุ ได้แก่ อายุ 10–12 เดือน อายุ 19–24 เดือน อายุ 31–36 เดือน อายุ 43–48 เดือน ตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 30 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบโดยใช้สถิติ Paired t–test และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures analysis of variance [ANOVA]) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพัฒนาการของเด็กมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะจากนั้นทำการทดสอบ เป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferoni)

ผล: 1) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.63, S.D.=.55) ซึ่งดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) และ 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม TEIDA4I กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย หลังได้รับกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรมเสร็จทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

คำสำคัญ: โปรแกรม TEDA4I, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย

7. Safe Mind – Kind School: นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการกลั่นแกล้งในวัยรุ่น

พิชญา ศาสนัส [1], ศุภลักษณ์ เทือกสุบรรณ[1], ฤชุกร เพ็ชรรักษ์[1],
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและขยายผลโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง (Bullying)

วิธีการ: ดำเนินการจัดโปรแกรม “Safe Mind – Kind School” กับผู้ป่วยวัยรุ่นอายุ 12–17 ปี จำนวน 10 คน ที่มารับบริการในคลินิกวัยรุ่น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ โดยกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที/เดือน) ในหัวข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม Bullying และผลกระทบทางจิตใจ 2) การตระหนักรู้และจัดการอารมณ์ 3) การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ 4) การสร้างพื้นที่ปลอดภัยและการอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจ รวมถึงการให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง (ครั้งละ 30 นาที) โดยเน้นการส่งเสริมความเข้าใจ ผลกระทบจาก Bullying และการวางแผนดูแลสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม SDQ และแบบประเมินทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย (อายุ 10–19 ปี) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผล: ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นหญิง (80%) อายุเฉลี่ย 14 ปี พบว่าการกลั่นแกล้งในโรงเรียนส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และไม่อยากไปโรงเรียน หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่าความเครียดลดลง ทักษะการจัดการอารมณ์ดีขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และให้กำลังใจได้เหมาะสม ผลการประเมินจากแบบ SDQ และแบบทักษะชีวิตวัยรุ่นไทยแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ผู้เข้าร่วมรู้สึกพึงพอใจต่อกิจกรรม และสามารถนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

สรุป: Safe Mind – Kind School เป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งในวัยรุ่น โดยสามารถเสริมสร้างทักษะชีวิต ความมั่นคงทางอารมณ์ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ทักษะชีวิต การกลั่นแกล้ง การป้องกัน สุขภาพจิต

8. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อภิรักษ์ ตรียวง[1], ภูเบศร์ นภัทรพิทยาธร[2], นันท์นภัส เกตน์โกศัลย์[2]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี[1], คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13–16 ปี จำนวน 75 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการ กลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (ECHO Anti-Bullying Program) จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น เก็บรวมรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติค่าทีแบบจับคู่ และสถิติค่าทีแบบอิสระ

ผล: หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำสำคัญ: การกลั่นแกล้งรังแกกัน, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน, นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น



ผลงานวิชาการนำเสนอในรูปแบบโปสเตอร์

[Poster presentation]

รายชื่อผู้นิพนธ์และชื่อผลงานวิชาการนำเสนอในรูปแบบโปสเตอร์

[Poster presentation]

Poster presentation highlights จำนวน 8 เรื่อง

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	Line OA สู่ HEAL THTECH บริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	นายดรัณ พงศธรสกุล
2	ผู้สูงอายุในสังคมที่อ่อนโยน เมื่อภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายยังอยู่	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	พัชราภรณ์ บุญอ้อย รัตต์ติกาล วาเพชร อานนท์ ฉัตรทอง
3	เปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า ระหว่างการติดตามที่ 1 เดือน ผ่าน Line official และติดตามเดือนที่ 3 บบ นnsite	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	วิภาวดี พากดวงใน จุรา ยาประสิทธิ์ ศุทธสินี จีแดง
4	ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่รักษาด้วยา Risperidone ครั้งแรก	สถาบันราชานุกูล	พัณณพัฒน์ พรรณแพ้ว จินตนา ปรัชญาสันติ ชมภูนุช สุคนธวารี
5	การใช้กรอบแนวคิด “ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง” ในการศึกษาของออนุกรรมาธิการสุขภาพจิตฯ ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร	สภาผู้แทนราษฎร	เอกภพ สิทธิวรรณธนะ
6	การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ADAPT– ITT ในการแปลและปรับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งเกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา (Resilience and Coping Interventionซ RCI) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยามศึกษาตอนปลาย	โรงพยาบาลจิตเวช[1] นครราชสีมาราชนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์[2] มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ชนกชนม์ โคตรสมบัติ[1] สันทัด ผลจันทร์[1] ผศ ดร. ชูชาติ วงศ์ อนุชิต[2]
7	กรณีศึกษษ การทำจิตบำบัดแบบ Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) ในผู้ที่ถูกกลั่นแกล้ง	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	รักษิณา พรมทองบุญ
8	The study of prevalence of cannabis, medical cannabis and other cannabis products use in inpatient care of Psychiatric hospital in 2024	Nakonphanom Rajanakarindra Psychiatric Hospital	Warot lamyai Koson waraassawapati Pranee Jantamo Nithis suri

1. Line OA สู่ HealthTech บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน

ดรัณ พงศธรสกุล[1], ปริมประภา มากชุมแสง[1], วิชญารัตน์ วรโชติรัตนวงศ์[1],
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อดูแลบำบัดรักษา เพิ่มความต่อเนื่อง เพิ่มทางเลือก และลดความแออัด

วิธีการ: การศึกษาการจัดการกรณี ชายและหญิง อายุ 15–60 จำนวน 85 ราย ผ่านโปรแกรม A MED และ Line OA เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: ผู้ป่วยฯไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 97.96 ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก 1) สาเหตุการใช้สารเสพติด ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.อยากลอง 2.ปัญหาชีวิต 2) สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.ปฏิเสธเจ็บป่วย 2.ใช้สารเสพติดซ้ำ 3) ป้องกันกลับเป็นซ้ำ มีประเด็นย่อย ได้แก่ 1.ตั้งใจเลิก 2.กินยาต่อเนื่อง 3.ทักษะเผชิญปัญหา สิ่งสำคัญคือเครือข่ายช่วยในการกำกับติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

คำสำคัญ: Line OA, A MED, ผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน

2. ผู้สูงอายุในสังคมอ่อนโยน: เมื่อภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายยังอยู่

พัชราภรณ์ บุญจ้อย[1], รัตน์ติกาล วาเพชร[1],
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(2Q Plus) ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย(8Q) ผิดปกติ ของผู้สูงอายุคนไทย ในกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงและในระดับเขตสุขภาพที่ 1–12 ปี พ.ศ. 2567

วิธีการ: ศึกษาเชิงพรรณนา ข้อมูลระดับทุติยภูมิในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) รายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q Plus) รายงานการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และรายงานการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง ของผู้สูงอายุคนไทย และในเขตสุขภาพที่ 1–12 ปี พ.ศ. 2567

ผล: การคัดกรองโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความผิดปกติร้อยละ 0.34 กลุ่มติดบ้านมีความผิดปกติ ร้อยละ 2.42 และกลุ่มติดเตียงมีความผิดปกติ ร้อยละ 3.23 และในเขตสุขภาพที่ 1–12 พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีความผิดปกติสูงสุดถึงร้อยละ 3.73 เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 1.94 ละเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 1.65 ตามลำดับ

สรุป: การศึกษานี้จะช่วยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทราบสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถนำไปวางแผนการดำเนินงานและบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุ

3. เปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างติดตามที่ 1 เดือนผ่าน Line Official และติดตามที่ 3 เดือนแบบ Onsite

วิภาวดี พากดวงใจ[1], จุรา ยาประสิทธิ์[1] ศุทธสินี จีแดง[1],
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างติดตามที่ 1 เดือนผ่าน Line Official และติดตามที่ 3 เดือนแบบ Onsite

วิธีการ: การพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิชาการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่รับบริการแผนกประเมินและกระตุ้นพัฒนาการจำนวน 385 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการติดตามที่ 3 เดือนแบบ Onsite ระหว่างตุลาคม – ธันวาคม 2567 จำนวน 291 คน และกลุ่มที่ได้รับการติดตามที่ 1 เดือนผ่าน Line Official จำนวน 94 คน ระหว่างกุมภาพันธ์ – เมษายน 2568 ทุกคนได้รับการอธิบายวิธีกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามปัญหาพัฒนาการร่วมกับการสอนสาธิตและการให้คำแนะนำแบบสั้นโดยใช้หลักการสร้างความตระหนัก การประเมินความตั้งใจแก้ปัญหา การให้โอกาสซักถาม และการให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผล: กลุ่มที่ได้รับการติดตามที่ 1 เดือนผ่าน Line Official ให้ความร่วมมือตอบคำถามร้อยละ 48.94 (n= 46) ความร่วมมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในเกณฑ์ร้อยละ 50 หรือมากกว่าพบว่า กลุ่มที่ได้รับการติดตามที่ 1 เดือนผ่าน Line Official มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามที่ 3 เดือนแบบ Onsite (ร้อยละ 84.78, n= 39/46 vs ร้อยละ 43.30, n= 126) และมีความเห็นว่าบริการผ่าน Line Official เข้าถึงง่าย สื่อสารได้ทุกเวลา และ ไม่เสียค่าใช้จ่าย

สรุป : การติดตามผู้ปกครองที่มีระยะห่าง 1 เดือนผ่าน Line Official ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้มากกว่าการติดตามที่ 3 เดือนแบบ Onsite และมีความพึงพอใจมากกว่า

คำสำคัญ : กระตุ้นพัฒนาการเด็ก, ความร่วมมือของผู้ปกครอง, พัฒนาการล่าช้า, Line Official

4. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา Risperidone ครั้งแรก

พัณณพัฒน์ พรรณ์แผ้ว[1],จินตนา ปรัชญาสันติ[1], ชมภูนุช สุคนธวารี[1],
สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการบริบาลทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา Risperidone ครั้งแรก สถาบันราชานุกูล

วิธีการ: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยยา Risperidone ครั้งแรก สถาบันราชานุกูล เดือนมิถุนายน 2563 – กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากระบบ Hospital Information System (HIS) และจากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา จากแบบบันทึกการคำปรึกษาด้านยา นำปัญหาจากการใช้ยาจัดประเภทปัญหาตามระบบ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วย Brief Adherence Rating scale (BARs) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Pair t–test เปรียบเทียบผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ผล: ผู้ป่วยจำนวน 211 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.25 ได้รับการวินิจฉัย Autistic disorder ร้อยละ 52.13 อายุเฉลี่ย 7.24 ±7.10 ปี ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) จำนวน 148 ปัญหา จัดประเภทของปัญหาจากการใช้ยาและติดตามการแก้ไขปัญหา พบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา ร้อยละ 45.95 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 29.73 และความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา ร้อยละ 24.32 การบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า ปัญหาได้รับการแก้ไข ร้อยละ 81.08 โดยปัญหาจากการใช้ยาที่แก้ไขไม่ได้หรือแก้ไขได้บางส่วน ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น และการปรับยาเองของผู้ปกครอง ทั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาหลังเภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (97.03±11.33) เพิ่มขึ้นจากก่อนหน้า (44.23±26.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การจัดประเภทปัญหาการใช้ยาตามกระบวนการคิดและการปฏิบัติจริงทางคลินิกทำให้เภสัชกรสามารถให้บริบาลทางเภสัชกรรมได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมได้มากขึ้นซึ่งส่งผลให้สามารถค้นพบปัญหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การบริบาลทางเภสัชกรรม, ปัญหาจากการใช้ยา, ริสเพอริโดน

5. การใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง ในการศึกษาของอนุกรรมาธิการของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร

วัตถุประสงค์: พิจารณาศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุ และแนวทางการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิตของประชาชนทุกช่วงวัย 2) ศึกษาพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้อง

วิธีการ:อนุ กมธ.สุขภาพจิตฯ จัดวาระการประชุมโดยเชิญผู้เกี่ยวข้องกับประเด็นพิจารณา โดยใช้แนวคิดปิระมิดระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง มาเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาและจัดวาระการประชุมรายสัปดาห์ โดยกำหนดให้มีสัดส่วนผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ควบคุมกำกับระบบระบบบริการ ผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการ และผู้ได้รับผลกระทบตามประเด็นสุขภาพจิตและช่วงวัยของผู้รับบริการ

ผล: จากการประชุม 4 นัดแรกพบว่า 1) กลไกการควบคุมกำกับระบบบริการสุขภาพจิตมุ่งพัฒนาระบบบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นสำคัญ ขณะที่สังคมต้องการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพนอกระบบบริการสุขภาพจิตมากขึ้น 2) พบความขาดแคลนงบประมาณ กำลังคน อำนาจนำสำหรับการบูรณาการความร่วมมือข้ามหน่วยงานและแก้ไขกฎหมายให้ทันสมัย 3) การทำเอกสารสรุปสถานการณ์และข้อเสนอนโยบายที่กระชับ ตรงประเด็น ช่วยให้การศึกษาของ อนุ กมธ. สุขภาพจิตฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป กรอบแนวคิดระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง มีประโยชน์ต่อการศึกษาและพัฒนานโยบายสุขภาพจิตในระดับชาติ คนทำงานด้านระบบสุขภาพจิตจึงควรประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวสำหรับพัฒนาระบบบริการในรายละเอียดต่อไป

6. การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ADAPT–ITT ในการแปลและปรับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา (Resilience and Coping Intervention: RCI) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ[1], สันทัด ผลจันทร์[1], ชูชาติ วงศ์อนุชิต[2]
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์[1], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ADAPT–ITT (Assessment–Decision–Administration–Production–Topical experts–Training–Testing) เพื่อแปลและปรับโปรแกรม Resilience and Coping Intervention (RCI) สำหรับลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีการ: กรอบแนวคิด ADAPT–ITT เป็นแนวทางที่ใช้กันอย่างแพร่หลายสำหรับการปรับเปลี่ยนโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ โดยในงานวิจัยนี้ได้แปลโปรแกรม RCI จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และปรับโปรแกรมให้เหมาะสมต่อการใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย รวมถึงบริบทของโรงเรียน นำไปทดลองใช้ในโรงเรียนแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 ราย เป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45–60 นาที

ผล: การแปลและปรับโปรแกรม RCI มีค่า Index of item objective congruence (IOC) ที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 5 ท่าน อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (0.92) ซึ่งหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง (p=.004) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (p=.020) รวมทั้งมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (p=.013) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (p=.013) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรม RCI และชี้ให้เห็นว่ากรอบแนวคิด ADAPT–ITT สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

สรุป: โปรแกรม RCI แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต ทั้งนี้การนำโปรแกรมจากต่างวัฒนธรรมมาใช้จำเป็นต้องมีการปรับให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายใหม่ โดยกรอบแนวคิด ADAPT–ITT เป็นแนวทางหนึ่งในการแปลและปรับโปรแกรมที่มีการผสานมุมมองด้านจิตวิทยา จิตวิญญาณ และความหลากหลายทางวัฒนธรรมเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายใหม่

คำสำคัญ ADAPT–ITT, การปรับโปรแกรม, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา (RCI)

7. กรณีศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ในผู้ที่ถูกกลั่นแกล้ง

รักษิณา พรมทองบุญ
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดแบบ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) กับผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18 ปี ที่มีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งจากครูภายในโรงเรียน ได้รับวินิจฉัย F3230 Depressive episode– Severe depressive episode with psychotic symptoms– With mood – congruent psychotic symptoms ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ เห็นภาพหลอน หวาดระแวง หูแว่วเหมือนมีคนด่าตลอดเวลา รู้สึกเหมือนว่าตนเองกลับไปอยู่ในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตตลอดเวลา ฝันร้ายถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ถูกข่มขืน มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง การบำบัดดำเนินไปทั้งหมด 3 ครั้ง โดยใช้ Protocol ของ EMDR แบบมาตรฐาน ผลการบำบัดแสดงให้เห็นว่าเด็กมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงมีการปรับตัวทางอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น สามารถกลับไปเรียนได้และใช้ชีวิตได้ปกติ บทสรุปของกรณีศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า EMDR อาจเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ที่ประสบกับการถูกกลั่นแกล้ง

คำสำคัญ: การกลั่นแกล้ง, EMDR, บาดแผลทางจิตใจ, การเยียวยาทางจิตใจ

8. การศึกษาความชุกของการใช้กัญชา กัญชาทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นของผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ปี 2567”

วรท ลำใย, โกศล วราอัศวปติ, ปราณี จันทะโม, นิธิศ สุริย์
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพื่อศึกษาข้อมูล ลักษณะการใช้กัญชา กัญชาทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต (F1x.5x และ F2x.xx) และประเมินผลกระทบระยะสั้นของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคจิตในโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 5 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต ในระยะเวลา 2 เดือนและนำข้อมูลมาแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น จากการใช้กัญชาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องมาเฝ้าระวังและกำหนดนโยบายและวางแผนการบริการสุขภาพจิตอย่างทันท่วงทีได้ในอนาคต

วิธีการ : เป็นการศึกษาเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (sentinel surveillance) โดยเก็บข้อมูลความชุกของการใช้กัญชา กัญชาทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 แห่งทั่วประเทศในระยะเวลา 2 เดือน โดยการศึกษานี้เก็บข้อมูลหลังการเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกัญชา แล้วนำข้อมูลมาแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ผล : จากการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มกราคม 2567 –10 มีนาคม 2567 ในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2,131ราย พบความชุกของการใช้กัญชา กัญชาทางการแพทย์หรือผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นร้อยละ 21.9 โดยผู้ให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลได้ 243 คน เป็นกลุ่มที่ใช้ล่าสุดภายใน 3 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 84.4 ใช้ช่อดอกมากที่สุดร้อยละ 73.7 โดยใช้วัตถุประสงค์เพื่อนันทนาการร้อยละ 65 แหล่งที่มามากที่สุด 3 อันดับ คือ ซื้อ ได้ฟรี ปลูกเอง ร้อยละ 52.9, 29.4 และ 20.6 ตามลำดับ

สรุป : ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาชนิดใดชนิดหนึ่ง ดังนั้นหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา คือ ปลดกัญชาจากการเป็นยาเสพติดจึงมีความจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการใช้กัญชาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมากำหนดนโยบายและวางแผนการบริการสุขภาพจิตอย่างทันท่วงที

คำสำคัญ : ประเมินผลกระทบของกัญชา, นโยบายกัญชาทางการแพทย์, ความชุก, ผู้ป่วยโรคจิต

Poster presentation จำนวน 121 เรื่อง

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
9	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีน	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[2]	ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์[1] เบ็ญจา นิ่มนวล[1] ปาณิสรา อิรชนทร์กันทุม[1] อมรัตน์ บุญหนัก[1] นพพร ลาดบัวขาว[1] เนตรชนก แก้วกันทา[2]
10	ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[2]	ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์[1] เบ็ญจา นิ่มนวล[1] ปาณิสรา อิรชนทร์กันทุม[1] อมรัตน์ บุญหนัก[1] นพพร ลาดบัวขาว[1] เนตรชนก แก้วกันทา[2]
11	การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื่อโควิด 19 ที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์ เพ็ญสุดา ไชยเมือง เบ็ญจา นิ่มนวล ปาณิสรา อิรชนทร์กันทุม นพพร ลาดบัวขาว พิชญ์พงศ์ คงนาวัง อมรัตน์ บุญหนัก เยวลักษณ์ ตั้งวงศ์ เนตรชนก แก้วกันทา
12	การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดระบบสมัครใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	นารินทร์ ประชุมรักษ์
13	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตามของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	กรมสุขภาพจิต[1] โรงพยาบาลศรีธัญญา[2]	ชลลดา จารุศิริชัยกุล[1] บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธ์[1] สัมพันธ์ พัฒน์ศร[2] พูลสวัสดิ์ เที่ยงหนู[1] อุษา เขตรเขื่อน[1]
14	ผลของรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ สาวิตรี สุริยะฉาย เวนิช บุราชรินททร์

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
15	สูงวัยใจสู้ สู่สังคมไร้ความรุนแรง	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต[1] กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต[2]	วินดา บุญพ่วง[1] รัตน์ติกาล วาเพชร[1] ศจี รุกขวัฒนกุล[2] อานนท์ ฉัตรทอง[1]
16	การตีตราตนเองในผู้ดูลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพที่ 2	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	ธีรศักดิ์ ทรายคำ ณัฐพล พูลวิเชียร เอมวิกา เอมสอาด
17	Development of nutrition therapy program for psychiatric patients with alcohol-related disorders	Srithanya Hospital	Juthamard Thanompongchart Nattaya Weangchanda
18	การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยนิติจิตเวช ในกลุ่มผู้ป่วยสุราและสารเสพติดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	เบ็ญจมาศ พฤฒมารา วิภาพร สิทธิจันทร์
19	ผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังแลป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน	ธิดารัตน์ ประพันธ์
20	The effects of using a creative teen empowerment program integrated with animation on building mental resilience in adolescents with depression and suicide behavior receiving treatment at the psychiatric outpatient department Amant Charoen hospital	Amant Charoen hospital	Pisamai Tipwaree
21	ผลของโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านการพยาบาลทางไกลต่อการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์[1] สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง[2]	จุฑารัตน์ พิลา[1] อนชรนลิน สิงขรณ์[2]
22	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤตกรรมรุนแรงโดยชุมชน	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	จิรารัตน์ ทรัพย์เจริญ
23	พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจและสุขภาพจิตที่ดีในการช่วยผู้ป่วยคลินิกเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อไม่ก่อให้เกิดพิษภัยต่อสังคม ผ่าน Smoke model โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	อับดุลเลาะ อับดุลซอมะ

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
24	โซเชียลพาเศร้า ครอบครัวพาใจ ชีวิตปลอดภัย ไร้ความรุนแรง	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	ปาริชาติ ศาสนัส จุฑารัตน์ พิลา
25	การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เขตสุขภาพที่ 2	ศูนย์สุขภาพที่ 2	สาวิตรี ฉิมหัวร้อง
26	ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	เบญจา นิ่มนวล
27	วิธีป้องกันแสงต่อการตรวจวิเคราะห์ระดับวิตามินดีในเลือด	โรงพยาบาลศรีธัญญา	พิชาดา เลาหวนิช อรวรรณ ศิลปกิจ
28	ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจของบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	ภาสกร คุ้มศิริ ธีราพร กิตติวงศ์โสภา ศศิญา จันทร์แก้ว
29	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมรุนแรง	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	อดิศร รักสกุล
30	ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลต่อพัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3	ศูนย์สุขภาพที่ 3	กัลย์ลดา นันทนลาภอำรุง อาทิตนันท์ สมิงนิล นนทิยา ศรีศาลา
31	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ พิชญา ชาญนคร
32	พัฒนาระบบการบำบัดและการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน ณ มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา ผ่านระบบบำบัด Lanta model ในยุคโลกาภิวัฒน์	โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่	ฏัชรีน มะ
33	The effect of cognitive behavioral therapy program in psychiatric patients' amphetamine use disorder: Srithanya hospital	Srithanya hospital	Payom sittipromma
34	ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในเขตสุขภาพที่ 12	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	กนกวรรณ บุญเสริม

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
35	ปัจจัยคัดสรรด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11	ศูนย์สุขภาพที่ 11	บุญธรรม ดีดวง อัธยา ญานหาร ศิริพร เกดิกุลรัตน์ ดวงพล พวงบุปผา
36	ผลของการประยุกต์ใช้ 3 model (Health–Heart–Home) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	จิราพร พันตรา กนกวรรณ ประชุมราศี มารศรี ปาณีวัตร ทวีพร แก้ววรรณา
37	การศึกษาความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กของนักเรียนในกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์
38	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์	สำนักวาสาธารณสุขอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์	สุภาวดี ยาเงิน
39	การศึกษาปัจจัยสาเหตุที่สัมพัธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เขตสุขภาพที่ 10 จากการสำรวจสถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปี พ.ศ. 2564	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[1] เขตสุขภาพที่ 10[2] ศูนย์อนามัยที่ 10[3]	วีรีย์อร จูมพระบุตร[1] กิตติพศ ดำบบรพ์[2] เปียทิพย์ สีดำ[1] สาวิตรี พละบุตร[1] ไปยดา วัรัศมี[3] ฐิติรัตน์ ภาวะสิมธิพงษ์[3] ณัฐิยา ชมภูบุตร[1] สุนทรี พันธุ์คำ[2]
40	รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพจฆติดที่มีควาเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสรูปแบบ “หัวทุ่งโมเดล”	ตำบลหัวทุ่ง อำเภอลอง จังหวัดแพร่	พชรภา ขันทอง หทัยรัตน์ พงษ์ศิริแสน ศิริรัตน์ มะโนตา เยาว์ภา ตะเพียนทอง
41	ชุมชนล้อมรักษ์ [CBTx] ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. แก้ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์	สำนักงานสาธารณุขอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์	สุภาวดี ยาเงิน
42	การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อสร้างสังคมอ่อนโยนและลดความรุนแรง: แนวทางการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม	สถาบันจิตเวชศษสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ทัศน์พล สัมฤทธิ์

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
43	ผลการดำเนินงานโครงการค่ายกิจกรรมเสริมสร้าง EQ สำหรับเด็กโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[1] โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช จังหวัดอุบลราชธานี[2]	วีรีย์อร จูมพระบุตร[1] พิมพ์ชนก หาคำ[1] วีนัสริน ก้อนศิลา[1] หนึ่งฤทัย สวัสดิ์รุ่งเรือง[1] ณัช จูมพระบุตร[2]
44	แรงจูงใจต่อการเป็นจิตอาสานักเรียนมัธยมในค่ายกิจกรรมเสริมสร้าง EQ สำหรับเด็ก	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[1] โรงเรียนเบ็ญจมมหาราช จังหวัดอุบลราชธานี[2]	วีรีย์อร จูมพระบุตร[1] ณัช จูมพระบุตร[2] ปิยวรรณ สารมาศ[1]
45	“เห็นภาพ...เห็นใจ...อยู่ได้นาน” โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมเยี่ยมบ้านและเตรียมชุมชนผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนแก่ญาติและแกนนำชุมชน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ธวัชชัย พละศักดิ์ ลัดดาวัณย์ คุณวุฒิ ณัฐิยา ชมภูบุตร
46	การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ธีราภา ธานี หทัยรับ ดิษฐอั้ง น้ำผึ้ง คุ้มครอง ปาลิดา พละศักดิ์
47	โครงการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาน อำเภอป่าพยอม จังหวัดพัทลุง	โรงพยาบาลป่าพยอม จังหวัดพัทลุง	อดิเทพ ศรีเพชรทอง
48	การพัฒนาระบบรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	สุภาวดี ดีการกระทำ
59	โปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 11	ศูนย์สุขภาพที่ 11	ศิรินพร เดกุลรัตน์
50	การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในแกนนำนักเรียนเขตสุขภาพที่ 11	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	จุฑามาศ นาควรรณ์
51	การพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี	โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี	เบญจวรรณ ศรศรี

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
52	การพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี	โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี	เบญจวรรณ ศรศรี
53	โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์หงุดหงิดจากการอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทชายต่อการลดการได้รับยาฉีดในหอกรองจิต โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	พัชราภรณ์ สุนทรมนูกิจ ณิชนันทน์ เกิดมงคล
54	การพัฒนาระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยทีม “4 หมอ 1 ญาติ”และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คปสอ.โพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม	โรงพยาบาลโพนสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม	แสงเดือน ศรีวรสาร ญดา คำมาพงศ์เตโชกิจ สิราลักษณ์ ผดุงสมัย นิตยา คุตะโค สุภัทรา บุพศิริ กาญจนา แสงพรมชารี ณัฐขวรรณ เหล่าสุวรรณ วินิทรา ไพรใหม่ รัชนี ศรีแสน
55	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คปสอ.โพนสวรรค์	โรงพยาบาลโพนสวรรค์, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม	แสงเดือน ศรีวรสาร ญดา คำมาพงศ์เตโชกิจ สิราลักษณ์ ผดุงสมัย นิตยา คุตะโค สุภัทรา บุพศิริ กาญจนา แสงพรมชารี ณัฐขวรรณ เหล่าสุวรรณ วินิทรา ไพรใหม่ รัชนี ศรีแสน
56	พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง: ทีม “สามเกลอเคลื่อนที่เร็ว”	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	รัฐฐาพร พิพัฒน์ กนกภรณ์ ทองคุ้ม

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
57	ปัจจัยสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายของอาการ อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรคให้มีความปลอดภัย รับรู้คุณค่าในตนเอง และมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประภากรณ์ แอบคำ
58	ประสิทธิภาพของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเด็กออทิสติกแบบออนไลน์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ชญานิษฐ์ อนันตวรวงศ์ วิภาวดี พากดวงใจ กาญจน์ณภัทร ไทยธวัชวงษ์ ศุทธสินี จีแดง
59	โครงการพัฒนาสมรรถนะและสร้าง กลไกความร่วมมือของเครือข่ายดูแลทางสังคมจิตใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 11	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	จิรารัตน์ ทรัพย์เจริญ
60	โครงการจัดทำคู่มือการบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก บูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณ สุข	โรงพยาบาลสวนปรุง	คณะกรรมการการพัฒนางานบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ว่าที่ร.ต.ธนกฤต ทิพย์พิมล
61	Mental Health Around, Sound for Gentle Society	โรงพยาบาลสวนปรุง	ทัศวรรณ ปัญญารักษา มนทกานต์ อุเต็น ยงยุทธ ผิวขำ
62	ผลของการส่งเสริมสุขภาพจิตนักศึกษามหาวิทยาลัย เขตสุขภาพที่ 1 เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย“เติมพลังใจวัยว้าวุ่น Stay Strong Stay Positive”	โรงพยาบาลสวนปรุง	พุทธชาด ศรีสุวรรณ์ บุษกร สมบูรณ์
63	ประสิทธิผลของแนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับเด็กปฐมวัยในโรงเรียนนครรังสิต สิริเวชชะพันธ์ จังหวัดปทุมธานี	โรงพยาบาลนครปฐม[1] ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4[2] โรงพยาบาลนครชัยศรี[3]	กนกพร สุทธิสัณหกุล[1] อรพรรณ ศฤงคาร[2] วิชญาพร หอยสังข์ทอง[3]
64	ความเปราะบางซ้อนทับ : สุขภาพจิต การใช้ยาเสพติด และความรุนแรงในครัวเรือนยากจน	มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด	สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี วาสนา สุระภักดิ์

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
65	ประสบการณ์การดูแลตนเองด้วยการทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเขตชนบท	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ สุพัตรา สุขาวห กุณฑ์ชลี เพียรทอง อมราภรณ์ ฝางแก้ว วงศธร โอษะคลัง
66	ผลของโปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy – Informed ในการลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ สุพัตรา สุขาวห กุณฑ์ชลี เพียรทอง อมราภรณ์ ฝางแก้ว วงศธร โอษะคลัง
67	ผลของโปรแกรมฉลาดรัก ฉลาดเลี้ยง (7Days Parenting) ต่อความฉลาดรอบด้านเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 2	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	ศศิรกานญ์ รุ่งสกุล เมธัส ตาเขียววงษ์
68	ผลการศึกษาความสุขและความเครียดของวัยทำงานในสถานประกอบการและองค์กร เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2567	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	ณัฐรดา น้อยกรม หยกฟ้า เพ็งเลีย สุขเสริม ทิพย์ปัญญา
69	ผลการให้ความรูเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำในชุมชน เขตสุขภาพที่ 2 ป 2567	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	ภูวนัย แสวงบุญ หยกฟ้า เพ็งเลีย สุขเสริม ทิพย์ปัญญา
70	ผลการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 2 ปงบประมาณ 2567	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	สุขเสริม ทิพย์ปัญญา
71	The Association between Social Norms and Alcohol Consumption among Thai Students in Taiwan	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Thailand[1], Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University[2]	Muttika Chanamontree[1], Yen-Jung Chang[2]
72	ผลของโปรแกรมบำบัดตามแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลต่อพฤติกรรมการเสพในผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท (เมทแอมเฟตามีน)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ฉวีรักษ์ ลีลา อมราภรณ์ ฝางแก้ว จิตภัณฑ์ กมรัตน์

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
73	โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 3	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	จิราวรรณ เจนจบ
74	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมและความตั้งใจเลิกสารเสพติดของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	บวรภพ ปราบมะเริง ทัศนีย์ จันทร์สด สุภาพร ภักดีดำรงเดช ศิริพงษ์ พงศ์สุวรรณ
75	ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 12	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 3 โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
76	การดำเนินงานพัฒนาต้นน้ำช่วงปฐมวัย โปรแกรม KIDS 3K	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	กาญจน์ดี แสงสงวน รักษิณา พรมทองบุญ นที เฒ่าต้นเดิม
77	การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับการดื่มสุราและสารเสพติดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	วิภาพร สิทธิจันทร์ เบ็ญจมาศ พฤตารา
78	การประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	น้ำจืด กุลอ่อน กังสดาล อู่วิเชียร นฤมล สุริยะ สวัสดิ์ เที่ยงธรรม ฐิตารีย์ เอียดตระกูลไบูลย์, จำเนียร สุรวรางกูร รัชนีวรรณ รักสัตย์
79	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดปทุมธานี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ฐิติชญาน์ ปิยภัทรธนัสไชย สุนิษา เชือกทอง ณัฐพล ยุวนิช

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
80	การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	โรงพยาบาลโพนสวรรค์, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม	กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช ณัฐวุฒิ มิ่งขวัญ แสงเดือน ศรีวรสาร สิราลักษณ์ ผดุงสมัย กาญจนา แสงพรมชารี สุภัทรา บุพศิริ ญดา คำมาพงศ์เตโชกิจ วินิทรา ไพรใหม่ ณัฐขวรรณ เหล่าสุวรรณ นิตยา คุตะโค รัชนี ศรีแสน
81	การพัฒนาและผลของโปรแกรมบำบัดยาเสพติดต่อการหยุดเสพในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดเด็กและวัยรุ่น สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น	ชัยณรงค์ ศรีละคร นภาพร คำแพงเมือง วัชราภรณ์ วิทยานุกูลลักษณ์ ศศิวิมล วัลย์เครือ รพีพรรณ ชาทองยศ กรพินธุ์ ดวงทองพล พรปิยา ลักขณาศรีวงษ์ ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม
82	ผลของโปรแกรม D-METHOD ต่อความพร้อมของผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา	สถาบันราชานุกูล	นันท์วิภา วนธารกุล โสภณ สวัสดิ์ ธันยรัตน์ เดช
83	ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องเพศต่อสมรรถนะของผู้ดูแลในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย	สถาบันราชานุกูล	เสาวลักษณ์ ช่างสมบูรณ์ กิ่งแก้ว พิมพ์ภักดี วิลาสินี เสถียร
84	ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองต่อความรู้ และทักษะการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 1.6 ปี – 5 ปี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วย DD สถาบันราชานุกูล	สถาบันราชานุกูล	พิมพ์ชนก กล้าฤทธิ์ธน รัตน์ณภัทร พรหมชู ทหัยกาญจน์ เกี๊ยวสันเทียะ
85	ผลของการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กดาวน์ซินโดรมวัยก่อนเรียน	สถาบันราชานุกูล	อัญชรส ทองเพ็ชร เสาวลักษณ์ ช่างสมบูรณ์ เยาวลักษณ์ วีระเทศ

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
86	สานพลังโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน: คืนผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่สังคม	สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	วันใหม่ วุ่นแก้ว ศศิตา หมัดเหล็ม
87	นวดไทย หายคูณสอง ฟื้นกาย ฟื้นใจ ด้วยนวดไทยสร้างอาชีพ: การพัฒนาระบบบริการฝึกอาชีพนวดแผนไทยสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	วิษณุ ครึ่งธิ พีรนัฐ สายกนก พริบพันดาว รักษ์ธรรม อรกัญญา ปกณ์เสรี อาซีหย๊ะ ยีหมัด
88	การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างไร้รอยต่ออบอุ่นและปลอดภัย	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	สุลินดา จันทรเสนา
89	การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่อง รูปแบบการส่งต่อกลับเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ธาลินี วรรณสา
90	เข้าถึง เข้าใจ เพื่อความปลอดภัยในชุมชน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	สุพรรณี แสงรักษา
91	ความรักผู้ป่วยจิตเวชได้กลับไปสู่อ้อมกอดครอบครัว	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	วันวิสา สู่โนนทอง
92	กลยุทธ์กระบวนการเชื่อมโยงชุมชนครอบครัวในผู้ป่วยนิติจิตเวช	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	พรหรหม ปานทอง
93	การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ Psycho Somatic Alert: ชักเกร็ง เช็กร่าง ป้องกันเสี่ยง	คลินิกสุขภาพใจผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	สุภาคินี ใจห้าว สัตฎิยาภรณ์ รุจิธนพร
94	รายงานการประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในเยาวชน (10–12 ปี)	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	จุฬาลักษณ์ จันทรเสนา กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์[1]
95	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พระพุทธบาท SMI-V care team	โรงพยาบาลพระพุทธบาล	นุษณี เอี่ยมสอาด ทีมรักษ์ใจ
96	การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) แบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน	โรงพยาบาลพระพุทธบาล	นุษณี เอี่ยมสอาด ทีมรักษ์ใจ

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
97	ความรอบรู้สุขภาพจิตกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	สิริชัย เมี้ยนมิตร ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง
98	การพัฒนาแนวทางการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีในหอผู้ป่วยในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วย GENTLE SMART GUARD	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	สายฝน โรจน์พานิช
99	ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลในการจัดการพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติและภาระผู้ดูแลในผู้ป่วยสมองเสื่อม	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์[1] สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[2]	กนกกาญจน์ กองพิธี[1] พงศธร พหลภาคย์[2] ภัทรี พหลภาคย์[2] รินภา อภิสิทธิ์ ภิญโญ[2]
100	พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลควนโดน	ซอร์ฟีเย๊าะ สองเมือง อุบลวรรณ ดวงดี
101	เภสัชกรจิตเวชกับบทบาทเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา: เสริมพลังใจ ลดอาการข้างเคียง	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	ธีรภาดา เกียรติแสนเงิน นิธิศ สุริย์
102	ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	ประณีต ชุ่มพุทรา ธัยญพัฒน์ สระบุรี ขนิษฐา ชุ่มสุข วาสนา จินากลึง ปริมประภา มากชุมแสง
103	โครงการพัฒนาระบบศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	อรวรรณ แก้วอนันต์ ศศิพัช เอี่ยววัฒนา รัตนภรณ์ พันธุ์สุวรรณ
104	ประสิทธิผลของนวัตกรรมการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จังหวัดยะลา	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลยะลา	สมยศ ชายเกตุ
105	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแก้งคร้อ	ภาคิน อำรุงจิตชัย
106	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2568	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	ทัตพงษ์ อาจนนลา

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
107	อสม.ใกล้บ้าน ร่วมใจ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง	เสาวนีย์ วงษ์โสภากุล
108	ปากพะยูน เฝ้าระวังสุขภาพใจ ไร้ความรุนแรง	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง	อาภรณ์ สุระกำแหง
109	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	อุไรวรรณ นิลเต่า เจนจิรา สมหงส์ ภัทรานิษฐ์ ทองตันไตรย์ จริยา สอนภักดี
110	พัฒนาการบำบัด และป้องกันโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ด้วยหลักศาสนาอิสลามในวัยรุ่น ผ่าน PATTANI MODEL อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	สุไรยา สามอ
111	การเข้าถึงบริการจิตเวชของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้า ในเขตกรุงเทพมหานคร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา[1] โรงพยาบาลศิริราช[2], โรงพยาบาลรามาธิบดี[3], โรงพยาบาลราชวิถี[4], โรงพยาบาลวชิรพยาบาล[5], โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์[6] โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย[7] โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ[8]	พงศกร เล็งดี[1] สุทธา สุปัญญา[1] พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ[1] ณัฐปกรณ์ โพธิ์ทอง[1], สิริวัฒน์ สุวัฒนปรีดา[1] กมลเนตร วรรณเสวก[2] ดาวชมพู นาคะวิโร[3] ยุติธรรม เชิญอักษร[4] นิจวรรณ เกิดเจริญ[5] โชติมันต์ ชินวรารักษ์[5] วิรัลพัชร กิตติธะระพันธุ์[6] เมธีวัชร์ ชิตเดชะ[7] พลภัทร สิโรดม[8]
112	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4	โรงะยาบาลศรีธัญญา	ระวิวรรณ เติมวาณิช อนงค์นุช ศาโศรก ปพิชญา ทวีเศษ

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
113	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดน่าน	ผงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ทุกอำเภอ ในจังหวัดน่าน	ชลทิกา เชียงหนุ้น ปรีชวิชญ์ พรมจักร ปิยะพงษ์ มาแก้ว ปิยดา ขุนชุ่ม วีระ เอกอนันต์กุล, กรรณิการ์ เลื่อมใส จิรนันท์ ศิริเดชากุล
114	ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ติดสุรา	โรงพยาบาลสวนปรุง	จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์[1] ธรัญญา ดีกัลป์ลา อรพิมล ตันยศ อารีรัตน์ บุญรักษา สาวิตรี ศตคุณากร
115	ภัยสุรากับความรุนแรงในครอบครัว	โรงพยาบาลสวนปรุง	จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์ ธรัญญา ดีกัลป์ลา อรพิมล ตันยศ อารีรัตน์ บุญรักษา สาวิตรี ศตคุณากร
116	การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ดุแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย	โรงพยาบาลสวนปรุง	จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์ ธรัญญา ดีกัลป์ลา อรพิมล ตันยศ อารีรัตน์ บุญรักษา สาวิตรี ศตคุณากร[1]
117	Green Clinic: คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน ด้วยกลไก “3 หมอ” เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย สร้างสังคมโรงเรียนไร้ความรุนแรง	โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์	พรรณนิภา พรอมตระกูล
118	รายงานกรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเฮโรอีนด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยา	ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี[1], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์[2]	สุภาพ พลสำโรง อาร์ชวี เสริมสกุล[2]

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
119	โครงการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงซึมเศราและฆ่าตัวตายในโรงเรียนพื้นที่นำร่องจังหวัดขอนแก่น “วัยรุ่นติดเกราะ Mental Health Shield for Youth”	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม ปาณิสรา นันตะวงษ์ มาลิณี ศรีวงค์จันทร์
120	การรวบรวมความรู้และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้ Generative Ai และการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	กฤษณ์ ลำพุทธา
121	ผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ภายใต้กลไก 3 หมอ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8	รัฐธีร์ วรรณโกษิตย์
122	การพัฒนาหลักสูตรการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจละเอียดระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต สำหรับนักจิตวิทยา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8	ชญานันทน์ ขันธะชัย
123	แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลดความรุนแรงในสังคม ศึกษาบริบทในต่างประเทศ ระยะ 5 ปี	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	กฤษณ์ ลำพุทธา
124	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	ณัฏฐนันท์ โปธิ โฆษิต กัลยา อรทัย เจียมดำรัส สุรินทร อิวปา พุทธชาด ศรีสุวรรณ์
125	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เขตสุขภาพที่ 1	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	ชฎาธาร ใจกว้าง ณัฏฐนันท์ โปธิ
126	ผลของการเสริมสรางความคิดและพฤติกรรมการนอนหลับตอคุณภาพชีวิตในผูปวยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร	กัณณวันฑ สกูลหรัง บัณฑิต คงประสิทธิ์ รักษิณา พรมทองบุญ
127	การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ	รุจิรา อำพันธ์

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
128	Prevalence and Clinical Correlates of Hyperprolactinemia in Patients Treated with Prevalence and Clinical Correlates of Hyperprolactinemia in Patients Treated with Psychotropic Medications in Psychiatric Hospitals	Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand[1], Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Thailand[2]	Apiradee Sang-ngam[1] Chompoonuch Werawattanachai[1] Kamonrat Somrak[1] Sipanut Silaket[1] Tuanthon Boonlue[2]
129	Voice of Change: สื่อสารด้วยใจ หยุดใช้ความรุนแรง	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	ณัฐปภัสร์ นาคะวิโรจน์ สุคนธวรรณ สุวรรณเรืองศรี เสาวคนธ์ สุดตรง

9. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีน

ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์[1], เบ็ญจา นิ่มนวล[1], ปาณิสรา อินทร์กันทุม[1], อมรรัตน์ บุญหนัก[1],
นพพร ลาดบัวขาว[1], เนตรชนก แก้วกันทา[2],
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต[1], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[2]

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยสังคมและปัจจัยปกป้องในการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีน

วิธีการ:การวิจัยแบบผสมผสาน ในรูปแบบวิจัยแบบพร้อมกัน วิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 85 คน วิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม แบบสอบถามการกลับไปเสพซ้ำ

ผล: 1. ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็น ดังนี้ 1) การรับรู้สถานการณ์ปัญหาแอมเฟตามีนในชุมชน 2) ปัจจัยการกลับไปเสพซ้ำ 3) การรับรู้อาการผิดปกติหลังกลับไปเสพซ้ำ 4) ผลกระทบจากพฤติกรรมการกลับไปซ้ำ 5) เหตุผลที่ทานยา & ไม่ทานยา 6) รับมืออาการคลุ้มคลั่งในครอบครัว 7) การร่วมงานระหว่างภาครัฐกับชุมชน 8) การป้องกันในชุมชน 9) เหตุผลที่พยายามจะเลิกเสพ 10) ปัญหาในการกลับไปเสพซ้ำ และ 2. ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า 1) ปัจจัยประสบการณ์เลวร้าย พบว่า เคยกระทำความผิดทางอาญา ร้อยละ 41.30 2) ปัจจัยพฤติกรรมพบว่า มีการใช้ร่วมกับสุรา ร้อยละ 52.30 3) ปัจจัยควบคุมพฤติกรรม พบว่า ไม่สามารถปฏิเสธได้ ร้อยละ 51.30 4) ปัจจัยครอบครัว พบว่า ความขัดแย้งภายในครอบครัว ร้อยละ 78 5) ปัจจัยสังคม พบว่า มีแหล่งมั่วสุม ร้อยละ 78 6) ปัจจัยปกป้อง พบว่า มีความตั้งใจรักษา ร้อยละ 29 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ไม่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำ

สรุป: การกลับไปเสพซ้ำ พบหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมในพื้นที่ได้

คำสำคัญ: การกลับไปเสพซ้ำ ผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีน

10. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์[1], เทอดศักดิ์ เดชคง[2] จุฬาพันธุ์ เหมกูล.[1] อัญชลี วิจิตรปัญญา[1],
เบ็ญจา นิ่มนวล[1], ปาณิสรา อินทร์กันทุม[1],นพพร ลาดบัวขาว[1],
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต[1], สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อเปรียบเทียบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มที่ได้รับการการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimentalresearch) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two – group pretest – posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษา จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน ในระยะเวลาที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ 2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผล: 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษากก่อนทดลอง หลังทดลองทันและระยะติดตามผล 1, 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันและระยะติดตามผล 1,3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

สรุป: การเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรักษา เป็นการมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างเป้าหมายใช้เวลา 5 – 10 นาที ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง อย่างไรก็ตามควรมี การติดตามผลในระยะยาว เกี่ยวกับความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนการรักษา จิตเภท

11. การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด 19 ที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์[1], เพ็ญสุดา ไชยเมือง.[1] ,เบ็ญจา นิ่มนวล[1], ปาณิสรา อินทร์กันทุม.[1],
นพพร ลาดบัวขาว[1], พิชญ์พงศ์ คงนาวัง[1], อมรรัตน์ บุญหนัก[1], เยาวลักษณ์ ตั้งวงศ์[1],
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด 19 ที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าและเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อภาวะซึมเศร้าและความมีคุณค่าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด 19 ที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า

วิธีการ: การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis Retrospective) ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นช่วงการปฏิบัติงานในสถานการณ์โควิด เมษายน 2564 – พฤษภาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณาและสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผล: 1) ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลองทันและระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ก่อนทดลอง หลังทดลองทัน ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

สรุป: การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด 19 ที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า เป็นบริ การทางเลือกที่เข้าถึงได้ง่าย แต่ข้อจำกัดของการเลือกแนวคิดในการบำบัดที่จำเป็นต้องมีการสื่อสารสองทางยังคงไม่เหมาะสมเท่าที่ควรในการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ ยังคงมีประสิทธิผลในการให้บริการได้อย่างดี

คำสำคัญ: ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ คุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า หลังติดเชื้อโควิด 19 การปรับพฤติกรรมความคิด

12. การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดระบบสมัครใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

นารินทร์ ประชุมรักษ์
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้บำบัด ได้รับการบำบัดฟื้นฟูแบบครบวงจร ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยทีมสหวิชาชีพ อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และ ปลอดภัย กลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ โดยไม่เสพสารเสพติดซ้ำ

วิธีการ: ให้บริการผู้ติดสารเสพติดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจบำบัด ให้พบแพทย์เพื่อประเมินอาการทางจิต หากไม่พบอาการทางจิตและพิจารณาให้เข้ารับการบำบัด ประเมินแรงจูงใจต่อการเลิกสารเสพติด ความต้องการช่วยเหลือทางสังคม ประเมินระดับความรุนแรงในการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน V2 ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมินBPRS และพิจารณาใช้แบบประเมินอื่นๆร่วมด้วยตามสภาพปัญหา ให้การบำบัดแก่ผู้เข้าบำบัด โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าบำบัดได้บอกความคาดหวัง ความต้องการของตนเอง และให้การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ซึ่งบูรณาการร่วมกันระหว่างแนวคิด FAST Model และ Matrix program ระยะการบำบัดผู้ป่วยใน 6 สัปดาห์ หลังครบบำบัดประเมินแรงจูงใจการหยุดใช้สารเสพติด (Stage of chage) และนัดมาบำบัดต่อแบบผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน จนครบระยะ 4 เดือน ผู้บำบัดจะได้รับใบประกาศนียบัตรรับรองผลการบำบัด

สรุป: หลังจากเปิดศูนย์บำบัดตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 จนถึง 16 พฤษภาคม 2568 มีผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน 260 ราย

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ระบบสมัครใจ

13. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตามของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

Factors affecting treatment and continued care and follow – up of psychiatric drug patients

ชลลดา จารุศิริชัยกุล[1], บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์[1] สัมพันธ์ พัฒน์ศร[2], พูลสวัสดิ์ เที่ยงหนู[1], อุษา เขตรเขื่อน[1]
กรมสุขภาพจิต [1], โรงพยาบาลศรีธัญญา[2]
[4] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, กรมสุขภาพจิต
[5] นักวิเคราะห์นโยบายและแผน, กรมสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตามของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
วิธีการ: เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีรหัสวินิจฉัย F10.xx–F19.xx (ยกเว้น F10.xx และ F17.xx) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในหน่วยบริการจิตเวช จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ แบบจำลองสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (multiple linear regression model)
ผล:ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตามของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีผลทางลบ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา (แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง) ลดลงประมาณ 1.05 ครั้ง ($p = 0.0010$) ผลการคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตพบว่ามีอาการพูดจาเพ้อเจ้อ ลดลงประมาณ 0.55 ครั้ง ($p < 0.001$) และอาชีพรับจ้าง ลดลงประมาณ 0.27 ครั้ง ($p = 0.0340$) ปัจจัยที่มีผลทางบวก ได้แก่ สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกคือเพื่อนชวน เพิ่มขึ้นประมาณ 0.33 ครั้ง ($p = 0.0220$)
สรุป (Conclusion) การบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่องได้ครตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตและการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

คำสำคัญ: ปัจจัย, การบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์, ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

14. ผลของรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์[1], สาวิตรี สุริยะฉาย[1], เวนิช บุราชรินทร์[1],
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ
วิธีการ: การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะ 2 สัปดาห์ และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย การวัดผลด้วยการติดตามความคิดฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 วัน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
ผล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยความคิด ฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 วัน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์
สรุป รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพยาวนานถึง 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย

คำสำคัญ ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย

15. สูงวัยใจสู้ สู่สังคมไร้ความรุนแรง

วนิดา บุญพ่วง[1], รัตน์ติกาล วาเพชร[1], ศจี รุกขวัฒนกุล[2], อานนท์ ฉัตรทอง[1]
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต[1], กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจระดับพลังใจผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วงก่อนและหลังการดำเนินงานเสริมสร้างพลังใจผู้สูงอายุในเขตสุขภาพ
วิธีการ: เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง จากผู้สูงอายุที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ในเขตสุขภาพที่ 1–12 และกทม. ในช่วงก่อนการดำเนินงาน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – มีนาคม 2567 จำนวน 5,023 คน และช่วงหลังการดำเนินงาน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2567 จำนวน 5,117 คน ด้วยแบบประเมินพลังใจสำหรับผู้สูงอายุ 3 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test
ผล: ในช่วงก่อนการดำเนินงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพลังใจในระดับมาก ร้อยละ 89.4 โดยเขตสุขภาพที่ 7 มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีพลังใจในระดับมากสูงที่สุด คือร้อยละ 98.5 สำหรับในช่วงหลังการดำเนินงาน พบว่าระดับพลังใจระดับมากเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 93.1 โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 4 และ 5 ที่มีผู้สูงอายุที่มีพลังใจระดับมากสูงที่สุด ร้อยละ 100 ทั้งนี้ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพลังใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นต้น
สรุป จากการศึกษานี้ ควรดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นพื้นที่ที่มีระดับพลังใจน้อย และปรับกิจกรรมให้เหมาะสมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน
คำสำคัญ ผู้สูงอายุ, พลังใจ, สุขภาพจิต

16. การตีตราตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพที่ 2

ธีรศักดิ์ ทรายคำ[1], ณัฐพล พูลวิเชียร[1],เอมวิกา เอมสอาด[1]
โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับของปัญหาการตีตราตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและเพื่อวางแผนดำเนินการช่วยลดปัญหาการตีตราตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพที่ 2
วิธีการ: การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการการรักษาโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จำนวน 361 คน จากตารางของ Krejcie & Morgan (1970) เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Wahl (1999) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผลก: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการตีตราตนเองในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.17) การตีตราตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.88) และการตีตราตนเองในระดับสูง (ร้อยละ 28.25)
สรุป: การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย การลดการตีตราตนเองของตนเองและสังคม ผ่านการดำเนินการวางแผนดำเนินการ เช่น การจัดโครงการเสริมสร้างพลังใจ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนจะช่วยลดปัญหาการตีตราตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพที่ 2 ได้
คำสำคัญ: การตีตราตนเอง, เขตสุขภาพที่ 2, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคจิตเภท

17. การพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

จุฑามาส ถนอมพงษ์ชาติ[1], นัตตญา เวียงจันดา[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา[1]

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการ: การวิจัยและพัฒนา ตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ส่วนที่ 1. การพัฒนาโปรแกรมจำนวน 4 ขั้นตอน 1.การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา 2.การกำหนดกรอบแนวคิด 3.การออกแบบและจัดทำต้นร่าง 4.การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ส่วนที่ 2 ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยมีโรค F10.0 – F10.9 จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามเก็บข้อมูลทั่วไป โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

ผล: โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1. การให้โภชนบำบัด 2. การให้โภชนศึกษา 3. การติดตามและประเมินผล หลังกลับบ้าน 4 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายปกติสูงกว่าก่อนทดลอง การประเมินผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p – value 0.002และ 0.0369 ตามลำดับ

สรุป: โปรแกรมการให้โภชนบำบัด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความรู้การดูแลสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาทุพโภชนาการ นักโภชนาการมีโปรแกรมใช้ในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: การให้โภชนบำบัด, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ความรอบรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ,

18. การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยนิติจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยสุราและสารเสพติดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เบ็ญจมาศ พฤฒมารา[1], วิภาพร สิทธิจันทร์[1],
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยนิติจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และเปรียบเทียบสถานการณ์ผู้ป่วยฯ จำแนกตามแหล่งนำส่ง ประเภทคดี และกลุ่มโรคทางจิตเวช

วิธีการ: การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยฯ ข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลา เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลผู้ป่วยนิติจิตเวช เดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2567 จำนวน 60 เดือน จำแนกตามรหัสกลุ่มโรค จำนวนรายและคน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผล: มีผู้ป่วยนิติจิตเวชมารักษาในสถาบันฯ (รวมผู้ป่วย พ.ร.บ.) ปี 2563–2567 จำนวน 630 ราย (85 คน) 399 ราย (83 คน) 464 ราย (98 คน) 410 ราย (92 คน) และ 391 ราย (72 คน) โดยปี 2566 ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยสุราและสารเสพติด พบมากคือ ผู้ป่วยสารเสพติด โรค F11–F19 จำนวน 15 ราย ผู้ป่วยสุรา โรค F10 จำนวน 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 30–39 ปี มีประวัติทำร้ายตัวเอง 7 ราย มีที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 แหล่งนำส่งมาจากศาล เรือนจำ และสถานีตำรวจ ประเภทคดี พยายามฆ่า ขมขืน วางเพลิง สารเสพติด ทำร้ายผู้อื่น และพกพาอาวุธ สถาบันฯ จึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้รับบริการนิติจิตเวชและผู้ป่วยสุราและสารเสพติด เน้นเรื่องประเมินความเสี่ยงและสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมและไม่ก่อคดีซ้ำ

สรุป: ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชและผู้ป่วยสารเสพติด ประเมินความเสี่ยงและดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายไปยังชุมชน เพื่อให้มีความพร้อมและปลอดภัยกับครอบครัว ชุมชนและสังคม

คำสำคัญ สถานการณ์ ผู้ป่วยนิติจิตเวช ผู้ป่วยสุราและสารเสพติด

19. ผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ธิดารัตน์ ประพันธ์
รพ.ท่าวังผา อ.ท่าวังผา จ.น่าน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และภาวะซึมเศร้า รวมถึงความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการ: รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research)ศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มทดลองและเปรียบเทียบผู้สูงอายุ ตำบลป่าคา 20 คน เครือข่ายสุขภาพ 25 คน ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง 40 คน ผู้สูงอายุ ตำบลท่าวังผา 20 คน เครือข่ายสุขภาพ 25 คน ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง 40 คน โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์

ผล: พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป: โปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมให้มีการขยายผลใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม

20. ผลของโปรแกรมสร้างสรรค์พลังใจให้วัยทีนผสมผสานแอนิเมชันต่อความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

พิสมัย ทิพย์วารี
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่ผสมผสานสื่อแอนิเมชันต่อความเข้มแข็งทางใจ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังในวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี จำนวน 31 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โปรแกรมบูรณาการแอนิเมชันใน 10 กิจกรรมตาม 3 องค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ ฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ ดำเนินการ 3 วัน วัดผลก่อนหลังและติดตาม 1 เดือน ใช้แบบวัด RS-15 และ PHQ-A วิเคราะห์ด้วย paired t-test และ Pearson's correlation

ผล: ความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.46$, $p = .01$)

สรุป: โปรแกรมมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แอนิเมชันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการแทรกแซงทางจิตสังคม สามารถเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อไป

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย,ความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น, แอนิเมชัน

21.ผลของโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านการพยาบาลทางไกลต่อการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน

จุฑารัตน์ พิลา[1], อรนลิน สิงขรณ์[2]
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์[1], สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านการพยาบาลทางไกล รวมถึงติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน

วิธีการ: การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากแอมเฟตามีน จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านการพยาบาลทางไกลเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมวันเว้นวัน ครั้งละ 45-60 นาที รวมระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับสมองติดยา การตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดการกับตัวกระตุ้นและอารมณ์ ทักษะการปฏิเสธและการสื่อสาร และแผนการป้องกันการเสพซ้ำ ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Independent t-test และ Two-way ANOVA)

ผล: หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มควบคุม

สรุป: โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการป้องกันการเสพซ้ำ จึงควรขยายผลสู่บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ห่างไกล และศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลระยะยาว รวมถึงปรับใช้กับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดประเภทอื่น

คำสำคัญ: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การป้องกันการเสพซ้ำ การพยาบาลทางไกล ผู้ป่วยจิตเวช แอมเฟตามีน

22. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยชุมชน

จิรารัตน์ ทรัพย์เจริญ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากการใช้สารเสพติด

วิธีการ: ศึกษารายกรณีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวและชุมชนปฏิเสธการรับกลับจากโรงพยาบาล หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล ได้ผ่านการวินิจฉัยปัญหาทางสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางสังคม นักสังคมสงเคราะห์จึงจัด เวทีประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยครอบครัว อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน วิเคราะห์หาแนวทางการดูแลแบบมีส่วนร่วมโดยมีเครือข่ายทางสังคม เช่น พมจ. ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัด เกษตรอำเภอ ตำรวจ เจ้าหน้าที่ปกครอง และเครือข่ายสาธารณสุข โดยให้การส่งเสริมอาชีพ เสริมสร้างและฟื้นฟูทักษะทางสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การพึ่งตนเองและการมีงานทำ ให้ข้อมูลเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผล: พบว่า ครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีความรู้ในการรับมือหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงในช่วงขาดยาและช่วงมีความเครียดสูง มีการเฝ้าระวังเชิงรุกโดย อสม. เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ การสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชน รวมถึงการประสานงานกับตำรวจและองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ และไม่กลับมารักษาซ้ำ ครบ 1 ปี

สรุป: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย การสร้างความรู้และความเข้าใจร่วมกันเป็นกุญแจสำคัญในการลดพฤติกรรมรุนแรงและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรง การดูแลโดยชุมชน

23. พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ และสุขภาพจิตที่ดี ในการช่วยผู้ป่วยคลินิกเลิกบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อไม่ก่อให้เกิดพิษภัยต่อสังคม ผ่าน SMOKE MODEL โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

นายอับดุลเลาะ อับดุลซอมะ[1], จำนงค์ แก้วนาวี[1], เสาวรส รัตนไพบูลย์[1],
โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วัตถุประสงค์: พื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ และสุขภาพจิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยในคลินิกเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้แนวทาง SMOKE MODEL รพ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี และเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย และป้องกันพิษภัยต่อครอบครัวและสังคม

วิธีการ: คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ โดยคัดจากผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป /ผ่านการประเมินว่ามีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ /ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกครั้งแบบสอบถามที่ใช้ คือ แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ /แบบประเมินสุขภาพจิต /บันทึกผลการเข้าร่วมกิจกรรม และการติดตามผล ดังนี้1.ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์ดำเนินกิจกรรมตามหัวข้อ SMOKE MODEL (ครั้งละ 30 นาที)2.หลังจบโปรแกรมทันทีทำการวัดผลอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน 3.ติดตามผล (Follow-up) วัดผลซ้ำอีกครั้ง หลังจบโปรแกรม 1 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของผลลัพธ์ และ 4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสถิติ เช่น SPSS

ผล: การวิจัยในครั้งนี้จะพัฒนาโปรแกรมผ่าน SMOKE MODEL ประกอบไปด้วย ดังนี้ 10 Survey : สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพจิตและแรงจูงใจในการเลิก 2.Mental Health : จัดกิจกรรมรายบุคคลเพื่อเสริมพลังใจ เช่น ให้คำปรึกษา สะท้อนตนเอง การฝึกสติ 3. Observation Online : ใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามผล และให้กำลังใจผ่าน Line หรือแอปพลิเคชัน 4.Knowledge : ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ การเลิกบุหรี่ และดูแลสุขภาพจิตด้วยสื่อเข้าใจง่าย และ 5.Effective : ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วยแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมก่อน-หลังเข้า ผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมสุขภาพจิต และอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จภายในระยะสั้น (3 เดือน) สูงถึง 47%

สรุป: 1.ผู้เข้าร่วมมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) 2.60% สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้หลังจบโปรแกรมทันที และ40% ยังคงไม่กลับไปสูบซ้ำเมื่อประเมินติดตามหลัง 3 เดือน

คำสำคัญ : พลังใจ / สุขภาพจิต / คลินิกเลิกบุหรี่ / พิษภัยสังคม / SMOKE MODEL

24. โซเชียลพาเศร้า ครอบครัวพาใจ ชีวิตปลอดภัย ไร้ความรุนแรง

ปาริชาต ศาสนัส[1], จุฑารัตน์ พิลา[1],
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหาการใช้สื่อออนไลน์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง(SMI-V1) และศึกษาผลการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง

วิธีการ: สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สื่อออนไลน์แล้วมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 1 ก.ค.2566-30 เม.ย.2567 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว 3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาทีต่อเดือน โดย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชและผลกระทบของสื่อ 2) เสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในครอบครัว 3) การวางแผนใช้สื่ออย่างปลอดภัยโดยมีครอบครัวร่วมกำกับอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน PVSS และแบบประเมิน Family APGAR หลังให้คำปรึกษา 1 เดือน

ผล: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง (90%) อายุเฉลี่ย 34 ปี พบว่า สื่อออนไลน์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ การเล่นพนันออนไลน์ (60%) เล่นเกม (45%) และการหลอกลวงออนไลน์ (30%) เช่น ซื้อของออนไลน์ เล่นเฟสจนมิจฉาชีพหลอกให้โอนเงิน หลอกไปล่วงละเมิดทางเพศ/ข่มขืน พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง คือ กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย แขวนคอ กินน้ำยาล้างห้องน้ำ กระโดดน้ำ และรมควัน หลังให้คำปรึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองซ้ำ ร้อยละ 80 ครอบครัวเข้าใจและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และไม่ซ้ำเติมผู้ป่วย ร้อยละ 85

สรุป: การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผล ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจากการใช้สื่อออนไลน์ในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ: โซเชียล สื่อออนไลน์ การให้คำปรึกษาครอบครัว พฤติกรรมรุนแรง

25. การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเขตสุขภาพที่ 2

สาวิตรี ฉิมหัวร้อง
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2

วิธีการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,020 คน เขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) กรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลจากค่าความถี่ ร้อยละ หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi square และ logistic regression

ผล: ผู้สูงอายุกลุ่มสังคม จำนวน 1,020 คน เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.6) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54) การศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 68.9) สถานภาพคู่ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 53.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.7) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 59.7) มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 11.3) มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 2.7) พบว่า เพศหญิง รายได้ไม่เพียงพอ ประกอบอาชีพเกษตรกรและอาชีพว่างงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เขตสุขภาพที่ 2

สรุป: จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสาเหตุอาจเกิดจากการใช้ชีวิตคู่ที่ไม่เข้าใจกัน น้อยใจ ถูกกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว ว่างงาน ไม่มีอาชีพ มีรายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ปรับความคิดเชิงบวก เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย

26. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

วิรัช วัฒนา[1], เบ็ญจา นิ่มนวล1, ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์[1],
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ [1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

วิธีการ: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimentalresearch) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two – group pretest – posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 25 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน ในระยะเวลาที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) 2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผล:1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ควรนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และสามารถลดพฤติดรรมการดื่มได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการดื่มสุรา โรคจิตเภท

27. วิธีป้องกันแสงต่อผลการตรวจวิเคราะห์ระดับวิตามินดีในเลือด

พิชาดา เลาหวนิช[1], อรวรรณ ศิลปกิจ[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบวิธีป้องกันแสงที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์ระดับวิตามินดีในเลือด

วิธีการ: เป็นการเปรียบเทียบวิธีป้องกันแสงที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์ระดับวิตามินดีในเลือด 3 วิธี 1)การห่อด้วยฟอยล์ 2)การห่อด้วยกระดาษเอสี่ชนิดมวลมาตรฐาน 80 กรัม และ 3)ไม่มีการห่อ โดยที่ทั้ง 3 วิธี หลอดจะบรรจุในซองพลาสติกสีชาหลังการเก็บเลือด วัดระดับ 25–hydroxyvitamin D (25(OH)D) ในซีรั่ม ด้วยวิธี chemiluminescent immunoassay ด้วยเครื่อง Siemens Diagnostics ADVIA Centaur กลุ่ม ตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกที่มารับบริการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลศรีธัญญาตามคำสั่งแพทย์ปกติ ณ ห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์สถิติด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 25(OH)D ทั้ง 3 วิธี ด้วย ANOVA และผลต่างของ 90% confident interval ของค่าเฉลี่ย (90%CI mean)

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (13 คน) อายุเฉลี่ย 48.4 ปี (SD=12.3) ผล 25(OH)D มีค่า ระหว่าง 16.89 ถึง 85.03 ng/mL ทั้งนี้ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 3 วิธีอย่างมีนัยสำคัญ ค่า 90%CI mean25(OH)D จากทั้ง 3 วิธีคือ 32.19(26.70, 37.68) 32.54(27.11, 37.97) และ 31.33(25.70, 36.96) ng/mL ตามลำดับ โดยที่มีความแตกต่างระหว่างการห่อด้วยฟอยล์และซองพลาสติกสีชาคือ [0.1, 1.62]

สรุป: วิธีการป้องกันแสงด้วยการห่อด้วยกระดาษเอสี่ไม่แตกต่างจากการห่อด้วยฟอยล์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม ตัวอย่างที่มีค่า 25(OH)D ในช่วงดังกล่าว อาจจะต้องศึกษาเพิ่มเติมในจำนวนมากขึ้นต่อไปครอบคลุมระดับ 25(OH)D ที่นอกจากที่ศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ : ระดับวิตามินดีในเลือด วิธีป้องกันแสง

28. ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจของบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ภาสกร คุ้มศิริ[1], ธีราพร กิตติวงศ์โสภา[1], ศศิญา จันทร์แก้ว[1], อัสมะห์ เซ็งสะ[1],
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจระดับความสามารถในการใช้งาน ความพึงพอใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต

วิธีการ: การศึกษาย้อนหลังจากฐานบันทึกข้อมูลผู้ใช้บริการแชทบอทสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทปัญหาที่มารับบริการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งาน ความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้งาน นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนและทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 230 คน เป็นหญิงร้อยละ 67.0 อายุ 25 – 40 ปีร้อยละ 44.3 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 67.4 ใช้บริการแชทบอทเพื่อสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจิตร้อยละ 36.1 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจต่อแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตในภาพรวม อยู่ในระดับมาก หญิงมีความพึงพอใจต่อแชทบอท มากกกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อแชทบอทมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการใช้งานของแชทบอททุกด้าน ได้แก่ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน

สรุป: แชทบอทเป็นช่องทางที่สามารถนำมาใช้งานให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตเบื้องต้น ซึ่งสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการได้หากแชทบอทมีระดับความสามารถในการใช้งานที่ดี

คำสำคัญ : การปรึกษา, ความพึงพอใจ, ความสามารถในการใช้งาน, แชทบอท, สุขภาพจิต

29. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมรุนแรง

นายอดิศร รักสกุล
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมรุนแรง และเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบองค์รวม

วิธีการ: รูปแบบรายงานผู้ป่วย (Case study) โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ติดสุราและมีพฤติกรรมรุนแรง สนทนาเพื่อการบำบัด 9 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

ผล: ผู้ป่วยมีการกำกับอารมณ์ของตัวเองได้ดีขึ้น สามารถแยกอารม์ทางลบและอารมณ์ทางบวกที่ส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมตัวเอง หลังจากบำบัดครบ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง ติดตามประสิทธิผลของการบำบัดหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนได้อย่างสงบ

สรุป:การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับอารมณ์ (Emotional regulation) สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคจิตเภทที่ติดสุราเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงได้

คำสำคัญ โรคจิตเภท,การติดสุรา,พฤติกรรมรุนแรง

30. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อพัฒนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการเลี้ยงดูเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3

กัลย์ลดา นันทนลาภอำรุง[1], อาทิตนันท์ สมิงนิล[1], นนทิยา ศรีศาลา[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3[1]

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลต่อพัฒนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการเลี้ยงดูเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3

วิธีการ: วิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) มี กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่ ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า จำนวน 771 คู่ ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ฉบับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ และวิเคราะห์คะแนนพัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ ฉบับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผล: 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$ = 1.25, SD = 0.489) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$ = 1.09, SD = 0.291) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$ = 2.13, SD = 0.461) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$ = 1.92, SD = 0.554) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเลี้ยงดูหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$ = 1.93, SD = 0.248) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$ = 1.71, SD = 0.456) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, ส่งเสริมพัฒนาการ, เสริมสร้างวินัยเชิงบวก, ความฉลาดทางอารมณ์, ทักษะการเลี้ยงดู

31. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ธิติมา ณรงค์ศักดิ์[1],พิชญา ชาญนคร[1],
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพุทธิปัญญาบกพร่อง แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว ด้วย Berg balance scale และTime up and go test สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน สถิติไค-สแควร์ สถิติการถดถอยโลจิสติก

ผล: พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 131 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 86.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 44.3 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประถมศึกษา ร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.3 มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.4 มีการล้มในรอบ 1 ปี ร้อยละ 50.4 ความสามารถในการทรงตัวเมื่อประเมินด้วย Berg balance test มีความเสี่ยงล้มปานกลาง ร้อยละ 54.2 และประเมินด้วย Time up and go test มีความเสี่ยงล้มระดับต่ำ ร้อยละ 87.8 อีกทั้งมีระดับพุทธิปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 75.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม คือ การใช้ยา Diazepam ความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง เมื่อประเมินด้วย Berg balance test และพุทธิปัญญาบกพร่อง

ผล: ความชุกในการล้ม ร้อยละ 50.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง คือ การใช้ยา Diazepam ความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง เมื่อประเมินด้วย Berg balance test มีพุทธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การล้ม จิตเภท สูงอายุ

32. พัฒนาระบบการบำบัดและการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน ณ มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา ผ่านระบบบำบัด Lanta model ในยุคโลกาภิวัฒน์

ฏัชรีน มะ
โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการบำบัดและให้คำปรึกษาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน ผ่าน "LANTA MODEL" ให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นและความท้าทายในยุคโลกาภิวัตน์

วิธีการ: ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 150 ราย ณ มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา โดยดำเนินการผ่าน 4 ขั้นตอน: การเก็บข้อมูล แบบโมเดล ทดลองใช้ และประเมินผลตามขั้นตอนดังนี้ 1. ประเมินเบื้องต้น (Pre-test) ดำเนินการตาม 5 ขั้นตอนของ LANTA MODEL ติดตามผลระยะสั้น (Post-test) 4. ประเมินผลต่อเนื่องและวิเคราะห์ข้อมูล

ผลวิจัย: LANTA MODEL ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงลดลง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสังคมดีขึ้น และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น โมเดลนี้แสดงศักยภาพในการเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ การเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้ LANTA MODELกลุ่มผู้ป่วย 150 รายได้รับการประเมินก่อนและหลังการใช้โมเดล โดยคะแนน HCR-20 (ความเสี่ยงก่อความรุนแรง) : เฉลี่ยก่อนทดลอง = 22.7 / เฉลี่ยหลังทดลอง = 16.3 / ลดลงทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) คะแนน BPRS (อาการทางจิตโดยรวม) : เฉลี่ยก่อนทดลอง = 42.1 / เฉลี่ยหลังทดลอง = 30.8 / คะแนนในการดูแลตนเองโดยชุมชนมีส่วนร่วม : เฉลี่ยก่อนทดลอง = 58.2 / เฉลี่ยหลังทดลอง = 74.9 / เพิ่มขึ้นที่ระดับ 0.01

สรุป: LANTA MODEL สามารถลดพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สามารถฟื้นฟูสุขภาพจิตในมิติต่างๆ ให้บริการมีความต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจและลดภาระบุคลากรและชุมชน

คำสำคัญ: สุขภาพจิต / ความรุนแรง / ชุมชน / LANTA MODEL

33. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่เสพสารแอมเฟตามีน: โรงพยาบาลศรีธัญญา

พยอม สิทธิพรมมา[1], สัมพันธ์ พัฒศร[1],
โรงพยาบาลศรีธัญญา

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่เสพสารแอมเฟตามีน

วิธีการช การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่เสพสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่เสพสารแอมเฟตามีนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

ผล: กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.00) และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดตามระยะเวลา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F1,38=23.69,p=.00) นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.00) และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามระยะเวลา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F1.45,55.18=146.43,p=.00)

สรุป: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพิ่มความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชที่เสพสารแอมเฟตามีนได้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้

34. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหายต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในเขตสุขภาพที่ 12

กนกวรรณ บุญเสริม
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดผลหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอายุ 18–60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ระหว่างเดือนตุลาคม 2565–เดือนกันยายน 2567 ตามเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมดมีการจับคู่ด้วย อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย และสุ่มแบบrandom assignment จำนวน 70 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหาย แบบประเมินการฟื้นหายด้านสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย แบบวัดการทำหน้าที่ แบบวัดอาการแมเนียและแบบวัดอาการซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการฟื้นหายด้านสุขภาพจิตเท่ากับ.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที

ผล: การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหาย ($\bar{x}$ =101.09, SD =9.65) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}$ =76.48, SD =10.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุป: พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นหายผู้ป่วยโรคอารมณสองขั้วแบบ PHW

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นหาย, โรคอารมณ์สองขั้ว

35. ปัจจัยคัดสรรด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

บุญธรรม ดีดวง[1]., อัธยา ญาณหาร[1], ศิรินพร เกิดกุลรัตน์1, ดวงพล พวงบุปผา[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งทางใจ ภาวะหมดไฟ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

วิธีการ: .ใช้ข้อมูล Mental Health Check in ปี 2567 (1 ตุลาคม 2566– 30 กันยายน 2567) จำนวน 26,333 คน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และ ตัวแปร ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วย Chi–square และ Multiple Logistic Regression

ผล: จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.0) อายุ 25 –59 ปี (ร้อยละ 58.8) มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 19.2 ปัจจัยที่มีความพันธ์ ได้แก่ อายุ 18–24 ปี มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3.5 เท่า (95% CI = 2.28 – 5.48) และ อายุ 25–59 ปี มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2.6 เท่า (95% CI = 1.73 – 4.15) เมื่อเทียบกับอายุ 60 ปีขึ้นไป ความเข้มแข็งทางใจระดับน้อย มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2.6 เท่า (95% CI = 2.35 – 2.94) ภาวะหมดไฟที่เสี่ยงมากมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 1.6 เท่า (95% CI = 1.40 – 1.78) ความเครียดมากที่สุดมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 5.4 เท่า (95% CI = 4.24 – 6.77) ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 87.6 เท่า (95% CI = 68.83 – 111.63)

สรุป: อายุ ความเข้มแข้งทางใจ ภาวะหมดไฟ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 11

คำสำคัญ : ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย,ภาวะสุขภาพจิต,ประชาชน,เขตสุขภาพที่ 11

36. ผลของการประยุกต์ใช้ 3H Model (Health–Heart–Home) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

จิราพร พันตรา
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Model 3H (Health–Heart–Home) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสนับสนุนการกลับคืนสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน มีผู้เข้าร่วมโครงการ 12 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ปี ระยะเวลาศึกษา เดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568

วิธีการ: 1) วิเคราะห์สภาพปัญหา: จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนและสังเกตการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ขาดทักษะการดำรงชีวิต ไม่มีแผนรองรับหลังจำหน่าย และมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง 2) พัฒนาตามกรอบ 3P ได้แก่ Purpose: เพื่อพัฒนารูปแบบและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง Process: เน้นการสื่อสารเป้าหมาย บันทึกภาพกิจกรรม และPerformance: ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3) ทบทวนศึกษางานวิจัยและแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Psychosocial Rehabilitation) ความสุข 5 มิติ เพื่อนำมาใช้พัฒนา 3H Model ดังนี้ Health: จัดกิจกรรมแสงบำบัดและสวนบำบัด Heart: จัดกิจกรรมสุขสง่า สร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์และลอยกระทง Home: จัดหาแหล่งรองรับในชุมชน 4) ลงมือปฏิบัติและประเมินผล 5) สรุปผล ข้อมูลตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชายเรื้อรังได้รับการบำบัดทางจิตสังคมจนภาวะซึมเศร้าลดลง(ระดับเล็กน้อย) และร้อยละผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชายเรื้อรังหลังได้รับการฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิต(LSA30) มีระดับทักษะ 4 – 5

ผล: ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชายเรื้อรังได้รับการบำบัดทางจิตสังคมจนภาวะซึมเศร้าลดลง เท่ากับ ร้อยละ 100 และร้อยละผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชายเรื้อรังหลังได้รับการฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิต(LSA30) มีระดับทักษะ 4 – 5 เท่ากับ ร้อยละ 94.73 เป็นไปตามเป้าหมาย

สรุป: การใช้ 3H Model เป็นแนวทางหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนและ ส่งผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ไร้ญาติ กลับคืนสู่สังคม สามารถจำหน่ายผู้ป่วยทั้งหมด 3 ราย

คำสำคัญ: จิตเวชเรื้อรัง, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ทักษะการดำรงชีวิต, ซึมเศร้า

37. การศึกษาความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กของนักเรียนในกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา

ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กของนักเรียนในกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ซึ่งเป็นนักเรียนที่มาจากครอบครัวยากจนในประเทศไทย

วิธีการ: การศึกษาเชิงพรรณนาโดยสำรวจในเยาวชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ใน 4 ภูมิภาคในประเทศไทย ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยนักเรียนตอบแบบสอบถามออนไลน์ถึงประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionaire ฉบับภาษาไทย ครอบคลุม การทำทารุณกรรมทางจิตใจ ทางกาย ทางเพศ การละเลยทอดทิ้ง ความรุนแรงในครอบครัว การแยกทางของพ่อแม่ การใช้สารเสพติด เจ็บป่วยทางจิตเวช และการเป็นอาชญากรของสมาชิกในครอบครัว

ผล: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน อายุเฉลี่ย 19.10±1.02 ปี สัดส่วนของเพศชาย คือ ร้อยละ 49.75 กลุ่มตัวอย่างกระจายตัวอยู่ใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 16.5, 27.25, 30.0 และ 26.25 ตามลำดับ การศึกษาพบว่า นักเรียนร้อยละ 44.5 อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างกัน กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ถูกกระทำความรุนแรงทางจิตใจ ทางกาย และทางเพศ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 8.5), 43 คน (ร้อยละ 10.75) และ 22 คน (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดร้อยละ 9.25 ป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 5.75 และเคยติดคุก ร้อยละ 11.75 การสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 75.25 ประสบเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็กอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป

สรุป: ความชุกของประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก พบได้มากถึงสามในสี่ของเยาวชนที่มาจากครอบครัวยากจน จึงควรให้ความสนใจและเฝ้าระวังในเยาวชนกลุ่มนี้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

คำสำคัญ: ความชุก ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก

38. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

สุภาวดี ยาเงิน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากแบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง : กรมสุขภาพจิต รง 506S พ.ศ.2565 – 2567 ทั้งหมดจำนวน 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต รง 506S แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย สถิติที่ใช้ในงานวิจัยคือใช้ข้อมูลทุติยภูมิ(Secondary Data) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วยการวิเคราะห์โคสแควร์

ผล: ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และตัวกระตุ้น พบว่า กลุ่มที่กระทำการฆ่าตัวตายมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนต้น (15–19 ปี) ที่มีสัดส่วนสูงสุด สถานภาพโสดและการไม่มีอาชีพเป็นลักษณะร่วมที่พบบ่อย ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการฆ่าตัวตาย อันเนื่องมาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ขณะที่ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทแสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการกระทำซ้ำหรือการตัดสินใจทำร้ายตนเอง ในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้กระทำส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในตำบลท่าตูม ซึ่งอาจสะท้อนถึงปัญหาเศรษฐกิจและความเครียดในระดับชุมชน วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่คือการกินยาเกินขนาด โดยสัมพันธ์กับความสิ้นหวังและความต้องการความช่วยเหลือ มากกว่าความตั้งใจจริงในการจบชีวิต ปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่พบ คือ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะความรู้สึกถูกตำหนิหรือน้อยใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะถูกตัดขาดทางสังคมและความเครียดจากความสัมพันธ์ที่เปราะบาง

สรุป: ข้อค้นพบชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับชุมชน การสร้างระบบเฝ้าระวังผู้เสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ผู้มีปัญหาทางจิตเวช และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสื่อสารและให้การสนับสนุนทางจิตใจอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: การทำร้ายตนเองซ้ำ, การฆ่าตัวตาย, ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, ปัจจัยด้านตัวกระตุ้น

39. การศึกษาปัจจัยสาเหตุที่สัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เขตสุขภาพที่ 10 : จากการสำรวจสถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปี พ.ศ. 2564

วิรีย์อร จูมพระบุตร[1], กิตติพศ ดำบรรพ์[2], เปียทิพย์ สีดำ[1], สาวิตรี พละบุตร[1],
ไปยดา วิรัศมี[3], ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์[3], ณัฐิยา ชมภูบุตร[1], สุนทรีย์ พันธุ์คำ[2]
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต[1], เขตสุขภาพที่ 102,ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย[3]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2564

วิธีการ: ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากกลุ่มตัวอย่างสำรวจสถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย วัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปี พ.ศ. 2564 ของเขตสุขภาพที่ 10 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1,411 คน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอย และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567

ผล: กลุ่มตัวอย่างมีความสมบูรณ์ของข้อมูล 977 คน มีอายุเฉลี่ย 6.90 ปี ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 99.89 ร้อยละ 54.2 มีระดับเชาวน์ปัญญา ≥ 100 พบว่า เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า มีโอกาสที่เชาวน์ปัญญา ≥ 100 = 3.487 เท่า กลุ่มที่มีบิดาจบการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป มีโอกาสที่เชาวน์ปัญญา ≥ 100 = 1.812 เท่า กลุ่มที่มีมารดาจบการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป มีโอกาสที่เชาวน์ปัญญา ≥ 100 = 1.461 เท่า กลุ่มที่อายุมารดาขณะตั้งครรภ์มากกว่า 20 ปี มีโอกาสที่เชาวน์ปัญญา ≥ 100 = 1.335 เท่า และกลุ่มที่สภาพเศรษฐกิจครอบครัวเพียงพอต่อการใช้จ่าย มีโอกาสที่เชาวน์ปัญญา ≥ 100 = 3.194 เท่า ยิ่งถ้าเด็กมีปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมากเท่าใด ย่อมส่งผลต่อระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กที่สูงมากขึ้นตามไปด้วย

สรุป: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาเด็ก ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง, การศึกษาของบิดาและมารดา, อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ และเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาของเด็ก จึงจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญมาก

คำสำคัญ: ระดับเชาวน์ปัญญา, ประถมศึกษาปีที่ 1, เขตสุขภาพที่ 10

40. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในรูปแบบ “หัวทุ่งโมเดล”

พชรภา ขันทอง[1], หทัยรัตน์ พงษ์ศิริแสน[1], สิริรัตน์ มะโนตา[1], เยาว์ภา ตะเพียนทอง[1],
โรงพยาบาลลลอง ตำบลห้วยอ้อ อำเภอลอง จังหวัดแพร่[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

วิธีการ: พัฒนามาจากรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) ของ พชรภา ขันทอง (2566) นำมาปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ผล: ประกอบด้วย 3 แนวทาง ดังนี้ 1. ในระดับชุมชน มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง การให้ความรู้การประเมินคัดกรอง การเฝ้าระวังการกำเริบของโรคด้วย 5 สัญญาณเตือน การแยกประเภทความรุนแรงของผู้ป่วยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง 2. ในระดับโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสวนปรุง 3. ในระยะจำหน่าย การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย จิตเวชและยาเสพติดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10

สรุป: ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงชุมชน ไม่มีอาการกำเริบของโรคภายใน 3 เดือน จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม,การก่อความรุนแรง

41. ชุมชนล้อมรักษ์(CBTx)ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. แก้ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

สุภาวดี ยาเงิน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ
วิธีการ: การดำเนินงานโครงการ “ชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. แก้ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์” มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับแนวทาง CBTx ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และเครือข่ายภาคีต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
ผล: ผลจากการดำเนินงานทำให้เกิดชุมชน CBTx เพิ่มขึ้นจาก 1 เป็น 4 แห่ง ส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งขึ้น ลดความขัดแย้งในครอบครัวจำนวนทั้งหมด 191 คน ชุมชนเข้มแข็งขึ้นเกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ บ้านหนองบัว ม.14 จำนวน 65 คน บ้านโพนครก ม.1 จำนวน 76 คน บ้านหนองไม้ถี่ ม.1 จำนวน 50 คน และมีเวทีประชาคมใน 3 ชุมชนเพื่อป้องกันยาเสพติด ผู้ป่วยจำนวน 6 รายใน 3 ตำบล เข้าสู่การบำบัดอย่างสมัครใจ ได้รับการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยความสำเร็จสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ความเข้าใจของชุมชน การใช้ระบบติดตามผลรายบุคคล และการประยุกต์ใช้แนวคิด “TOP Model” ในการจัดกิจกรรมบำบัดในชุมชน
สรุป: แนวทาง CBTx จึงเป็นนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่อาศัยพลังชุมชนอย่างแท้จริง มีศักยภาพในการขยายผลครอบคลุมพื้นที่ระดับตำบลและหมู่บ้านต่อไป
คำสำคัญ ชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx), กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ.), TOP Model

42. การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อสร้างสังคมอ่อนโยนและลดความรุนแรง: แนวทางการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม

ทัศน์พล สัมฤทธิ์
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของประชาชนกับการลดลงของความรุนแรงในสังคม และเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพในการสร้างสังคมอ่อนโยน
วิธีการ: การศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 1,200 คน ในพื้นที่ 6 จังหวัด และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้นำชุมชน 30 คน รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมระบบ (Systematic Review) จากฐานข้อมูลวิชาการ
ผล: พบว่าประชาชนที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมความรุนแรงลดลง 68% ($p<0.001$) การมีกลไกการจัดการความเครียดที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่ง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดความรุนแรงในชุมชน
สรุป: การส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดความรุนแรงในสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญ จำเป็นต้องมีการบูรณาการนโยบายสาธารณะและการดำเนินงานข้ามภาคส่วนเพื่อสร้างสังคมอ่อนโยนอย่างยั่งยืน
คำสำคัญ: สุขภาพจิต, สังคมอ่อนโยน, ความรุนแรง, การส่งเสริมสุขภาพ

43. ผลการดำเนินงานโครงการค่ายกิจกรรมเสริมสร้าง EQ สำหรับเด็ก โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

วิรีย์อร จูมพระบุตร[1], พิมพ์ชนก หาคำ[1], วีนัสริน ก้อนศิลา[1], หนึ่งฤทัย สวัสดิ์รุ่งเรือง[1], ณัช จูมพระบุตร[2]
[1]โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
[2]โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อเสริมสร้างอีคิวให้เด็กมีความสามารถในการรับรู้และจัดการอารมณ์ มีทักษะการเข้าสังคม มีความมั่นใจในตนเอง พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ฝึกการทำงานเป็นทีม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและผู้ปกครอง สร้างพื้นฐานการพัฒนาอารมณ์ที่ดีในระยะยาว

วิธีการ: การดำเนินโครงการระยะเวลา 5 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมถอดบทเรียนผู้ปกครอง กิจกรรมสำหรับเด็กแบ่งตามองค์ประกอบของอีคิวได้แก่ การรู้จักและเข้าใจอารมณ์ตนเอง (Self-awareness) การควบคุมอารมณ์ (Self-regulation) การมีแรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) ทักษะทางสังคม (Social skills)

ผล: เด็กเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 26 คน ประเมินความฉลาดทางอารมณ์โดยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า เด็กมีอีคิวสูงกว่าปกติ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54 อีคิวปกติ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 , อีคิวระดับที่ควรได้รับการพัฒนา 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 หลังดำเนินกิจกรรม 3 เดือนได้ทำการประเมินอีคิวพบว่า เด็กมีอีคิวสูงกว่าปกติ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54, อีคิวปกติ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46

สรุป: การพัฒนาอีคิวเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้เด็กมีอีคิวที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เด็กเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ มีสุขภาพจิตที่ดี มีความอ่อนโยน ไม่ก่อพฤติกรรมรุนแรง พร้อมรับมือกับปัญหาและความท้าทายในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ปกครองมีส่วนร่วม เสริมสร้างอีคิวสำหรับเด็ก

44. แรงจูงใจต่อการเป็นจิตอาสานักเรียนมัธยมในค่ายกิจกรรมเสริมสร้าง EQ สำหรับเด็ก

วิรีย์อร จูมพระบุตร[1], ณัช จูมพระบุตร[2], ปิยวรรณ สารมาศ[1]
[1]โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี
[2] โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะแรงจูงใจในการเป็นจิตอาสาของนักเรียนมัธยม

วิธีการ: การศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive exploratory study) ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative study) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมที่ทำกิจกรรมจิตอาสากับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เดือนเมษายนปี 2568 จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลและรวบรวมประเด็นจากการสนทนาร่วมกับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 10 คน เป็นหญิง 8 คน ทั้งหมดเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ส่วนใหญ่ (90%) เคยทำกิจกรรมจิตอาสามาก่อน ทุกคนมองว่ากิจกรรมจิตอาสาไม่มีผลเสีย และยังช่วยพัฒนาทักษะตนเองในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าใจผู้อื่น แรงจูงใจในการเป็นจิตอาสา 3 อันดับสูงสุด คือ 1) แสดงออกถึงค่านิยมในความเห็นแก่ผู้อื่นของตนเอง 2) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 3) ประโยชน์ต่อหน้าที่การเรียน ปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรมจิตอาสา คือ รูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความสนใจ และช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น ปิดภาคเรียน ปัญหาที่พบได้ คือ การเข้าถึงกิจกรรมจิตอาสาน้อย

สรุป: นักเรียนมัธยมมีความสนใจในกิจกรรมจิตอาสาของโรงพยาบาลจิตเวช มีแรงจูงใจสำคัญคือ ค่านิยมในความเห็นแก่ผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเห็นประโยชน์ต่อการเรียนในอนาคต ทั้งนี้กิจกรรมนั้นๆ ต้องสอดคล้องกับความสนใจ และอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม จึงอาจเลือกใช้กิจกรรมจิตอาสานี้เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมได้

คำสำคัญ: แรงจูงใจ จิตอาสา นักเรียนมัธยม

45. “เห็นภาพ...เห็นใจ...อยู่ได้นาน”
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมเยี่ยมบ้าน และเตรียมชุมชนผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนแก่ญาติและแกนนำชุมชน

ธวัชชัย พละศักดิ์[1], ลัดดาวัณย์ คุณวุฒิ[1], และณัฐิยา ชมภูบุตร[1],
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างความมั่นใจและลดการตีตราในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งเพื่อเป็นการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit)

วิธีการ: รวบรวมข้อมูลและประวัติการป่วย รวมถึงความพร้อมของญาติในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสานเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน และวางแผนการดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ถ่ายทำวิดีโอ ดำเนินการถ่ายภาพและวิดีโอรายบุคคลของผู้ป่วย โดยมีการเบลอและปิดบังหน้าของผู้ป่วยเพื่อความเป็นส่วนตัว ซึ่งภาพและวิดีโอเหล่านี้จะใช้ประกอบคำแนะนำให้กับญาติ ผู้นำชุมชน รวมถึงทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เข้าใจแนวทางการดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นรูปธรรม สุดท้ายจะให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD โดยใช้ภาพและวิดีโอรายบุคคลร่วมกับครอบครัวและชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างยั่งยืน

ผล: เดือนธันวาคม 2567 – มีนาคม 2568 จำนวน 11 ราย พบว่า ญาติ แกนนำชุมชน และทีมสหวิชาชีพมีความมั่นใจในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งจะช่วยลดการตีตราและอคติที่มีต่อผู้ป่วยในชุมชนได้ร้อยละ 100 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ของผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนจะลดลงร้อยละ 100

สรุป: การนำคลิปวีดีโอมาเป็นส่วนหนึ่งของการเยี่ยมบ้านเตรียมชุมชน สามารถสร้างความเชื่อมั่น จากการเห็นความร่วมมือและศักยภาพของผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาในโรงพยาบาล นำมาซึ่งการเข้าใจ เห็นใจ ลดการตีตรา ให้โอกาสในการกลับไปอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย อย่างมั่นคงและมีความผาสุก และผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นผลจากนวัตกรรม “เห็นภาพ...เห็นใจ...อยู่ได้นาน”

คำสำคัญ : เยี่ยมบ้าน, เตรียมครอบครัวและชุมชน, ผู้ป่วย SMI-V, เห็นภาพ...เห็นใจ...อยู่ได้นาน

46. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ธีราภา ธานี, หทัยรัตน์ ดิษฐอ๊ึง, น้ำผึ้ง คุ้มครอง และปาสิดา พละศักดิ์

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

วิธีการ: รูปแบบการวิจัยและพัฒนา 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ประชุมวางแผนและจัดทำร่างต้นแบบของโปรแกรมเบื้องต้น 3) ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างโปรแกรม 4) ทดสอบต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น จำนวน 10 คน 5) ปรับปรุงเบื้องต้นของโปรแกรมต้นแบบ 6) ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองในผู้ป่วย จำนวน 28 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 14 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด, แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) และโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, สถิติ Chi-Square test, Fisher’s exact test, Independent t-test และสถิติ Mann-Whitney U-test 7) พัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย 8) พัฒนาวิธีถ่ายทอดและขยายผล และ 9) ติดตามประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ผล: โปรแกรมมี 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ครั้งละ 60 – 90 นาที ผลขั้นตอนที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาหลังสิ้นสุด การทดลองทันที และระยะติดตาม 3 เดือน เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะติดตาม 3 เดือน ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) รวมทั้งลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน และ 90 วัน

สรุป: โปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความตั้งใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน, พฤติกรรมในการเลิกเสพยา, โปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา

47. โครงการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

อดิเทพ ศรีเพชรทอง
โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์: เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ให้แก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

วิธีการ: เป็นโครงการจัดกิจกรรม ให้แก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอป่าพะยอม 3 โรงเรียน โรงเรียนละ 30 คน จัดกิจกรรมแยกเป็นโรงเรียน 3 กลุ่ม โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมจากการรับสมัครนักเรียนที่ให้ความสนใจหลังประชาสัมพันธ์โครงการ จัดเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 2 วันต่อกลุ่ม ลักษณะเป็นการบรรยายความรู้ ร่วมกับกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Jorm (2012) ทั้ง 5 มิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรู้จักและสังเกตสัญญาณของโรคทางจิต การขอความช่วยเหลือและการรักษา วิธีช่วยเหลือตนเอง และทักษะการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น วัดและประเมินผลความสำเร็จโครงการโดย การประเมินผลคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการ โดยใช้แบบทดสอบความรอบรู้สุขภาพจิตที่สร้างขึ้นใหม่ แบบคำถามสี่ตัวเลือก โดยมีค่า IOC= 0.90 มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา = 0.84 คะแนนเต็ม 15 คะแนน และประเมินความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นหลังเข้าร่วมโครงการโดยวิทยากร

ผล: ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 85 โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมและหลังเข้าร่วมโครงการเป็น 8.25 และ 12.50 คะแนน ตามลำดับ และผู้เข้าร่วมโครงการมีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ร้อยละ 100 หลังจากจัดโครงการมีรายงานผู้ได้รับการช่วยเหลือและส่งเข้ารับการตรวจรักษาจากผู้เข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด 17 ราย

สรุป: โครงการนี้สามารถเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่ได้ และสามารถเพิ่มโอกาสให้นักเรียนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพจิต สุขภาพจิตวัยรุ่น เครือข่ายดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต สุขภาพจิตชุมชน

48. การพัฒนาระบบการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สุภาวดี ดีการกระทำ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: การรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงพัฒนาระบบการรายงานค่าวิกฤตให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายให้สามารถรายงานภายใน 5 นาทีหลังตรวจพบค่าวิกฤต

วิธีการ: โครงการดำเนินงานในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562–2566 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ โดยพัฒนาเครื่องมือรายงานผลผ่านระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (LIS) และใช้แบบฟอร์มบันทึกผลควบคู่กัน พร้อมทั้งปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การรายงานมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผล: จากการดำเนินโครงการพบว่า การรายงานค่าวิกฤตมีความครบถ้วนและแม่นยำมากยิ่งขึ้น โดยสามารถรายงานได้ภายใน 5 นาทีหลังตรวจพบค่าวิกฤตอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นอัตราการรายงานสำเร็จเฉลี่ยร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สรุป: การพัฒนาระบบรายงานค่าวิกฤตในครั้งนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ การปรับปรุงคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย

49. โปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 11

ศิรินพร เกิดกุลรัตน์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 11
วิธีการศึกษา: จัดโปรแกรมรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านการเล่นเกมระหว่างเด็กและผู้ปกครอง เพื่อพัฒนาทักษะการสร้างความรักความผูกพัน สร้างวินัย และพัฒนาความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้โปรแกรมฉลาดรัก ฉลาดเลี้ยง (7-day Parenting) กิจกรรม 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ฉลาดรัก (สร้างความรักความผูกพัน) ครั้งที่ 2 ฉลาดเลี้ยง (สร้างวินัยเชิงบวกและความฉลาดรอบด้าน) ครั้งที่ 3 ฉลาดดูแล (ทักษะการเลี้ยงดู) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ห่างกัน 2-8 สัปดาห์ ต่อครั้ง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ปกครอง และเด็กวัยเรียนอายุ 7 – 12 ปี จำนวน 76 ครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 11 การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ด้วยแบบประเมินคุณลักษณะความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียนและแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
ผล: หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนคุณลักษณะความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียนดีขึ้นร้อยละ 70.83 และคะแนนทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนของผู้ปกครองดีขึ้น ร้อยละ 76.39
สรุป: โปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมความฉลาดรอบด้านในเด็กวัยเรียน ช่วยส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครอง ผ่านกระบวนการเล่น ในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างวินัยเชิงบวก และส่งผลต่อการพัฒนาความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียนได้
คำสำคัญ ความฉลาดรอบด้าน เด็กวัยเรียน ทักษะการเลี้ยงดูเด็ก

50. การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในแกนนำนักเรียน เขตสุขภาพที่ 11

จุฑามาศ นาควรรณ์,
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในตนเอง และสามารถดูแลช่วยเหลือทางจิตใจให้กับเพื่อนในโรงเรียน
วิธีการ : จัดกิจกรรมโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation Learning) ครอบคลุมการดึงประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย การสรุปความคิดรวบยอด และการประยุกต์นำประสบการณ์จากการเรียนรู้ไปใช้ นำร่องจัดกิจกรรมใน 2 พื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ สุราษฎร์ธานี อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงเรียนสตรีทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 120 คน ประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพลังใจ (RQ) แบบวัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (WHO-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมภายใน 1 เดือน
ผล: หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า แกนนำนักเรียนมีพลังใจเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.59 สุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 92.7 และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นคงที่คิดเป็นร้อยละ 1.03
สรุป: แกนนำนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในตนเอง และสามารถดูแลช่วยเหลือทางจิตใจให้กับเพื่อนในโรงเรียน
คำสำคัญ : การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น, สุขภาวะที่ดี

51. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

เบญจวรรณ ศรศรี
โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอนาตาลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการ: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบแนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและการบวนการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Care Process 13 กิจกรรม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวม 40 คน ดำเนินการระหว่าง ม.ค.– มี.ค.2568 เครื่องมือ คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม, แบบประเมินการพัฒนาระบบฯ ซึ่งผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: พบว่ากระบวนการ สามหมอ ผสานพลัง เฝ้าระวัง แก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตาย ในชุมชน ช่วยเหลือผู้ที่มีความสี่ยงฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตาย เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลรักษาโดยภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนร่วมกัน ทำให้มีระบบการติดตามเฝ้าระวัง สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ค้นหาในชุมชนเชิงรุก นำเข้าระบบการรักษา ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ให้พยามฆ่าตัวตายซ้ำ ปี 2568 พบฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ไม่พบผู้พยายามทำร้ายตนเอง ซึ่งมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ระบบการติดตามผลการรักษา การวางแนวทางปฏิบัติร่วมกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการประเมินผลการดูแล ติดตาม และการหาโอกาสพัฒนาแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เกิดความสุขในครอบครัวและชุมชน ส่วนการนำไปใช้ไปประโยชน์โดยมีการนำไปใช้ในทุกๆรพ.สต.ของเขตอำเภอนาตาล

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน,การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

52.การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

เบญจวรรณ ศรศรี
โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

วิธีการ: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ **แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและการบวนการดูแลผู้ป่วยตามหลัก** Care Process 13 กิจกรรม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนากรอำเภอ รวม 40 คน ดำเนินการ ม.ค.– มี.ค.2568 เครื่องมือคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม, แบบประเมินการพัฒนาระบบฯซึ่งผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: พบว่าหลังจากศึกษาสภาพปัญหาและบริบทแล้วนำมาวางแผนสู่ร่วมกันของภาคีเครือข่ายจนได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน ดูแลระบบการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีกระบวนการที่ชัดเจน มีประสานงานก่อนรับเข้ามาโรงพยาบาล (Pre– hospital) การดูแลในโรงพยาบาล ส่งต่อไปรักษา (In–hospital)และติดตามต่อเนื่องหลังกลับไปอยู่ชุมชน (Post–hospital)มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการ และติดตามตามเกณฑ์การเยี่ยม ผู้ป่วยโรคจิตเวชปี 2568 จำนวน 209 คน มีผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 2.56 หลังดำเนินการพบว่าการขาดยา/ขาดนัดลดลง มีระบบการติดตามมารับยาก่อนที่จะมีอาการกำเริบจึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น มีระบบการติดตามผลการรักษา การวางแนวทางปฏิบัติและการหาโอกาสพัฒนาร่วมกัน ทำให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น เกิดความสุขในครอบครัวและชุมชน นำไปใช้ในทุกๆรพ.สต.ของเขตอำเภอนาตาล ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: การพัฒนา แนวทางการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง , การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย

53. โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์หงุดหงิดจากความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทชายต่อการลดการได้รับยาฉีด

พัชราภรณ์ สุนทรมนูกิจ[1], ณิชนันท์ เกิดมงคล[2],
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการลดอารมณ์หงุดหงิดจากความอยากบุหรี่ และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการได้รับยาฉีด
วิธีการ: เปรียบเทียบคะแนนความอยากสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 30) และเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการได้รับยาฉีด โดย Paired simple t–test
ผล: คะแนนความอยากสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และจำนวนครั้งของการได้รับยาฉีดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
สรุปซโปรแกรมการจัดการอารมณ์หงุดหงิดจากความอยากบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทชาย มีประสิทธิภาพในการลดระดับความอยากบุหรี่ ลดพฤติกรรมหงุดหงิด และลดจำนวนการได้รับยาฉีดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
คำสำคัญ: ความอยากสูบบุหรี่, อารมณ์หงุดหงิด

54. การพัฒนาระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยทีม “4 หมอ 1 ญาติ” และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คปสอ. โพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

แสงเดือน ศรีวรสาร [1],ญดา คำมาพงศ์เตโชกิจ[1] ,สิราลักษณ์ ผดุงสมัย[1] ,นิตยา คุตะโค, สุภัทรา บุพศิริ[1],
กาญจนา แสงพรม, ชารี[1] ,ณัฐขวรรณ เหล่าสุวรรณ [1] ,[2] รัชนี ศรีแสน,
โรงพยาบาลโพนสวรรค์[1] , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
วิธีการ: 1.สำรวจวิเคราะห์ปัญหาและคืนข้อมูล 2.จัดทำโครงการพัฒนาระบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมายได้แก่ แพทย์พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชรพ.สต.จำนวน 17 คน ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 200 คน ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2567 – มิถุนายน 2568 3.พัฒนาศักยภาพบุคคลากร หลักสูตร 3 หมอ สำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเครื่องมือที่ใช้ คือคู่มือ หลักสูตร3 หมอสำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน แนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแบบประเมิน 2Q ,9Q,8Q และจากการสนทนากลุ่ม 4.จัดทำแผนการดำเนินงานมอบหมายบทบาท โดยบทบาท หมอคนที่1(อสม)ค้นหาคัดกรองสัญญาณเตือนในกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อข้อมูลให้รพ.สต. (หมอคนที่2.)ประเมินความเสี่ยงทำร้ายตัวเองซ้ำให้การดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ประสานขอความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามทำร้ายตัวเองในชุมชนให้รพช./หมอครอบครัว(หมอคนที่3)วินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นให้คำปรึกษาป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำ/รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเยี่ยมบ้านติดตามการรักษาต่อเนื่องและประเมิน8Q ซ้ำทุก1 สัปดาห์ กรณี High Risk Suicide ประสาน ส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและปรับแผนการรักษากับจิตแพทย์(หมอคนที่4)และญาติต้องเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดดูแลเรื่องการกินยาต่อเนื่อง และสัญญาณเตือน 5.นำแผนการดำเนินงานเสนอต่อพชอ./พชต.เพื่อขับเคลื่อน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ
ผล: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก10.59 ต่อแสนประชากร จากปี2567 เหลือ 1.75 ในปัจจุบันร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ100 (14 ราย) การคัดกรองโรคซึมเศร้า หญิงตั้งครรภ์ 52 คนคัดกรอง30 คน คิดเป็น 57.69% ผู้สูงอายุ 7,908 คน คัดกรอง 6,830 คน คิดเป็น 88.37% ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7,821 คน คน คัดกรอง 5,022 คน คิดเป็น 64.21%
สรุป: หัวใจสำคัญการป้องกันการฆ่าตัวตายต้องทำในชุมชนกลุ่มผู้ป่วยNCDs และจิตเวชยาเสพติดการช่วยเหลือในชุมชนบุคลากรที่สำคัญคือ “4หมอ 1ญาติ” ร่วมกับพชอ./พชต.และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
คำสำคัญ: ระบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายสำเร็จ การมีส่วนร่วม

55. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คปสอ. โพนสวรรค์

แสงเดือน ศรีวรสาร[1],สิราลักษณ์ ผดุงสมัย[1],กาญจนา แสงพรมชารี[1], ญดา คำมาพงศ์เตโชกิจ[1],
ณัฐขวรรณ เหล่าสุวรรณ[1], สุภัทรา บุพศิริ[1],นิตยา คุตะโค[1],รัชนี ศรีแสน[2]
โรงพยาบาลโพนสวรรค์[1] , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วิธีการ: 1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลสุขภาพจิตชุมชน” 2) สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรง ด้วย 2ย. 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) และเฝ้าระวัง 5 อาการสำคัญ (5 Red Flags) 3) สร้างเครือข่ายในการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) นำเข้าประเด็นปัญหาสุขภาพของพชอ./พชต. และ 5)เพิ่มระบบพี่เลี้ยงกำกับติดตามประเมินผล การสร้างความร่วมมือ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ ทุกภาคส่วนให้ชัดเจน 6)ประสานทีมนาคาพิทักรักษ์ประชานำส่งกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 7) สรุปข้อมูลในการประชุมหัวหน้า ส่วนราชการเดือนละ 1 ครั้งเครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิต เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช แบบวัดดัชนีความสุข และ แบบเฝ้าระวัง 5 อาการสำคัญ (5 Red Flags)และลงข้อมูลในโปรแกรม “SMI-V CARE” มีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง จำนวน 24 คน ญาติผู้ป่วย จำนวน 24 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 24 คน

ผล: ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอย่างน้อย1ครั้งต่อเดือน ตามระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 24 ราย ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง 24 ราย คิดเป็นร้อยละ100 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการติดตามเยี่ยมและให้ความช่วยเหลือโดย พชอ. จำนวน24รายส่งต่อเพื่อAdmit โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ 2 ราย

สรุป: กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่องการเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ ส่งเสริมปัจจัย ที่ทำให้ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลในการส่งต่อในกรณี ที่มีภาวะฉุกเฉินต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงอย่างยั่งยืนและต่อเนื่องในชุมชน

คำสำคัญ: ระบบการดูแล ติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง การมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย

56. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: ทีม “สามเกลอเคลื่อนที่เร็ว”

กนกภรณ์ ทองคุ้ม[1], รัฐฐาพร พิพัฒน์[1],
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน[1]

วัตถุประสงค์: เพิ่มการเฝ้าระวังและการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดอันตรายต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตได้รับการดูแลต่อเนื่อง

วิธีการ: ประชุมทีม พชอ.ขับเคลื่อนงานยาเสพติด สร้างความเข้าใจบทบาททีม “สามเกลอเคลื่อนที่เร็ว” และอบรมโรคทางจิตเวช ยาเสพติด V-Scan การติดตามจิตเวชทั่วไปและจิตเวชสารเสพติดให้กับเกลอที่ 1 (อสม.) และเกลอที่ 2 (ผู้นำชุมชน) ร่วมวางแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชนกับเกลอที่ 3 (ตำรวจ ปลัดอำเภอ และสาธารณสุข) เพื่อระงับเหตุในพื้นที่ และสรุปผลการดำเนินงาน

ผล: หลังจากนำระบบทีม “สามเกลอเคลื่อนที่เร็ว” ไปใช้ พบว่า มีการค้นหาและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษา จำนวน 28 ราย ติดตามต่อเนื่องในชุมชนโดยเกลอที่ 1 และ 2 ส่วนเกลอที่ 3 ออกระงับเหตุในชุมชน จำนวน 10 ราย ส่งต่อรับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่มีการส่งต่อไป รพท. เนื่องจากสามารถจัดการกับอาการได้ทันเวลาลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ ไม่มีผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ญาติเกิดความพึงพอใจ ร้อยละ 92.86 ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในรูปแบบทีม “สามเกลอเคลื่อนที่เร็ว”

สรุป: ประชาชนควรได้รับความรู้ 5 สัญญาณเตือนทางจิต การส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลควรได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย และควรนำ “สามเกลอเคลื่อนที่เร็ว” ไปขับเคลื่อนในทุกพื้นที่ของอำเภอค่ายบางระจัน

คำสำคัญ : จิตเวช จิตเวชสารเสพติด

57. ปัจจัยสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายของอาการ อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรค ให้มีความปลอดภัย รับรู้คุณค่าในตนเองและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

ประภากรณ์ แอบคำ[1], กิติยา กิติกุศล[1], อุไรวรรณ วงศ์โปธิ์[1] ,ชฎาพร คำฟู[1], พิมพิไล ใจตรง[1], ธมลวรรณ มหาศักดิ์พันธ์[1], บุษกร ต๊ะคำ[1], นพวรรณ บัวทอง[1], สุนทรี ศรีโกไสย[1], สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ [1]

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรยายปัจจัยสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายของอาการ อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรค ให้มีความปลอดภัย รับรู้คุณค่าในตนเองและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

วิธีการ: การถอดบทเรียนปัจจัยสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย 162 รายที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างปีงบประมาณ 2566–2567 เป็นชาย 82 ราย หญิง 80 ราย อายุ 6–18 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและใช้เทคนิคการจัดการความรู้ในทีมการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 8 คน และผู้ช่วยพยาบาล 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่เนื้อหา

ผล: ปัจจัยสำเร็จประกอบด้วยปัจจัยด้าน (1) การดูแลผู้ป่วยตามระยะของการดำเนินโรค คือระยะวิกฤตที่เน้นความปลอดภัยจากอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะฟื้นฟูเน้นการบำบัดสังคมจิตใจรายบุคคลตามลักษณะเฉพาะของปัญหาและระดับความรุนแรง บำบัดรายกลุ่ม บำบัดครอบครัว ฝึกทักษะดูแลจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการบำบัดของสหวิชาชีพตามแผนการรักษาของแพทย์ และระยะเตรียมจำหน่ายที่เน้นการเตรียมครอบครัวและเตรียมชุมชน (2) ทีมการพยาบาลมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง การอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการนิเทศทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนช่วยเหลือกันในทีม

สรุป: การใช้หลักการดูแลผู้ป่วยตามระยะของการดำเนินโรค และการเพิ่มเติมความรู้ทักษะอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแบบผู้ป่วยในที่มีความหลากหลายบรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัยและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: ปัจจัยสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น, ความหลากหลาย, ปลอดภัย, คุณค่าในตนเอง, สัมพันธภาพในครอบครัว

58. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเด็กออทิสติกแบบออนไลน์

ชญานิษฐ์ อนันตวรวงศ์[1], วิภาวดี พากดวงใจ[1], กาญจน์ณภัทร ไทยธวัชรวงษ์[1], ศุทธสินี จีแดง[1], สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเด็กออทิสติกแบบออนไลน์

วิธีการ: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เริ่มจากพัฒนาโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเด็กออทิสติกแบบออนไลน์โดยใช้แนวคิด GROW Model และทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิงส์ เป็นโปรแกรมการโค้ชแบบรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60–90 นาที ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในผู้ดูแลจำนวน 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยพยาบาลจิตเวช 4 คน และแบบประเมินประโยชน์ของโปรแกรมโดยผู้ดูแล 8 คนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ และจัดหมวดหมู่ของเนื้อหา

ผล: ผู้ดูแลเด็กออทิสติกประกอบด้วยมารดา 4 คน ยาย 3 คน และบิดา 1 คน พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมทั้ง 4 คน มีความเห็นว่าโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเด็กออทิสติกแบบออนไลน์อ่านเข้าใจง่าย ผู้ปกครองมีความเข้าใจและร่วมมือทำตามกิจกรรมอย่างราบรื่น กิจกรรมในโปรแกรมมีความเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์เนื้อหาในกิจกรรมย่อยมีความเชื่อมโยงกัน และผู้ดูแลสะท้อนว่าโปรแกรมมีประโยชน์ในด้านช่วยให้รับรู้ความสำคัญของตนเองในการกระตุ้นพัฒนาการบุตรหลาน เข้าใจอาการและพฤติกรรมของบุตรหลานมากขึ้น มีแนวทางและความตั้งใจในการกระตุ้นพัฒนาการของบุตรหลานอย่างต่อเนื่อง และสามารถเลือกเวลาในการรับบริการได้

สรุป: โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเด็กออทิสติกแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพในด้านภาษาที่เข้าใจง่าย มีความเชื่อมโยงของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ แต่ละกิจกรรมย่อยมีความเชื่อมโยงกัน และช่วยให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเอง มีแนวทางกระตุ้นพัฒนาการและเข้าใจบุตรหลานที่เป็นโรคออทิสติกมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการโค้ช, ประสิทธิภาพ, ผู้ดูแลเด็กออทิสติก, ออนไลน์

59. โครงการพัฒนาสมรรถนะและสร้างกลไกความร่วมมือของเครือข่ายดูแลทางสังคมจิตใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 11

จิรารัตน์ ทรัพย์เจริญ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในเครือข่าย และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

วิธีการ: ศึกษาสภาพปัญหาจากหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่11 พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางสังคม ร้อยละ 62 ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนได้ ต้องส่งตัวผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ด้วยปัญหาทางสังคมที่จำหน่ายไม่ได้ อีกทั้งบุคลากรในเครือข่ายมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขาดการติดตามผู้ป่วยในชุมชน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบ จึงดำเนินการจัดอบรมทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางสังคม การเตรียมความพร้อมทางสังคมของชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม รวมถึงแนวทางการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ทุกจังหวัด และสร้างคู่มือแผนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานร่วมกัน

ผล: หลังดำเนินการบุคลากรมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางสังคม ร้อยละ 96 มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีแผนปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานชัดเจน

สรุป: การพัฒนาสมรรถนะและกลไกความร่วมมือของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 11 สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดได้อย่างเป็นรูปธรรม มีระบบการดูแลแบบองค์รวมและสร้างสังคมที่เอื้ออาทรมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนาสมรรถนะ เครือข่าย สุขภาพจิต ยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 11

60. โครงการจัดทำคู่มือการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ธนกฤต ทิพย์พิมล
โรงพยาบาลสวนปรุง

วัตถุประสงค์: เพื่อจัดทำคู่มือและนำร่องการใช้คู่มือการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการ: 1. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแพทย์แผนไทยฯบูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยฯและมูลนิธิ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร 2. จัดทำคู่มือการบริการแพทย์แผนไทยฯ 3. นำร่องการใช้คู่มือการบริการแพทย์แผนไทยฯ

ผล: ได้คู่มือการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุป: ผลการนำร่องการใช้คู่มือฯในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 หน่วยบริการ และสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2 หน่วยบริการ พบว่า สามารถนำคู่มือฯให้บริการผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค จำนวน 188 รายจาก 280 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.14 ผลความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.13 จากการศึกษาควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมและขยายผลการใช้คู่มือในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมดและหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

61. Mental Health Around, Sound for Gentle Society

ทัศวรรณ ปัญญารักษา[1], มนทกานต์ อุเต็น[1], ยงยุทธ ผิวขำ[1],
[1]โรงพยาบาลสวนปรุง[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต สำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ญาติ และประชาชนทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 1 ผ่านสื่อ Podcast ที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับบริบทในสังคมปัจจุบัน

วิธีการ: ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสวนปรุงได้ร่วมกันออกแบบและพัฒนาเนื้อหา Podcast โดยใช้ข้อมูลจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และสถิติผู้รับบริการของโรงพยาบาล หัวข้อและเนื้อหาในแต่ละตอนได้รับการกลั่นกรองให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และเชื่อมโยงกับประเด็นที่พบได้จริงในชีวิตประจำวัน การเผยแพร่ผ่าน Facebook, YouTube โรงพยาบาลสวนปรุง และสถานีวิทยุในพื้นที่ ได้แก่ สวท.ฝาง FM 89.25 MHz และวิทยุมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ FM 100 MHz ซึ่งครอบคลุมหลายจังหวัดในภาคเหนือ รวมถึงสามารถรับฟังออนไลน์ได้ทั่วโลกผ่านเว็บไซต์

ผล: ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2566 จนถึงวันที่ 5 พ.ค. 2568 มีการผลิตและเผยแพร่รวม 53 ตอน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแพลตฟอร์มออนไลน์พบว่ายอดจากการดูเฉลี่ย 260.8 ครั้ง ยอดจากการแชร์ 29.8 ครั้ง ยอดดูจากผู้ติดตามและไม่ใช่ผู้ติดตามอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยยอดจากการดู มีเนื้อหาสอดคล้องกับความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย การตอบกลับจากผู้ฟังเพิ่มขึ้นร้อยละ 34 และยอดการติดตามเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 รวมทั้งได้รับการเผยแพร่โดยหน่วยงานสาธารณสุขและสื่อสาธารณะอื่นๆ

สรุป: Podcast เป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้มากขึ้น

คำสำคัญ Podcast, ทีมสหวิชาชีพ, จิตเวช, ความรอบรู้สุขภาพจิต, สื่อสุขภาพจิต

62. ผลของการส่งเสริมสุขภาพจิตนักศึกษามหาวิทยาลัย เขตสุขภาพที่ 1 เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Stay Strong Stay Positive)

พุทธชาด ศรีสุวรรณ์[1], บุษกร สมบูรณ์[1],
โรงพยาบาลสวนปรุง[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจ ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของนักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตสุขภาพที่ 1 หลังได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ

วิธีการ: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวกันวัดก่อนและหลัง ในนักศึกษามหาวิทยาลัย เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 5,133 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (ฮึด ฮึด สู้) ของกรมสุขภาพจิต ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพใจ (MHCI) และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผล: พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเป้าหมาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 82 และ 70 ตามลำดับ หลังการติดตามระยะ 1 เดือน นักศึกษากลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีจำนวนลดลง ร้อยละ 61.83 และ 61.59 ตามลำดับ ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาผ่านระบบ Fast Track ที่มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลคู่เครือข่ายสร้างขึ้น จำนวน 20 ราย ได้รับการติดตามต่อเนื่องทุกราย และไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สรุป: การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัยได้

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย นักศึกษามหาวิทยาลัย

63. ประสิทธิผลของแนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับเด็กปฐมวัย ในโรงเรียนนครรังสิต สิริเวชชะพันธ์ จังหวัดปทุมธานี

กนกพร สุทธิสัณหกุล[1], อรพรรณ ศฤงคาร[2], วิชญาพร หอยสังข์ทอง[3],
โรงพยาบาลนครปฐม[1], ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4[2], โรงพยาบาลนครชัยศรี[3]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับปฐมวัยในโรงเรียนนครรังสิต สิริเวชชะพันธ์ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการ: วิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนและหลัง ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง คือ โรงเรียนนครรังสิต สิริเวชชะพันธ์ จังหวัดปทุมธานี คัดเลือกผู้ปกครองและเด็ก อายุ 3 – 6 ปี จำนวน 30 คู่ โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับเด็กปฐมวัย ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2567 – มกราคม 2568 จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ 1) เติมเต็มพลังใจให้คนสำคัญ 2) สร้างพลังใจ เสริมพลังอึด 3) สร้างพลังใจ เสริมพลังฮึด และ 4) สร้างพลังใจ เสริมพลังสู้ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในเด็กปฐมวัย และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที

ผล: พบว่า 1) ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย มากกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) เด็กมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: แนวทางการจัดกิจกรรม สามารถส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กและทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองได้

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, ความฉลาดทางอารมณ์

64. ความเปราะบางซ้อนทับ: สุขภาพจิต การใช้ยาเสพติด และ ความรุนแรงในครัวเรือนยากจน พื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้

สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจพลวัตของปัญหาสุขภาพจิต การใช้ยาเสพติด และความรุนแรงในครัวเรือนยากจนพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการ: การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิตและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ใช้สารเสพติดในครัวเรือนยากจน : กรณีศึกษาพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกเฉพาะเจาะจงสมาชิกในครัวเรือน ยากจนที่มีประสบการณ์ใช้ยาเสพติด และใช้ความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: พบว่า ความเปราะบางในระดับครัวเรือนเกิดจากการเสริมแรงซึ่งกันและกันของปัญหาสุขภาพจิตและการใช้ยาเสพติด โดยมีความรุนแรงในครัวเรือนเป็นทั้งผลลัพธ์และกลไกซ้ำเติม ภาวะความเครียดทางเศรษฐกิจและความไม่มั่นคงในชีวิตประจำวันส่งผลให้ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นกลไกการเผชิญปัญหา ในขณะที่ความเครียดและความขัดแย้งสะสมก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงระหว่างสมาชิกในครัวเรือน ผู้ให้ข้อมูลหลักร้อยละ 85 รายงานว่า พวกเขาอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล และการมีตีตราจากชุมชนทำให้พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติดได้

สรุป: ความเปราะบางไม่ใช่ปัญหาเดี่ยวแต่เกิดจากการซ้อนทับกันของปัจจัยเชิงโครงสร้าง ปัจเจก และระบบบริการ ดังนั้น การบูรณาการนโยบายสุขภาพจิต ยาเสพติด และความรุนแรงในครัวเรือนควรให้ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ชนบทห่างไกล โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน.

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ยาเสพติด ความรุนแรงในครัวเรือน,ครัวเรือนยากจน ความเปราะบางซ้อนทับ

65. ประสบการณ์การดูแลตนเองด้วยการทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเขตชนบท

สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ[1], สุพัตรา สุขาวห[1], กุณฑ์ชลี เพียรทอง[1], อมราภรณ์ ฝางแก้ว[1], วงศธร โอษะคลัง[1],
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์ของการดูแลตนเอง โดยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตชนบท

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 75 ปี มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS–15) 5 คะแนนขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตชนบทจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 26 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจำนวน 4 กลุ่มกลุ่มละ 6 –7 คน โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: พบว่ากิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขสนุกเพลิดเพลินของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือการได้ไปพบปะพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชน เช่น ออกกำลังกาย ฟ้อนรำ รับประทานอาหารร่วมกัน กิจกรรมเมื่ออยู่บ้านประกอบด้วย ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ทำบุญตักบาตรตอนเช้า ไปวัด ปลูกผัก ทำสวน ออกกำลังกาย ความสุขและความภูมิใจในตัวเองที่พึ่งพาตัวเองได้จะมากขึ้นหากกิจกรรมนั้นก่อให้เกิดรายได้ เช่น สานตะกร้า ทำไม้กวาด นำผักไปขาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเกี่ยวข้องกับได้รับความใส่ใจจากบุตรหลานคนในครอบครัว ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่รู้สึกน้อยใจบุตรหลานที่ไม่ใส่ใจดูแล ไม่ได้คาดหวังให้อยู่ร่วม ขอเพียงการไถ่ถามทุกข์สุขและให้เงินใช้จ่ายบ้าง และผู้สูงอายุพึงพอใจมากกับการได้รับการดูแลที่บ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

สรุป: กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในสังคมและบุตรหลานในครอบครัว ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ กิจกรรม ความสุข ภาวะซึมเศร้า

66. ผลของโปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy – Informed ในการลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย

สุพัตรา สุขาวห[1], กมลทิพย์ สงวนรัมย์[1], สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ[1], หทัยรัตน์ ดิษฐอ๊ึง[1],
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy – Informed ในการลดอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นอายุ 14 – 17 ปี ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 6 เดือนรับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy – Informed ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ–A และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น SASS เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อน หลังสิ้นสุดการบำบัด และติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัด ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ผล: พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดและระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.05$ การติดตามในระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy – Informed มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้า ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่น จึงควรมีการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นในหน่วยบริการจิตเวชของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การบำบัดวิภาษวิธี การฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า วัยรุ่น

67. ผลของโปรแกรมฉลาดรัก ฉลาดเลี้ยง (7Days Parenting) ต่อความฉลาดรอบด้านเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 2

ศศิรกานณ์ รุ่งสกุล[1], เมธัส ตาเขียววงษ์[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม 7Days Parenting ต่อความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียนและพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง
วิธีการ: วิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กวัยเรียน จำนวน 72 คน เครื่องมือที่ใช้โปรแกรม 7Days Parenting ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ แบบประเมินคุณลักษณะความฉลาดรอบด้านของเด็กวัยเรียน จำนวน 15 ข้อและแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียน จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Wilcoxon Signed Rank Test
ผล: พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเด็กวัยเรียนมีระดับคะแนนคุณลักษณะความฉลาดรอบด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 61.1 และหลังเข้าร่วมระดับคะแนนสูงกว่าปกติเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยหลังมีคะแนนเท่ากับ 28.17 ก่อนมีคะแนนเท่ากับ 22.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับคะแนนทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนในผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 58.3 และหลังเข้าร่วมระดับคะแนนสูงกว่าปกติเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.9 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยหลังมีคะแนนเท่ากับ 54.69 ก่อนมีคะแนนเท่ากับ 45.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
สรุป: โปรแกรม 7Days Parenting ทำให้เกิดความฉลาดรอบด้านในเด็กและผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้น ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ควรผลักดันแนวทางเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียนในสถานศึกษาและครอบครัวต่อไป
คำสำคัญ โปรแกรมส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัวและพัฒนาการเด็กวัยเรียน

68. ผลการศึกษาความสุขและความเครียดของวัยทำงานในสถานประกอบการและองค์กร เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2567

ณัฐรดา น้อยกรม[1], หยกฟ้า เพ็งเลีย.[1] ,สุขเสริม ทิพย์ปัญญา[1]
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสุขและความเครียดของวัยทำงานในสถานประกอบการและองค์กร เขตสุขภาพที่ 2
วิธีการ: การศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พนักงาน บุคลากรในสถานประกอบการและองค์กร จำนวน 1,508 คน จำนวน 24 แห่ง ได้แก่ สถานประกอบการ 11 แห่ง สถานศึกษา 10 แห่ง องค์กรภาครัฐ 3 แห่ง ระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน ปีงบประมาณ2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นของกรมสุขภาพจิต และแบบทดสอบความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
ผล: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.3 ช่วงอายุ 40–49 ปีร้อยละ 30.9 สถานภาพแต่งงานและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 47.4 ไม่มีบุตร ร้อยละ 42.0 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 46.8 สภาพการจ้างงานทำงานประจำ ร้อยละ 76.8 ระยะเวลาทำงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.5 และรายได้มากกว่า 30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 25.8 ระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50.1 โดยคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 32.58 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสุขแยกรายด้านพบว่า ต่ำสุดในด้านสมรรถภาพจิตใจเท่ากับ 5.47 และสูงสุดในด้านปัจจัยสนับสนุนของครอบครัวเท่ากับ 7.39 และระดับความเครียด ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 52.9 และความเครียดสูง–สูงมากที่สุด ร้อยละ 13.3**สรุป**: ความสุขและความเครียดมีผลประสิทธิภาพการทำงานของวัยทำงานในองค์กร จึงควรวางแผนและดำเนินมาตรการแนวทางการพัฒนาในการส่งเสริมความสุข ความเข้มแข็งทางใจ ลดความเครียด ของบุคลากรและพนักงาน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจที่ดี จะช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
คำสำคัญ: ความสุข ความเครียดวัยทำงาน พนักงานและบุคลากรในสถานประกอบการ

69. ผลการให้ความรู้เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำในชุมชนเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2567

ภูวนัย แสวงบุญ[1], หยกฟ้า เพ็งเลีย[1], สุขเสริม ทิพย์ปัญญา[1]
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

วิธีการ: การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน จำนวน 318 คนในพื้นที่ 8 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ หลักสูตรมาตรการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน แบบประเมินความรู้การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Wilcoxon Signed Rank Test

ผล: พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.2 ช่วงอายุ 50 –59 ปี ร้อยละ 36.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.2 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 55.7 รองลงมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 32.7 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 98.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 32.7 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.4 หลังการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้ความรู้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยหลัง เท่ากับ 12.4 ก่อนเท่ากับ 10.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป: การอบรมให้ความรู้การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน ควรขยายผลครอบคลุมในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง และสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินงานให้ความรู้กลุ่มแกนนำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำในชุมชน

70. ผลการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2567

สุขเสริม ทิพย์ปัญญา
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์พยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อายุ 10–22 ปี เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2567

วิธีการ: การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจภาคตัดขวาง(Cross Sectional Study) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้พยายามฆ่าตัวตายอายุ 11–22 ปี จำนวน 205 คน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง(รง 506s v.11) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์

ผล: พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.9 ช่วงอายุ 15–19 ปีร้อยละ 57.1 สถานภาพโสดร้อยละ 47.4 เชื้อชาติไทย การศึกษามัธยมปลาย ร้อยละ 45.9 อาชีพนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ52.7 วิธีการกินยาเกินขนาดร้อยละ 73.7 ปี ความรุนแรงให้การทำร้ายตนเองระดับปานกลางร้อยละ 78.5 ปัจจัยเสี่ยง ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ 34.6 ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญร้อยละ 35.1เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.3 อาการทางจิตกำเริบ ร้อยละ 22.4 ถูกทารุณในวัยเด็ก ร้อยละ 16.1 ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ทักษะการแก้ไขปัญหาน้อย ร้อยละ 53.7 ความสัมพันธ์ครอบครัวไม่ดี ร้อยละ 53.7 การดูแลช่วยเหลือชุมชนน้อยร้อยละ 44.9 และวิธีการกินยาเกินขนาดมีความสัมพันธ์กับพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายจึงควรมีการเฝ้าระวังและป้องกันโดย ส่งเสริมมาตรการในระดับบุคคล เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมชุมชน

คำสำคัญ: พยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง

71. The Association between Social Norms and Alcohol Consumption among Thai Students in Taiwan Abstract

Muttika Chanamontree[1], Yen-Jung Chang[2]
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Thailand[1], Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University[2]

Objective: This study explored associations between social norms and alcohol consumption among Thai students in Taiwan, focusing on injunctive and descriptive norms.

Method: The cross-sectional survey collected data from 296 Thai students studying in Taiwan using a questionnaire aimed at understanding their perceptions of the drinking behaviors of reference groups within their social circle. Alcohol consumption was evaluated using the Daily Drinking Questionnaire, then converted to a total drinks per week (DPW) score.

Results: Age and education level were significant predictors of alcohol consumption among Thai students in Taiwan. As age increased, participants' average drinking per week (DPW) also increased (β = 0.034, $p < 0.05$). In contrast, higher education levels (M.A. and Ph.D.) were associated with reduced alcohol consumption compared to language students (β = –0.405, $p < 0.05$). Regarding **descriptive drinking norms**, perceived typical alcohol intake by reference groups was positively correlated with students' own DPW. Specifically, higher typical drinks reported for Typical Taiwanese Friends (TTWF, β = 0.021, $p< 0.001$), Typical Close Friends (TCF, β = 0.013, $p < 0.05$), and Typical Male Friends (TMF, β = 0.023, $p < 0.001$) were significantly associated with increased personal drinking. Similarly, **injunctive drinking norms**—perceptions of acceptable maximum drinking—also predicted higher DPW. Significant associations were found with Maximum Taiwanese Friends (MTWF, β = 0.023, $p < 0.001$), Maximum Close Friends (MCF, β = 0.021, $p < 0.001$), and Maximum Female Friends (MFF, β = 0.025, $p < 0.001$).

Conclusion: The findings highlight that understanding drinking norms might help schools and health professionals predict alcohol consumption among Thai students studying in Taiwan. Tailoring interventions and preventive measures based on these factors may effectively ensure appropriate drinking behaviors among this population.

Keywords: alcohol consumption, international students, social norms, descriptive drinking norms, injunctive drinking norms

72. ผลของโปรแกรมบำบัดตามแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลต่อพฤติกรรมการเสพในผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท (เมทแอมเฟตามีน)

ฉวีรักษ์ สีลา[1], อมราภรณ์ ฝางแก้ว[1], จิตภัณฑ์ กมลรัตน์[1],
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมบำบัดตามแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลต่อพฤติกรรมการเสพในผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท (เมทแอมเฟตามีน)

วิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท อายุ 20 – 59 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกคลินิกยักษ์รักษ์ใจของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในช่วงเดือนมกราคม 2567 – มิถุนายน 2567 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดตามแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลต่อพฤติกรรมการเสพในผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท (เมทแอมเฟตามีน) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์ที่พฤติกรรมการเสพหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สถิติเชิงพรรณนา ส่วนที่ 2 คือ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ผล: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเสพเมทแอมเฟตามีน หลังสิ้นสุดการบำบัดและในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.05$

สรุป: โปรแกรมบำบัดตามแนวซาเทียร์แบบรายบุคคล สามารถช่วยลดพฤติกรรมการเสพเมทแอม เฟตามีนได้ และมีความเหมาะสมสำหรับใช้บำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท

คำสำคัญ: โปรแกรมบำบัดตามแนวซาเทียร์แบบรายบุคคล, พฤติกรรมการเสพ, ผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาทเมทแอมเฟตามีน

73. โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 3

จิราวรรณ เจนจบ
ศูนย์สุขภาพจิตที่

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพจิตรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต.

วิธีการ: อบรมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 โดยเน้นการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษากรณีตัวอย่าง และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในมิติจิตใจและอารมณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือสำหรับการคัดกรองสุขภาพจิตและแนวทางการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม มีเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน 196 คน

ผล: เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.76 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (2Q plus) ร้อยละ 68.09 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (2Q plus) ร้อยละ 3.23

สรุป: ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือและเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวและความร่วมมือในชุมชนต่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุมากขึ้น จึงควรต่อยอดโครงการให้ต่อเนื่อง ขยายพื้นที่ดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้น พร้อมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้มีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน.

คำสำคัญ: เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุ, การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

74. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมและความตั้งใจเลิกสารเสพติด ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

บวรภพ ปราบมะเริง[1], ทัศนีย์ จันทร์สด[1],สุภาพร ภักดีดำรงเดช[1],
สิริพงศ์ อุดชุม[1], ศิริพงษ์ พงศ์สุวรรณ[1],
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมและความตั้งใจเลิกสารเสพติดของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมและความตั้งใจเลิกสารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผล: ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจเลิกสารเสพติดของผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ($\bar{X}$ = 3.59, SD = 0.26) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 3.02, SD = 0.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมใช้สารเสพติดในผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 4.61, SD = 8.76) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 58.57, SD = 61.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด และลดพฤติกรรมใช้สารเสพติดในผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างแรงจูงใจ, ความตั้งใจเลิกสารเสพติด, พฤติกรรมใช้สารเสพติด

75. ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 3 โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดสู่กระบวนการรักษาอย่างเป็นระบบ

วิธีการ: มีกระบวนการบำบัดโดยใช้หลักการ Pre-Hos, In-Hos, Post-Hos สู่กระบวนการ Patient Journey

ผล: ผลการดำเนินงานหอผู้ป่วย/เตียงจิตเวชและสารเสพติด มีจำนวนเตียง Acute Care ใน รพท./รพศ. 234 เตียงและมินิธัญญารักษ์ 26 แห่ง จำนวน 654 เตียง คัดกรองทั้งสิ้น 4,712 คน เข้าสู่กระบวนการบำบัด 4,615 คน ได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ประมาณ 4,500 คน และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 3,485 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมโดยใช้ระบบ V-Care และการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) สะสม 2568 = 6,111 ราย ลงทะเบียน 1,085 คน ขาดการติดตามมากกว่า 90 วัน 507 คน ร้อยละ 46.72 และก่อความรุนแรงซ้ำในปี 2568 ร้อยละ 4.56

สรุป: กระบวนการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาเป็นไปตามมาตรฐานผ่านระบบ Service plan ของแต่ละจังหวัดสนับสนุนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน, ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง, การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน (Psychiatric Home Ward).

76. การดำเนินงานพัฒนาต้นน้ำช่วงปฐมวัย โปรแกรม KIDS 3K

กาญจน์ดี แสงสงวน[1], รักษิณา พรมทองบุญ[1],นที เฒ่าต้นเดิม[1]
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ เฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการ และการประเมินช่วยเหลือเด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครอง ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบุคลากรสาธารณสุข

วัสดุและวิธีการ: 1.ประชุมทีมเพื่อจัดวางแผนและจัดทำแนวทางให้ชุมชนมีการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2. วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วงปฐมวัย โดยพบว่า มี 3 บุคคลหลัก คือ ผู้ปกครอง, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, บุคลากรสาธารณสุข และ 2 ประเด็นหลัก คือ ความรอบรู้ในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วงปฐมวัย และ การประเมินแนวทางการดูแลช่วยเหลือ 3. สกัดข้อมูล ระดมความคิด จัดทำเป็นแนวทางการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วงปฐมวัยแก่พื้นที่

ผล: ผู้ปกครอง, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแลช่วยเหลือ ไม่พลาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนา

สรุป: สรุปการดำเนินงานได้แนวทางให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยโปรแกรม KIDS 3K (ผู้ปกครอง, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, บุคลากรสาธารณสุข) มีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าได้รับการเฝ้าระวังประเมิน ส่งต่อให้การดูแลช่วยเหลือในชุมชน

คำสำคัญ: พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, ผู้ปกครอง, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, บุคลากรสาธารณสุข

77. การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับการดื่มสุราและสารเสพติด ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วิภาพร สิทธิจันทร์, เบ็ญจมาศ พฤฒมารา
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับการดื่มสุราและสารเสพติดที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และเปรียบเทียบสถานการณ์ผู้ป่วยฯ จำแนกตามกลุ่มโรคทางจิตเวช.

วิธีการ: การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยฯ ข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลา เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่าง คือข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32 : Depressive episodes) เดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2567 จำนวน 36 เดือน จำแนกตามรหัสกลุ่มโรคสุราและสารเสพติด จำนวนรายและคน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ.

ผล: มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32 : Depressive episodes) ปี 2565–2567 จำนวน 16,044 ราย (3,668 คน) 16,899 ราย (4,023 คน) 17,650 ราย (4,202 คน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับการดื่มสุรา (F10) จำนวน 37 ราย (9 คน) 67 ราย (28 คน) 76 ราย (34 คน) และโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับการใช้สารเสพติด (F11–F19) จำนวน 245 ราย (50 คน) 325 ราย (113 คน) 351 ราย (115 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.16 (n=338) อายุ 20–29 ปี ร้อยละ 36.85 (n=136) สถานภาพโสด ร้อยละ 58.78 (n=251) อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.74 (n=82) และระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 32.55 (n=139) ปี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับการดื่มสุราและสารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สถาบันฯ ได้พัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่สำคัญ

สรุป: ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรคสำคัญที่เกิดร่วมกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด เพื่อการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยฯ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง ในครอบครัว ชุมชนและสังคม.

คำสำคัญ: สถานการณ์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สุราและสารเสพติด

78. การประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

น้ำจิต กุลอ่อน[1], จำเนียร สุรวรางกูร[1], กังสดาล อู่วิเชียร[1],
นฤมล สุริยะ1, สวัสดิ์ เที่ยงธรรม[1], ฐิตารีย์ เอียตระกูลไพบูลย์[1], รัชนีวรรณ รักสัตย์[1],
กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์1

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในการเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอ และตำแหน่งรองหัวหน้าหอ จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

วิธีการ: แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลตามแนวคิดสมรรถนะทางการบริหาร ตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยของสภาการพยาบาล (2556) มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (IOC) เท่ากับ .97 ใช้รูปแบบการประเมิน 360 องศา ผู้ประเมินประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ผู้นิเทศทางการพยาบาลประจำหน่วยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง หัวหน้าหน่วยของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อนร่วมงาน 2 คน รวมทั้งหมด 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผล: สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ด้านภาวะผู้นำและด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก (91.67%) รองลงมาระดับปานกลาง (8.33%) ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ อยู่ในระดับมาก (75.00%) รองลงมาระดับมากที่สุด (16.67%) และระดับปานกลาง (8.33%) ตามลำดับ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย อยู่ในระดับมากที่สุด (66.67%) รองลงมาระดับมาก (33.33%) และด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (75.00%) รองลงมาระดับมากที่สุด (25.00%) ทั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลในการเตรียมบุคคลในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในหน่วยงาน เพื่อประโยชน์และความก้าวหน้าในวิชาชีพต่อไป.

คำสำคัญ: ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น, สมรรถนะทางการบริหาร

79. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดปทุมธานี

ฐิติชญาน์ ปิยภัทรธนัสไชย[1], สุนิษา เชือกทอง[1], ณัฐพล ยุวนิช[1],
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการ: การวิจัยนี้ใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 60 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือแบบประเมินพลังสุขภาพจิต จำนวน 30 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test)

ผล: 1)ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 16.73, p<.001) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=16.21, p<.001)

สรุป: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตามการนำผลวิจัยไปใช้ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุในเขตเมืองซึ่งมีโครงสร้างครอบครัวและความหลากหลายของบริการทางสังคม

Keywords: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ, พลังสุขภาพจิต, การสนับสนุนทางสังคม

80. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

แสงเดือน ศรีวรสาร[1], สิราลักษณ์ ผดุงสมัย[1], กาญจนา แสงพรมชารี[1], สุภัทรา บุพศิริ[1],
ญดา คำมาพงศ์เตโชกิจ[1], ณัฐขวรรณ เหล่าสุวรรณ[1], นิตยา คุตะโค[1],รัชนี ศรีแสน[2]
โรงพยาบาลโพนสวรรค์[1], สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

วิธีการ: 1.สำรวจวิเคราะห์ปัญหาและคืนข้อมูล 2.พัฒนาศักยภาพบุคคลากรใช้โปรแกรม(V-Care) 3.จัดทำแผนการดำเนินงาน มอบหมายงาน 4. คัดกรองประชาชน และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 5.นำแผนการดำเนินงานเสนอต่อพชอ./พชต. 6.กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน**Pre-hospital** ค้นหา-คัดกรอง ครอบครัวเสี่ยงด้วย สัญญาณเตือน 5 Red flag ต่อการก่อความรุนแรง สร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดกับประชาชน ระบบ Line แจ้งเหตุวิกฤติ “ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ก้าวร้าวรุนแรง สร้างระบบEMS จิตเวช ”191 Frist” “1669” ขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ตามกระบวนการ Patient Journey ทีม5 เสือ นำส่งในกรณีคลุ้มคลั่งในชุมชน **IN-Hospital** พัฒนาระบบ รูปแบบและมาตรการบำบัดและรักษาฟื้นฟู ผู้ป่วย SMI-V ให้มีคุณภาพและเข้าถึงทุกพื้นที่ (โปรแกรม V-Care) เปิดรพ.มินิธัญญารักษ์/Home ward จิตเวช Post-Hospital ส่งต่อข้อมูลออกเยี่ยมติดตามต่อเนื่อง ประชากร: กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 427 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบ โรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 – F29) จำนวน 328 คน รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความ ผิดปกติทางอารมณ์(F30 – 39) จำนวน 161 คน

ผล: จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการคัดกรองและ เข้าสู่ระบบการดูแลเพิ่มขึ้นจากเดิม ปี2567 จำนวน 16 คน ปี2568 จำนวน 61 คน และ ไม่ก่อเหตุซ้ำ ผลการประเมินในโปรแกรม V-Care พบสีเขียว 844 คน สีเหลือง 117 คน สีส้ม 48 คน สีแดง 28 คน มีกลุ่มไลน์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องร้อยละ 94.74

สรุป: ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการคัดกรองครอบครัวเสี่ยง และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง ผู้ป่วย SMI-V การมีส่วนร่วม โปรแกรม V-Care

81. การพัฒนาและผลของโปรแกรมบำบัดยาเสพติดต่อการหยุดเสพในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชัยณรงค์ ศรีละคร[1], นภาพร คำแพงเมือง[1], วัชราภรณ์ วิทยานุกูลลักษณ์[1], ศศิวิมล วัลย์เครือ[1], รพีพรรณ ชาทองยศ[1],กรพินธุ์ ดวงทองพล[1], พรปิยา ลักขณาศรีวงศ์[1], ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม[1], สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพัฒนาและผลของโปรแกรมบำบัดยาเสพติดต่อการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่น

วิธีการ: การวิจัยเชิงพัฒนา ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 11 – 18 ปี ที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือวัดผล ได้แก่ โปรแกรมบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกและโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เครื่องมือหาปัญหาเกี่ยวกับยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ความถี่ ร้อยละ

ผล: ผลของโปรแกรมบำบัดยาเสพติดต่อการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในผู้ป่วยจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63) อายุเฉลี่ย 14.51±1.94 ปี CGI–Severity เฉลี่ย 4.05 ถูกวินิจฉัยส่วนใหญ่ severe depressive (F32.3) ร้อยละ (29.0) และใช้บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ (59.7) สิทธิ์การรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ (39.0) พบว่า 34 คน (ร้อยละ 82.93) สามารถหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนได้สำเร็จ พบปัญหาเกี่ยวกับยา (ร้อยละ 29) ส่วนใหญ่เกิดจากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

สรุป: ผลของโปรแกรมบำบัดยาเสพติดต่อการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่น มีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี ผู้ดูแลสามารถมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น และมีการจัดการปัญหาเกี่ยวกับยาทำให้ผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพในการรักษาสูงขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนา, โปรแกรม, บำบัดยาเสพติด, หยุดเสพ, สารเสพติด

82. ผลของโปรแกรม D–METHOD ต่อความพร้อมของผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

นันท์วิภา วนธารกุล[1], โสภณ สวัสดิ์[1], ธันยรัตน์ม มีเดช[1], สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมของผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม D–METHOD กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา อายุ 6–18 ปี ระดับรุนแรง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2565–66 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่ตามอายุ และสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรม D–METHOD และแบบประเมินความพร้อมผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะการฝึกกิจกรรมชีวิตประจำวันและการรับรู้สมรรถนะ ดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 12 เป็นการประเมินก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ส่วนสัปดาห์ที่ 2–11 เป็นการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 90 นาที ตามโปรแกรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในประเด็นความรู้เรื่องโรค การดูแลเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาด้านเศรษฐกิจ การฝึกทักษะตามแผนการรักษา การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจ การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาล และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t–test และ Independent t–test

ผล: กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม D–METHOD มีความพร้อมในการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรม D–METHOD มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความพร้อมของผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับเด็กกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ: บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ความพร้อมของผู้ดูแล D–METHOD

83. ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องเพศต่อสมรรถนะของผู้ดูแลในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย

เสาวลักษณ์ ช่างสมบูรณ์[1], กิ่งแก้ว พิมพ์ภักดี[1], วิลาสินี เสถียร[1],
สถาบันราชานุกูล[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของผู้ดูแลในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนเรื่องเพศ และระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กออทิสติก อายุ 3–5 ปี ที่มารับบริการ ณ สถาบันราชานุกูล จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่ด้วยอายุ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนเรื่องเพศจำนวน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล แผนกิจกรรมการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล และแผนกิจกรรมแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะของผู้ดูแลในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย แบบประเมินทักษะในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย และแบบประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น .74 .88 และ.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t–test และ Independent t–test

ผล: สมรรถนะของผู้ดูแลในการสอนเรื่องเพศแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย หลังได้รับโปรแกรมการสอนเรื่องเพศ ($\bar{X}$ =36.53, *SD* = 2.83) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ =22.20, *SD* = 3.09) และสูงกว่าสมรรถนะของกลุ่มควบคุม (หลังโปรแกรมฯ $\bar{X}$ =23.07, *SD* = 2.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการสอนเพศของเด็กออทิสติกปฐมวัย ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสอนและดูแลเรื่องเพศของเด็กกลุ่มนี้ได้ตั้งแต่ยังเล็กอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการส่งเสริมให้เด็กดูแลตนเองในเรื่องเพศได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อโตขึ้น

คำสำคัญ: เด็กออทิสติก เด็กปฐมวัย การสอนเรื่องเพศ สมรรถนะ

84. ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองต่อความรู้ และทักษะการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 1.6 ปี – 5 ปี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วย DD สถาบันราชานุกูล

พิมพ์ชนก กล้าฤทธิ์ธนรัตน์[1], ณภัทร พรหมชู[1], สิทธิสา สม้อ[1], หทัยกาญจน์ เกี้ยวสันเทียะ[1].
สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 1.6 ปี– 5 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้บริการตามปกติและกลุ่มที่ได้โปรแกรมการพยาบาลแบบเรียนรู้ด้วยตนเองฯ

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา อายุ 1.6 – 5 ปี จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 20 คนซึ่งจะได้รับบริการตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 คนซึ่งจะได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองฯ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดกระบวนการพยาบาลกับแนวคิดการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอและการทำกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมฯ มีค่าความตรงของเนื้อหา .91 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้และทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก ณ ก่อนโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) หลังจบโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 5) และติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผล: คะแนนความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบเรียนรู้ด้วยตนเองฯ และ ณ ระยะติดตามผล มากกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมบริการตามปกติทั้งก่อนกับหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: โปรแกรมการพยาบาลแบบเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา อายุ 1.6–5 ปี มีประสิทธิภาพต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อโอกาสพัฒนาการทางด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

คำสำคัญ โปรแกรมการพยาบาล, การเรียนรู้ด้วยตนเอง, เด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

85. ผลของการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กดาวน์ซินโดรมวัยก่อนเรียน

อัญชรส ทองเพ็ชร[1], เสาวลักษณ์ ช่างสมบูรณ์[1], เยาวลักษณ์ วีระเทศ[1],
สถาบันราชานุกูล[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นดาวน์ซินโดรม และเปรียบเทียบทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม โดยประเมินทักษะสังคมก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าคือเด็กดาวน์ซินโดรม ช่วงอายุ 3-6 ปี ประเภทผู้ป่วยในของสถาบันราชานุกูล จำนวน 30 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดจากพยาบาลวิชาชีพชั้นสูง (APN) ที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เป็นเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือแบบประเมินทักษะทางสังคม (ฉบับ 0-5 ปี) ของสถาบันราชานุกูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผล: ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นดาวน์ซินโดรมหลังรับการเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างทักษะทางสังคมของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นดาวน์ซินโดรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: การเล่นบำบัดซึ่งมีกระบวนการวางแผนกิจกรรมและอุปกรณ์ที่ชัดเจนประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มดาวน์ซินโดรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสให้เด็กสามารถสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

คำสำคัญ: ทักษะทางสังคม เด็กดาวน์ซินโดรมก่อนวัยเรียน การเล่นบำบัด

86. “สานพลังโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน: คืนผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่สังคม”

วันใหม่ วุ่นแก้ว[1], ศศิตา หมัดเหล็ม[1],
สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชหลังออกจากโรงพยาบาล 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพเครือข่ายให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น

วิธีการ: ผู้ศึกษาจัดโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับเครือข่ายปีละ 4 โครงการ โดยแต่ละโครงการมีระยะเวลา 3 วัน กลุ่มเป้าหมายแต่ละโครงการคือผู้ป่วยจิตเวช ญาติ และเครือข่าย จำนวน 30 – 60 คน ใช้แนวคิดจิตวิทยาสังคมบำบัดในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน รวมทั้งถอดบทเรียนการทำงานและเสริมพลังใจซึ่งกันและกันของเครือข่าย วัดผลลัพธ์ได้จาก 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำใน 1 ปี 2. แบบวัด Social function ของทีมสหวิชาชีพ 3. แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะของเครือข่ายหลังเข้าโครงการ

ผล: 1. อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าร้อยละ10 2. ผู้ป่วยคงหรือเพิ่มระดับความสามารถ ร้อยละ 95 3. เครือข่ายมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.3

สรุป: โครงการดังกล่าวทำให้เกิดประสบการณ์การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู สามารถดูแลตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ เนื่องจากมีทักษะสังคม มีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย อีกทั้งเครือข่ายมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ตนเอง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช เครือข่าย อัตราการป่วยซ้ำ

87. “นวดไทย หายคูณสอง” ฟื้นกาย ฟื้นใจ ด้วยนวดไทยสร้างอาชีพ: การพัฒนาระบบบริการฝึกอาชีพนวดแผนไทยสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

วิษณุ ครึ่งธิ[1], พีรนัฐ ลายกนก[1], พริบพันดาว รักษ์ธรรม[1], อรกัญญา ปกรณ์เสรี[1], อาซีหย๊ะ ยีหมัด[1],
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์[1]

วัตถุประสงค์: พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมทักษะทางอาชีพการนวดแผนไทยเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวช และประเมินผลของการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้

วิธีการ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ 6 คน และผู้ป่วยจิตเวช 12 คน โดยพัฒนาคู่มือและหลักสูตรนวดแผนไทยเบื้องต้น 20 ชั่วโมง (7 วัน) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน: การประเมินและเตรียมความพร้อม, การฝึกทักษะ, และการติดตามผล เครื่องมือประเมินครอบคลุมอาการทางจิต, ความพร้อมในการทำกิจกรรม, ความพึงพอใจ, ความเชื่อมั่นในตนเอง, ทักษะการสื่อสาร, คุณภาพชีวิต และทักษะภาคปฏิบัติ

ผล: พบว่า 1.)ได้แนวทางการเตรียมความพร้อมทักษะทางอาชีพนวดแผนไทยเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ 2.) ผู้เข้าร่วมร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้และทักษะนวดแผนไทยขั้นต้น 3.) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจสูงมาก (ร้อยละ 77.78) 4.) ทุกรายมีคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองทักษะการสื่อสารและทักษะการทำกิจกรรมสูงขึ้น 5.) ผู้เข้ารับการอบรม 3 ราย (ร้อยละ 33.34) สามารถนำทักษะไปประกอบอาชีพจริงหลังออกจากโรงพยาบาล

สรุป: 1.) การฝึกอาชีพนวดแผนไทยสามารถพัฒนาทักษะ สร้างความภาคภูมิใจ และลดการพึ่งพิงในผู้ป่วยจิตเวชได้ 2.) โปรแกรมที่เน้นทักษะทางวัฒนธรรมและต้นทุนต่ำสามารถขยายผลและปรับใช้ได้สูง 3.) คาดหวังว่าจะช่วยลดอัตราการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ลดภาระต่อระบบสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ มีเป้าหมาย และเป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ: กิจกรรมบำบัด, แผนไทย, ผู้ป่วยจิตเวช, ฟื้นฟูสมรรถภาพ

88. การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างไร้รอยต่อออบอุ่นและปลอดภัย

สุลินดา จันทรเสนา
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโดยครอบครัวต่อเนื่องที่บ้านและป้องกันการกำเริบซ้ำ

วิธีการ: ชายไทย 35 ปี มาด้วยหงุดหงิด ก้าวร้าว จะแทงบิดา 3 วัน วินิจฉัย F 1590 เสพกัญชาและยาบ้า 1 วันก่อนมา หลังรับไว้ 14วัน ผู้ป่วยอยู่กับบิดาและภรรยาใหม่เสพสารเสพติดรวมถึงชุมชนรอบข้างด้วย ประวัติเสพติดอายุ 18 ปี รักษาไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ ระแวงทำให้เลิกกับแฟน ภายหลังบำบัดยาเสพติดยังคงเสพเช่นเดิม ดังนั้นทีมลงพื้นที่เทศบาลและโรงพยาบาล อสม. นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันถึงผู้ป่วยและครอบครัวหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบบุคคลในชุมชนได้รับผลกระทบ ทีมทำความเข้าใจเรื่องข้อมูลสารเสพติด สัญญาณเตือน ผู้ใหญ่บ้านให้ข้อมูลว่าครอบครัวนี้เสพจึงทำให้ผู้ป่วยยุติยาก ดังนั้นมติบังคับตรวจสารเสพติดบิดาและภรรยา เพื่อตัดปัญหาดังกล่าว รวมถึงหาแหล่งสนับสนุนพบว่ามียายและน้าสาวที่รักผู้ป่วย ทีมไปหายายและน้าสาวเพื่อให้ข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลไม่ให้กลับไปเสพซ้ำ สัญญาณเตือนก่อนนัดป้องกันความรุนแรง และให้ยายและน้าสาวได้คุย VDO call กับผู้ป่วยที่ward ผู้ป่วยดีใจ ญาติดีใจที่เห็นผู้ป่วยดีขึ้น ต้นตอที่สำคัญบิดาและภรรยาปลัดอำเภอจึงพาทีมไปที่บ้านระหว่างทางเห็นมีผู้ชายวิ่งข้างบ้าน ผู้ใหญ่บ้านแจ้งว่าพวกเสพยาทีมมองว่าการเข้าถึงแหล่งจำเป็นต้องปลอดภัย พบบิดาและภรรยารูปร่างซูบผอม เป็นเพลิงกระต๊อบชั้นเดียวไม่สะอาด มีอุปกรณ์เชียง ภรรยาท่าทางหงุดหงิดไม่ร่วมมือโวยวายเสียงดังไม่พอใจในการตรวจปัสสาวะ ปลัดอำเภอแจ้งความประสงค์ชัดเจนในการตรวจพร้อมทั้งทีมเข้าประกบ ความเอาจริงเอาจังของปลัดอำเภอ หลังตรวจปัสสาวะพบว่าพบสารเสพติดทั้งคู่อย่างชัดเจน ส่งบำบัดและพาไปด้วยตนเอง

ผล: ผู้ป่วยรายนี้อาการดีจบครบการบำบัดและติดตาม เพราะปัจจัยความร่วมมือแหล่งสนับสนุนคือครอบครัว และแนวทางในการรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านตามสิทธิ์ ทีมได้ประสานโรงพยาบาลในพื้นที่ติดตามอาการยังคงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรักษาและครอบครัวร่วมกัน

สรุป: ครอบครัวคือสังคมของผู้ป่วยเป็นบ้านหลังแรกที่หล่อหลอมเยาวชนให้เป็นบุคคลของสังคม ดังนั้นพลังความร่วมมือที่ยิ่งใหญ่ในการช่วยเหลือตอบโจทย์การทำงานที่ปลอดภัยและความอบอุ่นของทีม สิ่งเล็กๆเบิกบานได้ด้วยใจเรา

คำสำคัญ: Community Psychiatric Nurse การจัดการรายบุคคล Team

89. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่อง รูปแบบการส่งต่อกลับเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ

ธาสินี วรรณสา
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในสังคม

วิธีการ: การพยาบาลจิตเวชชุมชน ส่งต่อข้อมูลการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช กำกับติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบซ้ำ การ*re-admit* ชายไทย 23 ปี F2000 มีอาการคลุ้มคลั่ง นอนไม่หลับ หลงผิด พูดคนเดียว 2 วันก่อนมา เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเมื่อ 19 มกราคม 2568 หลังจำหน่ายส่งกลับให้พื้นที่เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลการตอบกลับจากใบ Refer ติดตามผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง อาศัยกับบิดา มารดา น้องสาว น้องชาย และผู้ป่วย ไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านมาจากจังหวัดพังงา รายได้มาจากบิดา ทำงานก่อสร้าง มารดาอยู่บ้านดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก น้องสาวไปเรียนพังงาอยู่กับปู่กับย่า ผู้ป่วยเคยทำงานโรงงานแล้วลาออก ม ารดาเป็นผู้จัดยาให้ทาน ผู้ป่วยเล่าว่าปัจจุบันอาการดีขึ้น ไม่มีพูดคนเดียว นอนหลับได้ อยากทำงานมีรายได้ มารดามีความกังวลเรื่องการทำงานผู้ป่วยเคยรักษาเมื่อปี 2564 หยุดยาเอง กำเริบปลายปี 2565 บิดาเล่าว่าผู้ป่วยทานยามีอาการปวดศีรษะง่วงนอน ปรับลดยาให้ผู้ป่วยเอง หากขาดยาบิดาจะสังเกตุว่ามีอาการพูดคนเดียว หูแว่ว เดินไปเดินมา เสื้อผ้าไปแจกคนอื่น สั่งของที่ร้านค้าต้องตามไปจ่ายเงิน ครอบครัวรักใคร่แสดงความรักด้วยการกอด-บอกรักเป็นประจำ

ผล: สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนได้ ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลหลังจำหน่าย ประกอบอาชีพและสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุป: เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสร้างสังคมสุขภาวะ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและสนับสนุนการมีชีวิตที่มีคุณภาพในชุมชน สอดคล้องกับวิสัยทัศน์สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน

คำสำคัญ: เครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยจิตเวช, สังคมสุขภาวะ

90. เข้าถึง เข้าใจ เพื่อความปลอดภัยในชุมชน

สุพรรณี แสงรักษา
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ไม่ก่อคดีซ้ำ และชุมชนมีความปลอดภัย

วิธีการ: ชายไทยวัย 40 ปี ตำรวจส่งตรวจด้วยคลุ้มคลั่ง ใช้มีดไล่แทงนักเรียนหญิง จากประวัติพบว่า เรียนหนังสือไม่จบชั้น ป. 2 เขียนไม่ได้ อ่านไม่ออก อยู่กับมารดาสูงอายุสมองเสื่อม ใช้ชีวิตช่วงกลางวันอยู่ตลาดนัด ช่วยแม่ค้ายกของ แพทย์วินิจฉัยมีภาวะปัญญาอ่อน ทีมลงเยี่ยมครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลหลังจำหน่าย พบว่าน้องสาวรับมารดาไปดูแล ไม่สามารถรับผู้ป่วยกลับไปดูแลได้ การลงพื้นที่ครั้งต่อมาพบเหยื่อหวาดกลัวผู้ป่วย แต่รู้สึกปลอดภัยขึ้นเมื่อได้รับการเยียวยาจิตใจ ด้านผู้ป่วยหลังรับการรักษา ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ทดสอบทางเชาวน์ปัญญาพบว่ามีอายุสมองเท่ากับเด็ก 4 ปี 6 เดือน เล่าคดีว่าไม่พอใจที่เห็นเหยื่อคุยกับนักเรียนชาย ใช้มีดวิ่งไล่แทง ยิ้มเอียงอายเหมือนเด็กเมื่อพูดถึงเหยื่อ หลังจากเตรียมความพร้อมผู้ป่วย บอกสั้นๆ ว่าไม่ทำอีก กลัวตำรวจจับ จะขอโทษเหยื่อ การลงพื้นที่อีกครั้งเป็นการป้องกันการก่อคดีซ้ำ โดยดึงแกนนำในชุมชนทั้งฝ่ายปกครอง สาธารณสุขในพื้นที่ โรงเรียน รวมทั้งเหยื่อ เข้ามาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยหากได้รับการปล่อยตัวกลับชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมจิตใจหากต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยร่วมประชุมและขอโทษเหยื่อ พบว่าเหยื่อรู้สึกปลอดภัยขึ้น เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับการรักษา ชุมชนร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยอสม.และผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ให้กินยา รพ.สต. ฉีดยาตามเวลาทุกเดือน ผู้ใหญ่บ้านและรพ.สต.เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด โดยมีการเชื่อมการดูแลส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ในกลุ่มไลน์ที่มีญาติ แกนนำชุมชน สาธารณสุขและฝ่ายปกครอง

ผล: ผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เหยื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยในชุมชนได้ ผู้ป่วยไม่มี ภาวะอันตราย

สรุป: การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยนิติจิตเวชนั้น ต้องดึงภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งฝ่ายปกครอง และสาธารณสุขของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อตรึงผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข และต้องติดตามดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ไม่ก่อคดีซ้ำ เยียวยาเหยื่อ ชุมชนปลอดภัย

91. ความรักผู้ป่วยจิตเวชได้กลับไปสู่อ้อมกอดครอบครัว

วันวิสา สู่โนนทอง
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการรักษาและป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน

วิธีการ: ชายไทย 55 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาล มาด้วยคลุ้มคลั่ง หวาดระแวงถือไม้ไล่ตีน้องสาว แรกรับมีหูแว่ว มีภาพหลอนเห็นสัตว์และผู้หญิง คิดว่าตนเองเป็นกุมารทอง แพทย์วินิจฉัยF2000 จากข้อมูลญาติไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ ด้วยบิดาเป็นผู้สูงอายุ เดินทางลำบาก ทีมจิตเวชชุมชนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาต้อหินข้างขวา ตาพร่า มองเห็นไม่ชัดเจน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงการจัดการเรื่องการรับประทานยา กิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการนัดการติดตามการรักษาทางกาย และโรคทางจิตเวช หลังจากทีมได้ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จึงได้มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) นำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน และ เพื่อดำเนินการส่งผู้ป่วยรวมถึงแนวทางการรักษากับพื้นที่ เพื่อช่วยกำกับติดตามและดำเนินต่อเนื่อง หลังจากทีมนำส่งผู้ป่วยยังพื้นที่และโรงพยาบาลเครือข่าย พบว่าบิดาสูงอายุ 80ปี รูปร่างผอมเล็ก บิดาให้ข้อมูลว่าทำสวนของตนเอง สภาพบ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีรั้วไม้เพื่อแบ่งขอบเขต รอบข้างเป็นสวนร่มรื่น เมื่อผู้ป่วยพบบิดาต่างฝ่ายต่างยิ้ม สีหน้าแจ่มใส ท่าทางดีใจ ผู้ป่วยโผเข้ากอดบิดา ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าบิดามองเห็นไม่ชัดเจน มีผลต่อการจัดยาให้ผู้ป่วย รพ.สต.จึงจัดกระเป๋ายาให้ และทำสัญลักษณ์ของมื้อยาแต่ละมื้อให้เห็นอย่างชัดเจน เพื่อตอบโจทย์ในการจัดยา ทีมจิตเวชชุมชนให้ข้อมูลแก่บิดา และ รพ.สต. เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้ง พร้อมสัญญาณเตือน และวางแผนให้รพ.สต.ในพื้นที่ติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

ผล: ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ตามอัตภาพ ชุมชนอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้

สรุป: การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ครอบครัวคือความรักที่ยิ่งใหญ่

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช สานสายใยครอบครัว

92. กลยุทธ์กระบวนการเชื่อมโยงชุมชนครอบครัวในผู้ป่วยนิติจิตเวช

พรพรหม ปานทอง
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการรักษาและป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

วิธีการ: ชายไทยวัย 58 ปี แพทย์วินิจฉัยป่วยเป็นโรคจิตเภท จากประวัติใช้ยาบ้า หวาดระแวง ใช้มีดฟันน้องเขย มีภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อ พ.ศ.2557 งานนิติจิตเวชชุมชน ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพ ประเมินทัศนคติน้องสาว ซึ่งเป็นภรรยาของเหยื่อที่ให้การดูแลผู้ป่วยพาไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ประเมินคนในครอบครัว ชุมชน พบว่า ญาติโกรธแค้น ชุมชนหวาดกลัว ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษา และกลับมาอยู่ในชุมชนได้ ช่วงแรกน้องสาวไม่ติดต่อกับทีมสถาบันฯ และพบว่าบ้านผู้ป่วยถูกรื้อถอนออกจนเหลือแค่ห้องเล็กๆ หลังจากผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ทีมสถาบันฯทำประชาคมหมู่บ้าน ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง และสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ครั้งแรกของการทำประชาคมพบว่าชาวบ้านไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมา หลังเจรจาทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การเตรียมชุมชนอย่างเป็นขั้นตอน ชาวบ้านเปลี่ยนใจ เข้าร่วมประชาคมหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่หลายครั้ง จนกระทั่งนำผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้าน และเพิ่มระยะเวลาการอยู่ในชุมชนนานขึ้น พบว่าสาธารณสุข และฝ่ายปกครอง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อนบ้าน เริ่มมาทักทาย ไม่มีท่าทีหวาดกลัว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของผู้บำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 การวางแผนของทีมต่อไป เป็นการฟื้นฟูศักยภาพผู้ป่วย ฝึกทักษะการเข้าสังคม โดยได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายในพื้นที่ ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันผู้ป่วยก่อคดีซ้ำ และสามารถอยู่ร่วมกับชุมชน สังคมมีความปลอดภัย

ผล: ผู้ป่วยยังคงให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เสริมสร้างทักษะการเข้าสังคม การเผชิญความเครียด ทักษะทางอาชีพ กับทีมสหวิชาชีพต่อเนื่อง พร้อมกับการเตรียมครอบครัว ชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวช ได้กลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้ และสังคมปลอดภัย

สรุป: การพิทักษ์สิทธิ์ การมองผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: กลยุทธ์กระบวนการเชื่อมโยงชุมชนครอบครัว ผู้ป่วยนิติจิตเวช

93. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ Psycho somatic Alert : ซักใจ เช็กร่าง ป้องกันเสี่ยง

สุภาคินี ใจห้าว[1], สัตฎิยากรณ์ รุจิธนพร[1],
คลินิกสุขภาพใจผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการซักประวัติผู้ป่วยจิตเวช โดยเชื่อมโยง 11 ระบบร่างกายกับโรคทางจิต เวช และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ไม่ได้รับการประเมิน

วิธีการ: 1) วิเคราะห์ case ย้อนหลัง 5 เดือน 2) จัดทำเครื่องมือ Mind–Body Cartoon Map: แผนภาพการ์ตูนคนที่แบ่งออกเป็น 11 ระบบอวัยวะในร่างกาย 3) สร้างแบบประเมิน Checklist ซักใจ–เช็คร่าง: เครื่องมือการประเมินอาการทางกายที่เชื่อมโยงกับอาการทางจิตของแต่ละโรค 4) ตาราง “Psycho somatic Alert”: รวมจุดเสี่ยงทางกายเฉพาะโรค 5) ทดลองใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยรายใหม่ในช่วง 3 เดือน 6) ประเมินผลและปรับปรุงแบบประเมิน

ผล: 1) ร้อยละของการซักประวัติที่ครอบคลุม 11 ระบบร่างกายเท่ากับ 90% 2) อัตราการ refer ด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกายเท่ากับศูนย์ 3) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องมือเท่ากับ 80%

สรุป: การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ Psycho somatic Alert : ซักใจ เช็กร่าง ป้องกันเสี่ยง ช่วยให้บุคลากรสามารถซักประวัติอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้งด้านจิตใจและร่างกาย เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจในการมารับบริการ

คำสำคัญ: ความเสี่ยง ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนทางกาย

94. รายงานการประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในเยาวชนอายุ 10 – 12 ปี

จุฬาลักษณ์ จันทรเสนา[1], กาญจนา ศรีสวัสดิ์[2], ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์[1],
กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค[1]
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อทราบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในเยาวชนอายุ 10 – 12 ปี

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 10 – 12 ปี ในจังหวัด อุดรธานี เชียงใหม่ นครราชสีมา และนราธิวาส จำนวน 2,500 คน แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลความรุนแรง ทัศนคติที่เกี่ยวกับความรุนแรง และพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เป็นเหยื่อความรุนแรง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณาได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล: กลุ่มตัวอย่างมีเพศสภาวะที่ต้องการเป็นเพศชายร้อยละ 53.5 และมีกลุ่มเพศทางเลือก ร้อยละ 1.6 อายุเฉลี่ย 12 ปี อาศัยอยู่กับแม่ร้อยละ 76.5 ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลความรุนแรงในระดับมาก $\bar{X}$ = 0.79, SD = 1.08 ด้านทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 3.97, SD = 1.08 ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองไม่ให้ตกเป็นเหยื่อความรุนแรงหรือการถูกทำร้ายอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 0.91, SD = 0.14 ประเด็นสำคัญ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าความรุนแรงเป็นเรื่องส่วนบุคคล

สรุป: ภาครัฐควรผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น สื่อสารให้เข้าใจว่าความรุนแรงในครอบครัวไม่ใช่เรื่องบส่วนตัว

คำสำคัญ: ความรุนแรง, เยาวชน, การถูกทำร้าย

95. การพัฒนาระบบการดูแลจิตเวชและยาเสพติดมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงพระพุทธบาท SMI-V care team

นุษณี เอี่ยมสอาด, ทีมรักษ์ใจ
โรงพยาบาลพระพุทธบาท

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลจิตเวชและยาเสพติดมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง
วิธีการ: 1) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) 2) ประชุม วางแผน พัฒนาระบบตามแนวทาง V care และกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ ร่วมกับเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น 3) จัดตั้งไลน์กลุ่ม เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสาร 4) พัฒนาศักยภาพชุมชน จัดอบรมให้ความรู้ การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อ การติดตาม ดูแลต่อเนื่อง หมั่นสังเกตสัญญาณเตือน เป็นต้น 5) ติดตาม ประเมินผล เครื่องมือ 1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงก่อความรุนแรง 2) สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น การปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ เพื่อเผยแพร่ในไลน์กลุ่ม
ผล: ผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 91 ครอบครัว ชุมชนปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงจากผู้ป่วย SMI-V
สรุป: การมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง ช่วยสร้างความเข้าใจ ความรอบรู้ให้กับชุมชน เพิ่มการเข้าถึงระบบการรักษา ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และมีกลไกทางสังคมเข้ามาร่วมดูแล ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหา
คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

96. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน

นุษณี เอี่ยมสอาด, ทีมรักษ์ใจ
โรงพยาบาลพระพุทธบาท

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน
วิธีการ: การวิจัยและการพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์ สภาพปัญหาและพัฒนาระบบการดูแล 2) พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน 3) ศึกษาประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบประเมินปริมาณการเสพแอมเฟตามีน 2) แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน
ผล: ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสพก่อนและหลัง ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสพ (M=3.26,SD=4.92) ต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแล (M=22.10,SD=19.37) และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
สรุป: แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยSMI-V ลด ละ เลิกการเสพ อาการทางจิตสงบ ไม่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ป่วยSMI-V เครือข่ายชุมชน

97. ความรอบรู้สุขภาพจิตกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สิริชัย เมี้ยนมิตร[1], ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง[1],
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิตกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง
วิธีการ: ใช้แบบสอบถามจำนวน 30 คน กำหนดตาม Central limit theorem ประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตและ แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
ผล: พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพจิตระดับปานกลาง และภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.38, SD = 0.26, M= 15.33, SD = 3.14 ตามลำดับ) และภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้สุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = – 0.540) ซึ่งหากความรอบรู้สุขภาพจิตดีส่งผลให้ภาระการดูแลลดลง
ข้อเสนอแนะ : ควรให้ความสำคัญกับความรอบรู้สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรง และลดภาระการดูแล
คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพจิต, ภาระการดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง

98. การพัฒนาแนวทางการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีในหอผู้ป่วยในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยGENTLE SMART GUARD

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีในหอผู้ป่วยใน
วิธีการ: เป็นการนำเอาเทคโนโลยีที่มีประหยัดต้นทุน ความทันสมัย ลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ใช้ในบริบทหอผู้ป่วยในและใช้งานได้จริง ชื่อ GENTLE “Guard Emotion with Non-invasive Technology and Empathy” คือ การเฝ้าระวังด้วยโทคโนโลยีที่อ่อนโยนและปลอดภัยมีความเห็นอกเห็นใจ โดยใช้รูปแบบของ SMART GUARD ประกอบด้วย 1.Screening (S) ประเมินความเสี่ยงต่อการหลบหนีแบบดิจิทัล 2.Monitoring(M) ติดตั้งระบบกล้องวงจรปิด ใช้ระบบไลน์แจ้งเตือนแบบทันที 3.Alarm System(A) แนวคิด DIY Sensor Alarm แบบแม่เหล็กไร้สาย ระบบแจ้งเตือนเปิด-ปิดประตู/หน้าต่าง ด้วยเซ็นเซอร์แบบง่าย เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามาใกล้บริเวณที่กำหนดไว้หรือประตูถูกเปิดระบบจะส่งเสียงเตือนทันที 4.Response Plan (R) วางแผนการตอบสนองในกรณีผู้ป่วยพยายามหลบหนี เช่น การซ้อมแผน การแจ้งเตือน 5.Team Approach (T) ทั้งทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยและสหวิชาชีพ
ผล: ผู้ป่วยในจำนวน 15 ราย อายุ 7- 18 ปี มีความเสี่ยงต่อการหลบหนี 223 ราย หลบหนีสำเร็จ 3 ราย ก่อนมีแนวทางผู้ป่วยมีการหลบหนีสำเร็จหลังจากมีการใช้แนวทางทำให้มีการแจ้งเตือนก่อน ไม่มีหลบหนีสำเร็จและมีแนวทางการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีในหอผู้ป่วย
สรุป: แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยหลบหนีในหอผู้ป่วยในเป็นนวัตกรรมที่สามารถใช้ป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในได้
คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลบหนี , หอผู้ป่วยใน, แนวทางการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีในหอผู้ป่วยใน

99. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

กนกกาญจน์ กองพิธี[1], พงศธร พหลภาคย์[2], ภัทรี พหลภาคย์[2], ศิรินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ[2]
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์[1], คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[2]

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
วิธีการ: ศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคะแนน aberrant motor behavior ตามแบบประเมิน Neuropsychiatric inventory มีค่าคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ≥ 3 คะแนน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร test of difference in 2 independent means กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานและให้คำปรึกษารายบุคคลโดยให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการทำจิตบำบัดประคับประคองต่อเนื่องทุกสัปดาห์รวม 7 ครั้งๆละ 15 – 40 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามผลกระทบและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา
ผล: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มกลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สรุป: โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหวผิดปกติในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีประสิทธิผลในการช่วยลดอาการปัญหาพฤติกรรมทำซ้ำที่ผิดปกติได้ แต่ไม่ลดผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ดูแลและไม่สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระได้
คำสำคัญ: การให้คำปรึกษารายบุคคล, การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ, ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

100. พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ซอร์ฟีเย๊าะ สองเมือง[1], อุบลวรรณ ดวงดี[1],
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลควนโดน[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
วิธีการ: ใช้แนวทางพัฒนาคุณภาพแบบครบวงจร
ผลก : พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 18 ราย ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 20 ราย และปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม2567–มีนาคม2568) จำนวน 24 ราย ตามลำดับ
สรุป: แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ได้เพียงแค่สะท้อนเชิงปริมาณของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่แท้จริงในชุมชนเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย โดยเฉพาะการคัดกรองและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและเหมาะสมจะส่งผลให้ลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ จุดเด่นของการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับต่าง ๆ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และครอบคลุมในทุกมิติ นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของทีมให้มีความรู้ ทักษะในการเฝ้าระวังสังเกตสัญญานเตือน และการประสานงานการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและสังคม ดังนั้นจึงพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา เป็นผลจากการพัฒนาระบบบริการที่เกิดประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนได้ในระยะยาวต่อไป
คำสำคัญ: ภาคีเครือข่าย, สุขภาพจิต, อาการทางจิต

101. เภสัชกรจิตเวชกับบทบาทเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา: เสริมพลังใจ ลดอาการข้างเคียง

ธีรภาดา เกียรติแสนเงิน[1], นิธิศ สุริย์[1],
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุรา โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์บทบาทของเภสัชกรใน 3 มิติ ได้แก่ (1) การประเมินและบริหารจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวชที่ซับซ้อน เช่น กลุ่มยา antipsychotic และ benzodiazepine (2) การส่งเสริมพลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพจิตตนเองอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (3) การสื่อสารร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนการดูแลแบบองค์รวม

วิธีการ: ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยในและต่างประเทศจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น PubMed, ThaiJo และบทความวิชาการ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรจิตเวช วิเคราะห์ผ่านกรอบบริบาลทางยาและ empowerment model โดยเน้นการให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ การประสานทีมรักษา และการใช้เครื่องมือทางคลินิก เช่น ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) และ motivational interviewing

ผล: พบว่าการแทรกแซงโดยเภสัชกรจิตเวชสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR=1.12) อีกทั้งสามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาในกลุ่ม antipsychotic และ benzodiazepine ได้อย่างชัดเจน การแทรกแซงยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (SMD=2.46, p=0.009) การประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก เช่น motivational interviewing และ ISBAR ช่วยเพิ่มความร่วมมือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำ

สรุป: บทบาทเชิงรุกของเภสัชกรจิตเวชในการเสริมพลังใจและจัดการยา ช่วยลดภาระระบบสุขภาพ และส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุราได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การใช้สุรา, จิตเวช, เภสัชกร, อาการไม่พึงประสงค์จากยา, เสริมพลังใจ

102. ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ประณีต ชุ่มพุทรา[1], ธัญญพัฒน์ สระบุรี[1], ขนิษฐา ชุ่มสุข[1], วาสนา จินากลึง1, ปริมประภา มากชุมแสง[1],
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท **วัสดุ**

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาลฯ จำนวน 62 คน โดยสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะฯ 8 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และการฟื้นหาย ในช่วงเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์แบบวัดสองกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และ independent t-test

ผล: 1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา การฟื้นหาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา การฟื้นหายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยา การฟื้นหาย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา การฟื้นหายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยา การฟื้นหาย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการกำกับตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคจิตเภท

103. โครงการพัฒนาระบบศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

อรวรรณ แก้วอนันต์[1], ศศิพัช เอี้ยววัฒนา[1], รัตนภรณ์ พันธุ์สุวรรณ[1],
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการยื่นคำขอและการให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการด้วยระบบออนไลน์ แบบ One Stop Services
วิธีการ: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ประชุมร่วมกับศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสระแก้ว ออกแบบระบบการยื่นคำขอและการให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการรวมถึงการให้ข้อมูลสวัสดิการของคนพิการที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการร้องขอออกบัตรประจำตัวคนพิการ ทบทวนผลการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการทั่วไปโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ประจำปี 2565 ได้ดำเนินการพัฒนาระบบและเริ่มดำเนินการรูปแบบ One Stop Services ในปี 2566 โดยมีการเพิ่มเติมการเชื่อมโยงข้อมูลแบบออนไลน์ การติดตามประเมินผลระบบการยื่นคำขอและการให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการ วัดผลการดำเนินงานด้วยสถิติการออกบัตรประจำตัวคนพิการ
ผล: ผลการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวนคนพิการที่เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 รวมทั้งสิ้น 2,332 คน สถิติการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 23 ราย และปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 รวมทั้งสิ้น 2,176 คน สถิติการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 114 ราย จำนวนคนพิการมาใช้บริการเพิ่มขึ้นจำนวน 91 ราย
สรุป: การพัฒนาระบบสามารถลดขั้นตอนการดำเนินการออกบัตรคนพิการของผู้บริการ โดยการนำเทคโนโลยีโปรแกรมการออกบัตรประจำตัวคนพิการ https://efiling.dep.go.th/home มาใช้งาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการออกบัตรคนพิการได้สะดวก รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของคนพิการ ให้ครอบคลุมบริการทั้งด้านสุขภาพสวัสดิการสังคม และสวัสดิการของรัฐ
คำสำคัญ: คนพิการ, เบ็ดเสร็จ,บัตรประตัวคนพิการ

104. ประสิทธิผลของนวัตกรรมการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จังหวัดยะลา

สมยศ ชายเกตุ
กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลยะลา

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบใช้นวัตกรรมผ้าผูกยึดแบบใหม่ และการใช้ผ้าผูกยึดแบบเก่าและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึดในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา
วิธีการ: การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกยึดจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วย 8 คนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย นวัตกรรมผ้าผูกยึด แบบวัดการบาดเจ็บและความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการบาดเจ็บจากการผูกยึดผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สถิติที่ใช้ในการทดสอบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน
ผล: หลังจากการใช้นวัตกรรมผ้าผูกยึดแบบใหม่การบาดเจ็บจากการผูกยึดผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 ด้าน คือ อาการบวม การบาดเจ็บของผิวหนังจากการดึง รั้ง และกดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากประสาทถูกกด ส่วนด้านการฟกช้ำและบาดแผลจากการเสียดสีคะแนนเฉลี่ยของการบาดเจ็บลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและความพึงพอใจในการใช้งานนวัตกรรมอยู่ในระดับดีมาก
คำสำคัญ: การผูกยึด นวัตกรรม ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

105. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน

ภาคิน อำรุงจิตชัย
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีผู้ป่วยจิตเวช 621 รายในปีงบประมาณ 2568 โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและลดผลกระทบดังกล่าว โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V และลดอัตราการเกิดเหตุรุนแรงในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อย่างครอบคลุม

วิธีการ: โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน กระบวนการ: การสร้างความรู้สึกปลอดภัย ด้วยการจัดทำรายชื่อจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังในหมู่บ้าน การสร้างความรู้สึกสงบ โดยให้ความรู้แก่ อสม ครอบครัว ผู้นำชุมชนเรื่องการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่ออย่างเหมาะสม การสร้างความหวัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและการส่งเสริมการประกอบอาชีพ การสร้างความเข้าใจดูแล ผ่าน รถตู้ดูแลใจ ไทแก้งคร้อ คือ นำรถตู้โรงพยาบาลใช้เป็นหน่วยให้บริการสุขภาพจิตและบริการเยี่ยมบ้านเคลื่อนที่ เยี่ยมผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน สีเหลือง และสีแดง รวมทั้งอัพเดรตข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายชุมชน

ผล: 1. ผู้ป่วยขาดนัดลดลงจาก 25% เหลือ 11.11% 2. การกลับมารักษาซ้ำลดจาก 38% เหลือ 3% 3. 88.89% ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมสงบในช่วง 6 เดือนหลังดูแลด้วยกลไกชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงรุนแรง (SMI-V), การมีส่วนร่วมของชุมชน, สุขภาพจิตเชิงรุก

106. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2568

ทัตพงษ์ อาจนนลา[1], ธัญญาภรณ์ คำแก้ว[1], กฤษณ์ ลำพุทธา[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10[1]

บทนำ : ผลประเมิน Mental Health Check In นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567 จำนวน 337 คน พบความเสี่ยงซึมเศร้า 152 คน (ร้อยละ 45.10) เสี่ยงหมดไฟ 147 คน (ร้อยละ 43.62) เครียดสูง 119 คน (ร้อยละ 35.31) เสี่ยงฆ่าตัวตาย 58 คน (ร้อยละ 17.21) พลังใจน้อย 29 คน (8.61) สะท้อนแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเสริมสร้างพลังใจ (Resilience Quotient)

วัตถุประสงค์ :ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2568

วิธีการ : ใช้หลักสูตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ อบรมนักศึกษากลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจ จำนวน 32 คน ระยะเวลา 1 วัน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Descriptive Statistics และ Paired sample T-Test

ผล: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ โดยรวมก่อน หลังการอบรม พบว่า ค่า sig =0.039 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม เมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่าด้านฉันทำได้ (I can) ค่า sig =0.018 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุป: หลักสูตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ที่เข้าอบรมมีความรู้เรื่องการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิตมหาวิทยาลัย , การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

107. อสม.ใกล้บ้าน ร่วมใจ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน

เสาวนีย์ วงษ์โสภณากุล[1], อาภรณ์ สุระกำแหง[1], พัชรี แสงเพ็ชร[1],
วาสนา อุษามาลย์เวท[1], อนันตรา เพชรเจริญทอง[1],
โรงพยาบาลปากพะยูน[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที

วิธีการ: ใช้กลไก อสม. 1 คน ดูแล 10 ครัวเรือน เฝ้าระวัง ค้นหา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ ใช้แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q เป็นเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ

ผล: 1) อสม.มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าก่อนอบรม ร้อยละ 45 หลังอบรม ร้อยละ 85 2) ครัวเรือนที่อสม.รับผิดชอบได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า ร้อยละ 90 พบมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าส่งต่อ 6 ราย ได้รับการวินิจฉัยรักษา ร้อยละ 100 3) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังรักษา 102 ราย ได้รับการติดตาม ร้อยละ 100 ไม่มีขาดยา อาการดีขึ้น 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.28 4) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม ปี2567 ร้อยละ15.78 ปี 2568 เหลือร้อยละ 3.63 5) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 1 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 100 และ6) เฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อเนื่อง

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย อสม.

108. ปากพะยูน เฝ้าระวังสุขภาพใจ ไร้ความรุนแรง

อาภรณ์ สุระกำแหง[1], เสาวนีย์ วงษ์โสภณากุล[1], พัชรี แสงเพ็ชร[1],
วาสนา อุษามาลย์เวท[1], อนันตรา เพชรเจริญทอง1,
โรงพยาบาลปากพะยูน[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

วิธีการ: กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวช SMIV ของอ.ปากพะยูน จ.พัทลุง โดยการประเมินแยกระดับความรุนแรง เฝ้าระวังอาการ และติดตามการรักษา ร่วมกับการใช้APPICATION ปักหมุดงานสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาต่อเนื่อง

ผล: 1) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช ทั้งหมด 323 ราย ได้รับการเยี่ยมพร้อมกับประเมินแยกระดับความรุนแรง โดยทีม 3 หมอ ร้อยละ 100 แบ่งเป็นสีส้มจำนวน 26 ราย สีเหลืองจำนวน 33 ราย สีเขียวจำนวน 264 ราย ผู้ป่วยจิตเวช SMIV จำนวน 65 ราย (เสียชีวิต 2 ราย ย้ายที่อยู่ 10 รายเหลือ 53 ราย) ร้อยละ 100 ได้รับการเยี่ยมเฝ้าระวัง 2) กลุ่มกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช SMIV ระหว่างติดตามอาการมีอาการรุนแรง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.66 ส่งต่อทั้งหมด 3) เกิดรูปแบบนวัตกรรม APPICATION ปักหมุดติดตามเยี่ยม ใช้งานได้ง่าย พกพาสะดวก และ 4) สามารถบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

คำสำคัญ: สุขภาพใจ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชSMIV

109. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษา

อุไรวรรณ นิลเต่า[1], เจนจิรา สมหงส์[1], ภัทรานิษฐ์ ทองตันไตรย์[1], จริยา สอนภักดี[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการ: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม (two Groups, Pre-test, Post-test Design) ระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมัธยมในจังหวัดตราด กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 62 คน เครื่องมือที่ใช้: โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น พัฒนาขึ้นโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผล: เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตของมัธยมศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีพลังใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ≤0.01 สุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (WHO-5) ที่ดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.79 และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ≤0.01 เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า พลังใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.23 สุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (WHO-5) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.74 และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.07

สรุป: โปรแกรมฯ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนมัธยมศึกษาต่อไปได้ ในการศึกษาครั้งถัดไปอาจจะต้องใช้ระยะเวลาติดตาม เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ทักษะการสร้างความยืดหยุ่นและการเสริมสร้างความเข้มแข้งทางใจ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, พลังใจ, สุขภาวะขององค์การอนามัยโลก, ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

110. พัฒนาการบำบัด และป้องกันโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ด้วยหลักศาสนาอิสลามในวัยรุ่น ผ่าน PATTANI MODEL อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

สุไรยา สามอ[1],อับดุลเลาะ อับดุลซอมะ[1],
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโคกโพธิ์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อทดสอบและพัฒนาการบำบัด และป้องกันโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และเพื่อศึกษาผลของการบำบัด และป้องกันโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ด้วยหลักศาสนาอิสลามในวัยรุ่น ผ่าน PATTANI MODEL อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีการศึกษา: ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา อายุ 13 – 17 ปี ที่คัดกรอง ประเมินโรคซึมเศร้า และประเมินการฆ่าตัวตาย โดยวัยรุ่นที่มีคะแนนซึมเศร้า >13 คะแนน (ระดับปานกลางและระดับรุนแรง) จะได้รับการบำบัด และป้องกันโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ด้วยหลักศาสนาอิสลาม ผ่าน PATTANI MODEL โดยคัดเลือกตัวอย่างตามความสมัครใจแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 25 คน เข้ารับการบำบัด 6 ครั้ง หลังได้รับการบำบัด ประเมินโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ทันที และติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า: ก่อนรับการบำบัดวัยรุ่นส่วนใหญ่มีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 48 ระดับปานกลาง ร้อยละ 44 ระดับน้อย ร้อยละ 8 ตามลำดับ ในขณะผลการประเมินหลังบำบัด 6 ครั้ง ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน พบว่าวัยรุ่นมีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 4,20 และ28 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า หลังบำบัด 6 ครั้ง ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน พบว่าระดับความรุนแรงลดลง ก่อนการเข้ารับการบำบัดด้วยศาสนาอิสลาม และผลการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ก่อนเข้ารับการบำบัด พบว่า ปกติ ร้อยละ 76 และ ระดับน้อย ร้อยละ 24 ในขณะผลการประเมินหลังบำบัด 6 ครั้ง ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน พบว่าวัยรุ่นมีผลการประเมินการฆ่าตัวตาย ในระดับปกติ ร้อยละ 96 ,96 และ 100 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินการฆ่าตัวตาย หลังบำบัด 6 ครั้ง ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน พบว่าระดับความรุนแรงลดลง ก่อนการเข้ารับการบำบัดด้วยหลักศาสนาอิสลาม

สรุปการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบำบัดด้วยหลักศาสนาอิสลาม และการป้องกันโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ผ่าน PATTANI MODEL สำหรับวัยรุ่นมีประสิทธิผลในการลดอาการเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ : วัยรุ่น , การบำบัดด้วยหลักศาสนาอิสลาม, โรคซึมเศร้า, การฆ่าตัวตาย

111. การเข้าถึงบริการจิตเวชของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้วและโรคซึมเศร้าในเขตกรุงเทพมหานคร

พงศกร เล็งดี[1], สุทธา สุปัญญา[1], พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ[1],ณัฐปกรณ์ โพธิ์ทอง[1], สิริวัฒน์ สุวัฒนปรีดา[1], กมลเนตร วรรณเสวก[2], ดาวชมพู นาคะวิโร[3], ยุติธรรม เชิญอักษร[4], นิจวรรณ เกิดเจริญ[5], โชติมันต์ ชินวรารักษ์[5], วิรัลพัชร กิตติธะระพันธุ์[6] , สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา[1], โรงพยาบาลศิริราช[2], โรงพยาบาลรามาธิบดี[3], โรงพยาบาลราชวิถี[4], โรงพยาบาลวชิรพยาบาล[5], โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์[6], โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย[7], โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ[8]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

วิธีการ: รวบรวมข้อมูลการลงทะเบียนในสถานพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2565

ผล: จากข้อมูลสถานพยาบาล 21 แห่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เพศหญิง 62.3% โรคจิตเภท 15,737 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม 30% ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 38.8% โรคซึมเศร้า 25,338 คน การศึกษาปริญญาตรี 39% จ่ายเงินค่ารักษาเอง 38.7% และโรคอารมณ์สองขั้ว 4,660 คน การศึกษาปริญญาตรี 39% จ่ายเงินค่ารักษาเอง 38.4% โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด (42.8%) ผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกลาโหม มหาวิทยาลัย และสำนักการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า (79.6%, 65.1% และ 59.9%) ผู้ป่วยสถานพยาบาลของกรมสุขภาพจิต สำนักอนามัย และกรมการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท (60.6%, 52.0% และ 45.0%)

สรุป: ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละสังกัดในกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการมากในสถานพยาบาลของกรมสุขภาพจิต สำนักอนามัยและกรมการแพทย์ ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์เข้ารับบริการมากในสังกัดกลาโหม มหาวิทยาลัย และสำนักการแพทย์ การเข้าถึงสิทธิ์ในการรักษามีโอกาสพัฒนา

คำสำคัญ: โรคจิตเภท, โรคอารมณ์สองขั้ว, โรคซึมเศร้า

112. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

ระวิวรรณ เติมวาณิช, อนงค์นุช ศาโศรก, ปพิชญา ทวีเศษ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง: คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก 5 คน 2) ผู้เข้าร่วมดำเนินการวิจัย 109 คน 3) ผู้รับบริการ เดือน มิถุนายน ถึงเดือน ตุลาคม 2567 เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรง 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ 5) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์ 6) แบบสอบถามความพึงพอใจ 7) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 8) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที

ผล: 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็oเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.69, S.D.=.47: $\overline{X}$ **=4.33**, S.D.=.50: $\overline{X}$ **=4.19**, S.D.=.65) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.65,S.D.=.55) 3) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00)

สรุป: แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ส่งผลลัพธ์ที่ดี ควรนำไปขยายผลให้ครอบคลุม และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนทั้ง 4 ระยะของการพยาบาลจะทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมรุนแรง

113. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดน่าน

ชลทริกา เชียงหนุ้น[1], ปรีชวิชญ์ พรมจักร[1], ปิยะพงษ์ มาแก้ว[1], ปิยดา ขุนชุ่ม[1]
วีระ เอกอนันต์กุล[1],กรรณิการ์ เลื่อมใส[1],จิรนันท์ ศิริเดชากุล[1],
งานสุขภาพจิตและยาเสพติดทุกอำเภอจังหวัดน่าน[1]

วัตถุประสงค์: มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดน่าน
วิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 317 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความเสี่ยงอาการทางจิต ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ประเมินโรคซึมเศร้า ประเมินฆ่าตัวตาย แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
ผล: การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ขณะในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมเครือข่าย 5 ทหารเสือ (ตำรวจ ทหาร ปกครอง ท้องถิ่น สาธารณสุข) และพัฒนาแนวทางการดูแล ประกอบด้วย 1) แนวทางค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน 2) แนวทางช่วยเหลือส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงในชุมชน 3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในโรงพยาบาล 4) แนวทางติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายกลับไปในชุมช**สรุปผล**: ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 91.79 พบมีผู้ที่ก่อเหตุความรุนแรงเป็นเพศชายทั้งหมด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.79 ส่วนใหญ่มีประวัติติดสารเสพติด บางรายมีปัญหาซับซ้อน ไม่มีญาติดูแล อาศัยอยู่ในป่า ไม่รับประทานยา ปฏิเสธการรักษา ทำให้เกิดอาการกำเริบและก่อความรุนแรงในชุมชน แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ ชุมชนสามารถประเมินและจัดการอุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้
คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ความรุนแรง,การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

114. ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ติดสุรา

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์[1], ธรัญญา ดีกัลลา[1], อรพิมล ต้นยศ[1], อารีรัตน์ บุญรักษา[1], สาวิตรี ศตคุณากร[1],
[1]โรงพยาบาลสวนปรุง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ติดสุรา
วิธีการ: 1. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัด สาธารณสุขอำเภอจำนวน 12 อำเภอ ที่มีดัชนีการดื่มสุราสูง เพื่อชี้แจงความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์แผนการดำเนินการ 2. จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข / ผู้นำและแกนนำชุมชนเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชัน Alcohol 3S คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3. ดำเนินการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ติดสุรา โดยใช้แอปพลิเคชัน Alcohol 3S
ผล: ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ติดสุรา จำนวน 5,251 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.65 อายุอยู่ในช่วง 25 – 54 ปี ร้อยละ 47.61 มีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 72.93 (3,830 คน) มีแนวโน้มเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง 19 คน แบ่งเป็นมีแนวโน้มเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อย 11 คน (ร้อยละ 56.60) มีแนวโน้มเสี่ยงฆ่าตัวตายปานกลาง 6 คน (ร้อยละ 31.71) และมีแนวโน้มเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 คน (ร้อยละ 10.68) ตามลำดับ จังหวัดที่มีผู้ดูแลผู้ติดสุราเสี่ยงฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ จังหวัดน่าน (10 คน) มีภาวะซึมเศร้า 47 คน แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 78.72 ระดับปานกลางร้อยละ 10.64 และระดับรุนแรงร้อยละ 10.64 มีความเครียด 3,110 คน แบ่งเป็นความเครียดระดับน้อยร้อยละ 93.35 ระดับปานกลางร้อยละ 5.86 และระดับมากร้อยละ 0.79 ตามลำดับ
สรุป: จากผลการดำเนินงาน พบว่าผู้ดูแลผู้ติดสุรามีปัญหาการดื่มสุราและปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมาก และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง บุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญปัญหาสุขภาพจิต และจัดรูปแบบบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ความช่วยเหลือและติดตามดูแลต่อเนื่องทันที

115. ภัยของสุรากับความรุนแรงในครอบครัว

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์[1], ธรัญญา ดีกัลลา[1], อรพิมล ตันยศ[1], อารีรัตน์ บุญรักษา[1], สาวิตรี ศตคุณากร[1],
[1]โรงพยาบาลสวนปรุง[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลกระทบการดื่มสุราของผู้ติดสุราต่อสมาชิกในครอบครัว

วิธีการ: 1. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัด สาธารณสุขอำเภอจำนวน 12 อำเภอ ที่มีดัชนีการดื่มสุราสูง เพื่อชี้แจงความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ แผนการดำเนินการ สร้างความตระหนักของปัญหาให้แก่พื้นที่ และนัดหมายแผนการดำเนินงาน 2. จัดอบรมให้ความรู้แบบประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ติดสุราแก่บุคคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข / ผู้นำและแกนนำชุมชน 3.ดำเนินการประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ติดสุราในพื้นที่ 12 อำเภอ 4 จังหวัด

ผล: จากการประเมินผลกระทบในสมาชิกครอบครัว 5,251 คน พบว่า สมาชิกครอบครัว 1,759 คน (ร้อยละ 33.5) ได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้ติดสุรา แบ่งออกเป็น การทารุณกรรมด้านร่างกาย (physical Abuse) ได้แก่ เครียดจากปัญหาหนี้สิน 607 คน (ร้อยละ 33.5) อาการนอนไม่หลับ 438 คน (ร้อยละ 24.9) ปวดศีรษะเรื้อรัง 27 คน (ร้อยละ 1.59) ถูกทำร้ายร่างกายขณะเมาสุรา 11 คน (ร้อยละ 0.63) การทารุณกรรมด้านด้านจิตใจ (Psychological Abuse) ได้แก่ วิตกกังวลจากพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา 351 คน (ร้อยละ 19.95) ถูกทำร้ายจิตใจ 64 คน (ร้อยละ 3.64) ซึมเศร้าจากการถูกต่อว่า 24 คน (ร้อยละ 1.36) หงุดหงิด 12 คน (ร้อยละ 0.68) การทารุณกรรมทางเพศ (Sexual Abuse) ได้แก่ การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ 8 คน (ร้อยละ 0.45)

สรุป: จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราได้รับผลกระทบจากการดื่ม ทั้งการถูกทารุณกรรมด้านร่างกาย ทารุณกรรมด้านจิตใจ และทารุณกรรมทางเพศ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือด้านจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรา เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยด้านจิตเวชต่อไป

116. การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์[1], ธรัญญา ดีกัลลา[1], อรพิมล ตันยศ[1], อารีรัตน์ บุญรักษา[1], สาวิตรี ศตคุณากร[1],
[1]โรงพยาบาลสวนปรุง[1]

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาแก่ ผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย

วิธีการ: 1. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายของผู้ดูแลผู้ติดสุรา ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 12 โรงพยาบาล 2. พัฒนาสมถรรนะการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา(problem – solving therapy: PST) ตามแนวคิด Five factors model ของ D'Zurilla & Nezu (2007) และระบบเฝ้าระวังติดตามปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน ให้การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา PST แก่ผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 4. ประเมินผลลัพธ์ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา

ผล: ผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป มี 94 คน ได้รับการบำบัดรักษาการแก้ไขปัญหา (problem – solving therapy: PST) ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาทางลบเป็นทางบวกและมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ และไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

สรุป: การบำบัดรักษาการแก้ไขปัญหา (problem – solving therapy: PST) ช่วยปรับเปลี่ยนมุมมอง ต่อปัญหาและเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาในผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

117. การประเมินผลระบบบริการ Green Clinic: คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน ด้วยกลไก "3 หมอ" เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย สร้างสังคมโรงเรียนไร้ความรุนแรง

พรรณนิภา พรอมตตระกูล
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบบริการ Green Clinic คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียนที่ใช้กลยุทธ์สหวิชาชีพ "3 หมอ" ป้องกันการฆ่าตัวตายลดความรุนแรงในโรงเรียน

วิธีการ: ประเมินผลโครงการในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง จากนักเรียน 3,209 คน ระยะเวลา 18 เดือน (ธันวาคม 2565 – มิถุนายน 2568) จัดบริการ 22 ครั้ง ใช้กลไก "3 หมอ" ประกอบด้วย นักเรียนเพื่อนที่ปรึกษา ครูแนะแนว ทีมสุขภาพจิตสหวิชาชีพ ดำเนินงาน 5 ยุทธศาสตร์: สร้างความรอบรู้, ขจัดปัจจัยเสี่ยง, เสริมปัจจัยปกป้อง, เพิ่มเข้าถึงบริการและสร้างด่านกั้น หนุนเสริมการจัดบริการ Green Clinic ใช้เครื่องมือ School Health Hero และ Mental Health Check-in วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test และ descriptive statistics

ผล: นักเรียนเข้ารับบริการด้วยความสมัครใจ 234 คน (7.3% ของประชากร) เฉลี่ย 31 คน/ครั้ง พบพลังสุขภาพจิตน้อย ลดลง 53.6% ภาวะหมดไฟ ลดลง 72.0% ภาวะซึมเศร้ารุนแรง ลดลง 12.1% และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ลดลง 39.0% จากนักเรียนพยายามฆ่าตัวตาย 22 คน หลังเข้ารับบริการ 18 คน ไม่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อัตราการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 81.8%)

สรุป: ระบบ Green Clinic ด้วยกลไก "3 หมอ" มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการฆ่าตัวตายและสร้างสังคมโรงเรียนไร้ความรุนแรง ลดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มการเข้าถึงบริการ เป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม ในโรงเรียน สนับสนุนนำไปใช้ในระดับนโยบาย

คำสำคัญ: การป้องกันการฆ่าตัวตาย, สุขภาพจิตโรงเรียน, โรงเรียนไร้ความรุนแรง

118. รายงานกรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเฮโรอีนด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยา

สุภาพ พลสำโรง[1], อาร์ชวี เสริมสกุล[2],
ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี 1
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2

วัตถุประสงค์: 1.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเฮโรอีนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

วิธีการ: การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษารายกรณี (case study) ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเฮโรอีน โดยประยุกต์แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยา (harm reduction)

ผล: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 22 ปี กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ปีที่ 2 เริ่มใช้กัญชาตามคำแนะนำของเพื่อนชาย ต่อมาเริ่มใช้เฮโรอีนร่วมกับกัญชาในปริมาณ 0.25 กรัม จนเกิดการเสพติดและมีพฤติกรรมขาดความรับผิดชอบในการเรียน ผู้ป่วยตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ไม่พบประวัติการแท้ง (G1P0) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีอาการถอนพิษยาในระดับเล็กน้อย และพบสารอนุพันธ์กลุ่มโอปิออยด์ในปัสสาวะ ได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนร่วมกับการพยาบาลภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยา ตลอดจนการติดตามพัฒนาการของทารกในครรภ์ ผู้ป่วยคลอดโดยการผ่าตัด ทารกเพศชายแข็งแรงดี ยังคงอยู่ในระบบบำบัดด้วยเมทาโดนขนาด 20 มก./วัน งดให้นมบุตร และมาตรวจหลังคลอดตามนัดโดยผลปกติ

สรุป: การพยาบาลตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเฮโรอีนมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยเมทาโดนได้อย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยทั้งต่อมารดาและทารกจากภาวะแทรกซ้อนและภาวะอันตรายต่าง ๆ

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์, ผู้ติดเฮโรอีน, การลดอันตรายจากการใช้ยา, การพยาบาล

119. โครงการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในโรงเรียนพื้นที่นำร่องจังหวัดขอนแก่น วัยรุ่นติดเกราะ “Mental Health Shield for Youth”

ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม[1], ปาณิสรา นันตะวงษ์[1], มาลิณี ศรีวงค์จันทร์[1],
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในโรงเรียนเชื่อมกับเครือข่ายสาธารณสุข

วิธีการ: พัฒนาหลักสูตรอบรมแกนนำนักเรียน (Y-SPA) และครู (T-SPA) และได้ดำเนินการอบรมแกนนำ Y-SPA 500 คน และ T-SPA 100 คน จากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 52 โรงเรียน พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข (H-SPA) จากนั้นคัดกรองนักเรียนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบประเมิน PHQ-A และให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดย Y-SPA และ T-SPA ส่วนกรณีนักเรียนกลุ่มเสี่ยงสูงจะถูกส่งต่อให้ H-SPA ดูแลต่อไป

ผล: หลังการอบรมพบว่า Y-SPA และ T-SPA มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 96.78 และ 91.25 ตามลำดับ นักเรียนได้รับการคัดกรองทั้งหมด 15,679 คน พบกลุ่มเสี่ยงได้รับดูแลโดย Y-SPA 5,028 คน และได้รับการดูแลโดย T-SPA 4,181 คน และกลุ่มเสี่ยงสูงถูกส่งต่อให้ H-SPA 1,857 คน ข้อมูลในปี 2567 พบว่าจำนวนครั้งการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจังหวัดขอนแก่นลดลงเหลือ 106 ครั้ง และไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ

สรุป: โครงการวัยรุ่นติดเกราะทำให้เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในโรงเรียนเชื่อมกับบริการสาธารณสุข สามารถช่วยลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายในโรงเรียนได้ ในอนาคต

คำสำคัญ: ครู T-SPA, นักเรียน Y-SPA, วัยรุ่นติดเกราะ, ซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย

120.การรวบรวมความรู้และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้ Generative AI และการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม

กฤษณ์ ลำพุทธา
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

วัตถุประสงค์: เพื่อรวบรวมความรู้และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในบริบทที่เหมาะสม โดยใช้ Generative AI

วิธีการ: เป็นการศึกษาวรรณกรรม (literature review) จากแหล่งข้อมูลวิชาการ รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และนโยบายระดับประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยเน้นประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงสังเคราะห์แนวทางที่หลากหลาย ด้วยการประมวลผลข้อมูลปัญญาประดิษฐ์ (Generative AI) Chat GPT ในการศึกษา

ผล: พบว่าประเทศที่ประสบความสำเร็จจนนำไปสู่การมีแนวโน้มฆ่าตัวตายลดลงต่อเนื่อง มีแนวทางการป้องกันหลายรูปแบบ เช่น ญี่ปุ่น พัฒนาเครือข่ายโทรสายด่วน 24 ชั่วโมง ส่งเสริมระบบการช่วยเหลือผ่านชุมชน เกาหลีใต้ บังคับใช้กฎหมายควบคุมเนื้อหาสื่อที่มีลักษณะกระตุ้นพฤติกรรมเลียนแบบการฆ่าตัวตาย ฟินแลนด์ รวมระบบบริการสุขภาพจิตเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ เน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม อังกฤษและออสเตรเลีย ใช้ระบบการแจ้งเตือนและติดตามกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการรณรงค์ในสังคม ประเทศไทย พัฒนาเครือข่ายทีมเยียวยาจิตใจ (MCATT) ใช้การประเมินสุขภาพจิตออนไลน์และสร้างเครือข่ายชุมชนป้องกันการฆ่าตัวตาย

สรุป: แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้ผล ต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วน ทั้งการใช้เทคโนโลยีควบคู่กับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของประเทศ

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย การป้องกัน Generative AI ChatGPT

121. ผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด

รัฐธีร์ วรรณโกษิตย์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ภายใต้กลไก 3 หมอ
วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยกลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการพัฒนาศักยภาพตามแผนการที่กำหนดโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุดรธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบทดสอบความรู้การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดและแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ดำเนินการศึกษาในเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) วิเคราะห์ผลของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
ผล: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.48 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.06 คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 7.67, S.D. = 1.08) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 8.63, S.D. = 1.46) โดยพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมการอบรม คิดเป็น ร้อยละ 99. 6 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมนำสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดอย่างชัดเจน กลไก “3 หมอ” เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาและขับเคลื่อนทีมสุขภาพจิตในพื้นที่ โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืนและเข้าถึงประชาชนได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ทีมนำสุขภาพจิต, สารเสพติด, กลไก 3 หมอ

122. การพัฒนาหลักสูตรการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต สำหรับนักจิตวิทยา

ชญานันทน์ ชันธะชัย
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้จึงพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมศักยภาพนักจิตวิทยาในด้านความรู้และทักษะการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภาวะวิกฤต พร้อมส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการรับมือวิกฤตสุขภาพจิต รวมถึงพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในสถานการณ์วิกฤต
วิธีการ: ศึกษาการประเมินผลหลักสูตรในนักจิตวิทยาเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 57 คน (ร้อยละ 87.7 จาก 65 คน) ซึ่งเป็นผู้สมัครใจจากกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 เก็บข้อมูล 3 ส่วน: ข้อมูลพื้นฐาน, ทักษะและความรู้ก่อน-หลังอบรม, และความพึงพอใจต่อหลักสูตร
ผล: หลังอบรม ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และมีความพึงพอใจต่อหลักสูตรร้อยละ 98.6
สรุป: หลักสูตรนี้ช่วยให้นักจิตวิทยาเขตสุขภาพที่ 8 มีความรู้และทักษะในการเยียวยาจิตใจผู้ประสบวิกฤต ผ่านการปฐมพยาบาลทางใจ การให้คำปรึกษา และบำบัดฟื้นฟู สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ : การเยียวยาจิตใจ , วิกฤตสุขภาพจิต , หลักสูตรการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต , นักจิตวิทยา

123. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเพื่อลดความรุนแรงในสังคม ศึกษาบริบทในต่างประเทศ ระยะ 5 ปี

กฤษณ์ ลำพุทธา
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในบริบทต่างประเทศที่เชื่อมโยงกับการลดความรุนแรงในสังคม

วิธีการ: ทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลวิชาการ งานวิจัยจากฐานข้อมูลวิชาการ รวมถึงรายงานประเทศต่าง ๆ โดยคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องและเผยแพร่ ในช่วง 5 ปี (พ.ศ.2563–2568

ผล: การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความรุนแรงในสังคม ฟินแลนด์ นำโครงการ Mental Health First Aid มาใช้พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นแก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ส่งผลให้พฤติกรรมรุนแรงในโรงเรียนลดลง 30% แคนาดา พัฒนาโปรแกรม Roots of Empathy เพื่อส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจในนักเรียนระดับประถม ผ่านการเรียนรู้และเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นจากการสังเกตในครอบครัว ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งในห้องเรียนอย่างมีนัยสำคัญ สก็อตแลนด์ ดำเนินโครงการ See Me มุ่งลดการตีตราทางสุขภาพจิตและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในสังคม ส่งผลให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกล้าเข้ารับบริการและได้รับการสนับสนุนมากขึ้น ในญี่ปุ่นเน้นระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานผ่านการประเมินความเครียดและโปรแกรมฟื้นฟูจิตใจ ซึ่งช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายจากความเครียดในแรงงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป: การส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และนโยบาย มีบทบาทสำคัญในการป้องกันความรุนแรงอย่างยั่งยืน ควรพัฒนานโยบายและโครงการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น พร้อมระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ความรุนแรงในสังคม

124. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย

ณัฏฐนันท์ โปธิ[1], โฆษิต กัลยา[1], อรทัย เจียมดำรัส[1], สุรินทร อิวปา[1], พุทธชาด ศรีสุวรรณ์[2]
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1[1], โรงพยาบาลสวนปรุง[2]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยระหว่างก่อนกับภายหลังรับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

วิธีการ: การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน มีค่า 1.0 ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนปรุงเลขที่ 15/2568 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired dependent t-test

ผล: พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเข้มแข็งทางใจภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01(t=-3.707, P-value < 0.01) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t = 2.726, P-value < 0.05)

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจช่วยเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้มแข็งทางใจเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถรับมือกับความเครียดอุปสรรค และปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจ, นักศึกษา, โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

125. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เขตสุขภาพที่ 1

ชฎาธาร ใจกว้าง[1], ณัฏฐนันท์ โปธิ[1],
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
วิธีการ: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 ครอบครัว สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เป็นโปรแกรม Tripple-P ของกรมสุขภาพจิต (2562) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน EQ และแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
ผล: ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = -8.190, P-value < 0.001) และคะแนนทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = -8.809, P-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมศักยภาพการเลี้ยงดูและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยได้
สรุป: โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถส่งผลในเชิงบวกต่อทั้งความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูที่เหมาะสมของผู้ปกครองพัฒนาการของเด็กในช่วงปฐมวัย ดังนั้นจึงควรมีการขยายผลและประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตเด็กในระยะยาว
คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์, โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม, ทักษะการเลี้ยงดู

126. ผลของการเสริมสร้างความคิดและพฤติกรรมการนอนหลับต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กัณณวันฑ์ สกูลหรัง[1], บัณฑิต คงประสิทธิ์[1], รักษิณา พรมทองบุญ[1],
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์[1]

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความคิดและพฤติกรรมการนอนหลับกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
วิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันก่อน-หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 36 คน จับคู่ตามอายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างความคิดและพฤติกรรมการนอนหลับ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบวัดความเครียดสวนปรุง และแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ *t*-test
ผล: ผู้ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความคิดและพฤติกรรมการนอนหลับมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าเฉลี่ย = 104.89, SD = 21.47 เทียบกับ ค่าเฉลี่ย = 88.18, SD = 16.67)
สรุป: การศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และเสริมสร้างสมรรถนะของนักจิตวิทยาคลินิกในการส่งเสริมพฤติกรรมการนอนหลับที่เหมาะสมในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ
คำสำคัญ: การนอนหลับ, คุณภาพชีวิต, ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

127. การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

รุจิรา อำพันธ์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพพัฒนาศักยภาพอสม.ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึงเดือน มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.คลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 90 คน โดยการอบรมการพัฒนาศักยภาพพัฒนาศักยภาพอสม.ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ วีดีทัศน์ คู่มือการใช้แบบคัดกรอง2Q เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ และทัศนคติก่อนและหลังการอบรม แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ แบบประเมินด้านความรู้ 10 ข้อ แบบประเมินด้านทัศนคติ 10 ข้อ สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผล: จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 90 คน มีระดับคะแนนความรู้และทัศนคติ ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านความรู้ ร้อยละ 63 หลังเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 90 ด้านทัศนคติ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 59 หลังเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 91

สรุป: การพัฒนาศักยภาพ อสม. สามารถพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ แก่ อสม. ได้เพิ่มขึ้น หลังจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ควรมีการทบทวนความรู้ เตือนความจำเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักอยู่เสมอ และควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติให้ อสม. มีความมั่นใจ และเชี่ยวชาญในงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อบ่งชี้ว่า การดำเนินงานสุขภาพจิตมีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

128. Prevalence and Clinical Correlates of Hyperprolactinemia in Patients Treated with Psychotropic Medications in Psychiatric Hospitals

Apiradee Sang-ngarm[1], Chompoonuch Werawattanachai[1], Kamonrat Somrak[1], Sipanut Silaket[1], Tuanthon Boonlue[2]
[1]Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand
[2]Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand

Objective: To determine the prevalence and clinical correlates of hyperprolactinemia among psychiatric outpatients treated with psychotropic medications.

Methods: This cross-sectional study analyzed clinical data from 232 psychiatric outpatients receiving psychotropic agents at psychiatric hospitals. Demographic characteristics, psychiatric diagnoses, and detailed psychotropic medication profiles were obtained from medical records. Serum prolactin levels were measured, and hyperprolactinemia was defined as prolactin levels exceeding 20 ng/mL in males and 25 ng/mL in females. Logistic regression was used to examine associations between hyperprolactinemia and potential predictors including age, sex, and specific medications. Linear regression was also conducted to assess factors associated with prolactin levels as a continuous outcome.

Results: Hyperprolactinemia was observed in 80.6% of patients. The mean age was 31.14 ± 9.60 years, with a predominance of female participants (95.69%). Risperidone (69.4%) and sertraline (38.4%) were the most prescribed medications. In multivariable logistic regression, risperidone use was independently associated with increased odds of hyperprolactinemia (OR = 4.54, 95% CI: 2.05–10.10, $p < 0.001$), while sertraline use was inversely associated (OR = 0.24, 95% CI: 0.11–0.56, $p = 0.001$). In linear regression, amisulpride ($\beta = 122.53$, $p < 0.001$), risperidone ($\beta = 19.90$, $p = 0.038$), and female sex ($\beta = 46.50$, $p = 0.016$) were significantly associated with higher prolactin levels. The model explained 16.0% of the variance in serum prolactin levels (Adjusted $R^2 = 0.1604$).

Conclusion: Hyperprolactinemia is a common adverse effect among psychiatric outpatients treated with psychotropic medications, particularly risperidone and amisulpride. Conversely, sertraline may exert a protective effect. Routine prolactin monitoring should be considered, especially in high-risk individuals. These findings underscore the importance of tailored pharmacovigilance and individualized treatment strategies.

129. Voice of Change: สื่อสารด้วยใจ หยุดใช้ หยุดรุนแรง

นางณัฐปภัสร์ นาคะวิโรจน์[1], สุคนธวรรณ สุวรรณเรืองศรี[2], เสาวคนธ์ สุดตรง[3],
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดทางโทรศัพท์ตามหลักให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ
วิธีการ: การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องการติดตามผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดทางโทรศัพท์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ จากระบบเดิมมีการติดตามทางโทรศัพท์แต่การให้คำปรึกษายังไม่เฉพาะแต่ละกลุ่มโรค Plan: วิเคราะวงล้อเดิม Do: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดและก่อความรุนแรงสูงในช่วง 1 เดือนได้รับความยินยอมจากญาติ พัฒนารูปแบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ กำหนดแนวทางการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4 สัปดาห์ครั้งละ 20–30 นาที วัดแรงจูงใจแต่ละครั้ง ทำคู่มือและแบบบันทึกการสนทนาแต่ละครั้ง Check: ประเมินแรงจูงใจ ประเมินความก้าวร้าวและการก่อความรุนแรงซ้ำ หลังเข้าโปรแกรม Act: ปรับช่วงเวลา ความถี่การโทรให้เหมาะสม คำถามหรือเทคนิคในการพูดในแต่ละราย
ผล: ผู้ป่วยได้รับการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ร้อยละ 100 ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 100 และมีรูปแบบการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ
สรุป : การติดตามผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดการก่อความรุนแรง และขาดการรักษา การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามทางโทรศัพท์ตามหลักให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการรักษา เลิกใช้สารเสพติดและลดการก่อความรุนแรงได้ ลดอุปสรรคด้านเวลาและระยะทาง
คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด, พัฒนารูปแบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผลงานวิชาการนิพนธ์ต้นฉบับ

เรื่องที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	ชื่อผู้นำเสนอผลงาน
1	**รางวัลผลงานวิชาการ ระดับดีเด่น** การสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ	โรงพยาบาลศรีธัญญา	รักสุดา กิจอรุณชัย
2	**รางวัลผลงานวิชาการ ระดับดี** การพัฒนาระบบแผนเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์
3	**รางวัลผลงานวิชาการ ระดับชมเชย** ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาเกี่ยวกับยา Methylphenidate .นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[1] สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น[2]	อัจฉราวรรณ โตภาคงาม[1] ณัฐ นาเอก1 ขัยณรงค์ สร๊ละคร[2]
4	**รางวัลผลงานวิชาการ ระดับชมเชย** การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย	สุพรรณ มหิตธิ

การสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ

รักสุดา กิจอรุณชัย, พ.บ.
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างและประเมินผลโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยและพัฒนามีขั้นตอนดังนี้ 1) สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยนอกจิตเภทที่อาการสงบ 2) นำข้อมูลจากการสำรวจมายกร่างโปรแกรมฯ จัดทำคู่มือ ทดลองเบื้องต้นเพื่อปรับปรุงโปรแกรมฯ 3) ทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลบางใหญ่และโรงพยาบาลเสนา ประเมินผลด้วยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ของกองสุขศึกษา กรมอนามัย และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนา ดัชนีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับไขมัน วัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯทันที ด้วย pair t-test

ผลการศึกษา : โปรแกรมฯประกอบด้วยกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ Satir model กิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท โภชนาการ และการออกกำลังกาย จำนวน 4 ครั้งห่างกัน 3-4 สัปดาห์ต่อครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า มีผู้ป่วยรวม 24 คน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ องค์ประกอบย่อยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเข้าถึงข้อมูล และองค์ประกอบย่อยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเรื่องอาการเตือนการป่วยซ้ำ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระดับ triglyceride และ HDL เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป : โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบเพิ่มคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, จิตเภท, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

การพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์ พ.บ.[1]
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ออกแบบระบบโดยจิตแพทย์ 2) ออกแบบระบบร่วมกับสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช 3) จัดทำร่างแนวทางและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 4) ทดสอบความเป็นไปได้ส่วนการประเมินอาการทางจิตเวชในระยะต่าง ๆ 5) ปรับปรุงแนวทาง 6) ทดสอบความเป็นไปได้ในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี วัดผลจากการมีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน และความสอดคล้องในการลงความเห็นของจิตแพทย์

ผล : ร่างระบบแผนการดูแลประกอบด้วย 1) ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี 2) การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา 3) การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา 4) การประชุมติดตามตามก้าวหน้า มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.98 ทดสอบความเป็นไปได้ในกลุ่มตัวอย่างโรคจิตเภท 3 ราย พบว่า 2 ราย มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน อีก 1 ราย ติดตามจนถึง 180 วัน ผู้ป่วยยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี โดยเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีการรู้คิดบกพร่อง จิตแพทย์สามารถใช้ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชร่วมกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีแล้วลงความเห็นได้สอดคล้องกัน

สรุป : ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีมีส่วนช่วยให้จิตแพทย์ลงความเห็นได้สอดคล้องกัน และผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้คดีตามเป้าหมาย เว้นแต่กรณีผู้ป่วยเรื้อรัง และมีการรู้คิดบกพร่อง จำเป็นต้องใช้เวลานานกว่าที่เป้าหมายตั้งไว้

คำสำคัญ : ความสามารถในการต่อสู้คดี ผู้ป่วยคดี อาการทางจิตเวช

ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาเกี่ยวกับยา Methylphenidate ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสัดส่วนและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต

วิธีการ : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุ 6-18 ปี ได้รับยาเมทิลเฟนิเดตชนิดรับประทานแบบออกฤทธิ์สั้นหรือออกฤทธิ์ยาว จำนวน 286 คน และถูกติดตาม ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาสัดส่วนและการถดถอยโลจิสติกทั้งแบบตัวแปรเดี่ยวและพหุตัวแปรจะถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต

ผล : จากผู้ป่วย 286 ราย พบว่า 152 ราย (53.1%) เกิดปัญหาเกี่ยวกับยาจากเมทิลเฟนิเดตในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าวมาแล้ว (มัธยฐาน) 1 ปี (พิสัยควอไทล์ 0.4 ถึง 2.9 ปี) โดยประเด็นด้านความปลอดภัยเป็นปัญหาที่พบเป็นส่วนใหญ่ การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรได้บ่งชี้ถึงหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความน่าจะเป็นในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา อันได้แก่ ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น การมีโรคร่วม และการที่ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ในทางกลับกัน การมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ดูแล และการอาศัยอยู่ในภูมิลำเนาห่างไกลสัมพันธ์กับการเพิ่มความน่าจะเป็นในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาจากเมทิลเฟนิเดต

สรุป : ผลการศึกษาบ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านความปลอดภัยเป็นสิ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาดังกล่าว อาจช่วยให้บ่งชี้และจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัย, ปัญหาเกี่ยวกับยา, เมทิลเฟนิเดต, โรคสมาธิสั้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

สุพรรณ มหิตธิ พย.ม.

โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดูแลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

วิธีการ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory action research: PAR) แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์ ประเมิน เตรียมการ ของสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม 2) จัดการรายกรณีโดยกระบวนการพยาบาลให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ 3) ประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล

ผลการศึกษา : สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพ จึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ปรับแผนการดูแล ติดตามให้เหมาะสม ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12, p-value + 0.05) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในทุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD- 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสิติ (= 21, p-value : 0.05) ผู้ป่วยจิตเภทไม่ก่อความรุนแรงตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อปท. ตำรวจและกู้ภัย มีความพึงพอใจ

สรุป : อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลง ไม่ก่อความรุนแรง

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม



ส่วนที่ 5

สรุปการประชุม

รายงานสรุปผลการประชุม

คำกล่าวปิดการประชุม

ภาพบรรยากาศการประชุม



รายงานสรุปผลการประชุม

คำกล่าวรายงานสรุปการประชุม
ในพิธีปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
เรื่อง “สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ... ไร้ความรุนแรง: Mental Health for Gentle Society”
โดย นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ในวันที่ 3 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00 – 11.45 น.
ณ TRUE ICON HALL 2 ICONSIAM



กราบเรียน ท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิต (นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)

ท่านผู้บริหารกรมสุขภาพจิต และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ กระผมนายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้เป็นเจ้าภาพในการจัดงานประชุมในครั้งนี้ กระผมขอรายงานสรุปการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 ดังนี้



ท่านประธานเปิดการประชุมครั้งนี้ได้รับเกียรติจากท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายสมศักดิ์ เทพสุทิน) กล่าวรายงานโดย ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์)



สำหรับรางวัลเกียรติยศ “Mental Health Award 2025” มอบแด่ ท่านผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และตะวันออก (คุณไซมา วาเซด)



อีก 2 รางวัลเกียรติยศ ได้แก่

1. รางวัล นายแพทย์ประสพ รัตนากร จำนนวน 3 รางวัล ดังนี้

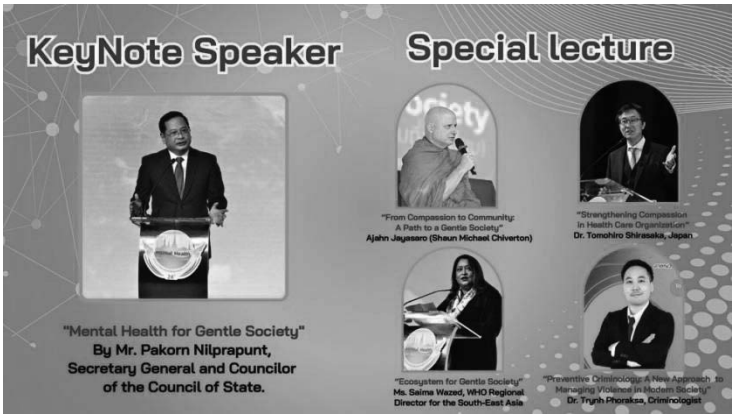
   ประเภทบุคคล จำนวน 1 รางวัล

   ประเภทองค์กร จำนวน 2 รางวัล

2. รางวัล นายแพทย์อุดม ลักษณวิจารณ์ จำนวน 3 รางวัล ดังนี้

   ด้านการบริหารจัดการงานสุขภาพจิตเวชและยาเสพติดตามมาตรฐาน จำนวน 6 รางวัล

   ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 รางวัล



การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติในปีนี้ มีหัวข้อการบรรยายพิเศษที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญระดับชาติและนานาชาติ ได้แก่

1. ปาฐกถาพิเศษเรื่อง “สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง”

   โดย คุณปกรณ์ นิลประพันธ์ เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาและกรรมการกฤษฎีกา

2. บรรยายพิเศษ เรื่อง Strengthening Compassion in Health Care Organization

   โดย Dr. Tomohiro Shirasaka, Director, Department of Psychiatry, TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan

3. From Compassion to Community: A Path to a Gentle Society (จากหัวใจสู่สังคม สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโยน)

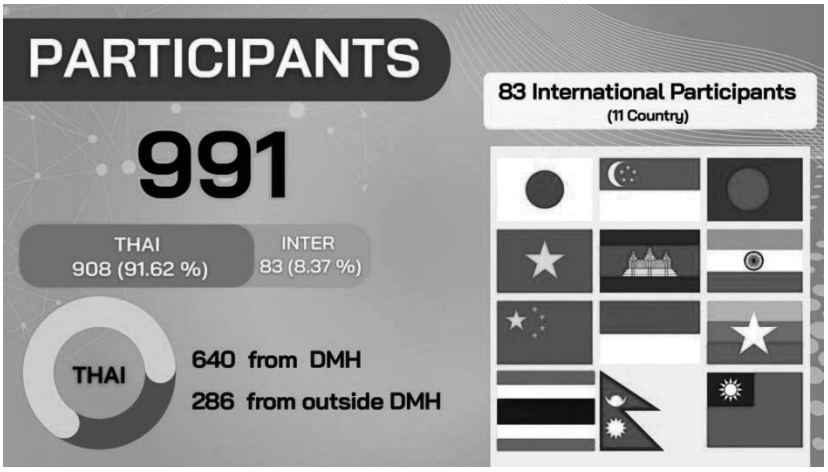
   โดย พระพรหมพัชรญาณมุนี (ฌอณ ชยสาโร)

4. อาชญวิทยาเชิงป้องกัน: ทางเลือกใหม่ของการจัดการความรุนแรงในสังคมยุคปัจจุบัน

   โดย ดร.ตฤณห์ โพธิ์รักษา นักอาชญาวิทยาเชิงจิตวิทยา

5. Ecosystem for Gentle Society

   โดย Ms. Saima Wazed, WHO Regional Director for the South-East Asia Region



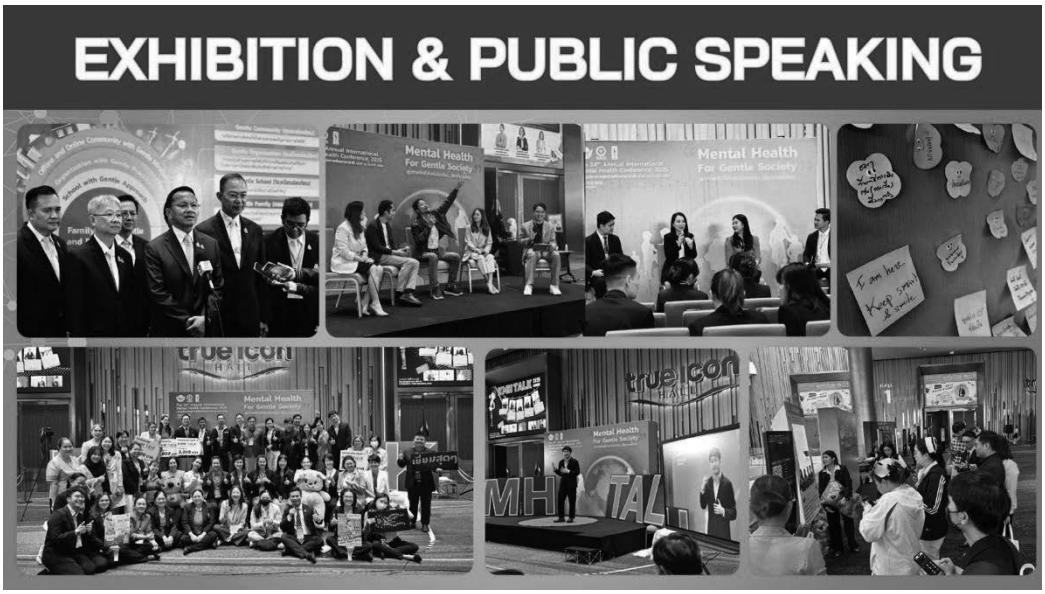
ประชุมครั้งนี้ ได้รับความสนใจโดยมีผู้เข้าร่วมประชุมรวมทั้งสิ้น 991 คน เป็นผู้เข้าร่วมประชุม จากต่างประเทศ 83 คน จาก 11 ประเทศ ประกอบด้วย ญี่ปุ่น สิงคโปร์ บังกลาเทศ อินเดีย เวียดนาม กัมพูชา อินโดนีเซีย พม่า จีน เนปาล และไต้หวัน ส่วนผู้เข้าร่วมประชุมคนไทย เป็นบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต 640 คน นอกสังกัดกรมสุขภาพจิต 286 คน



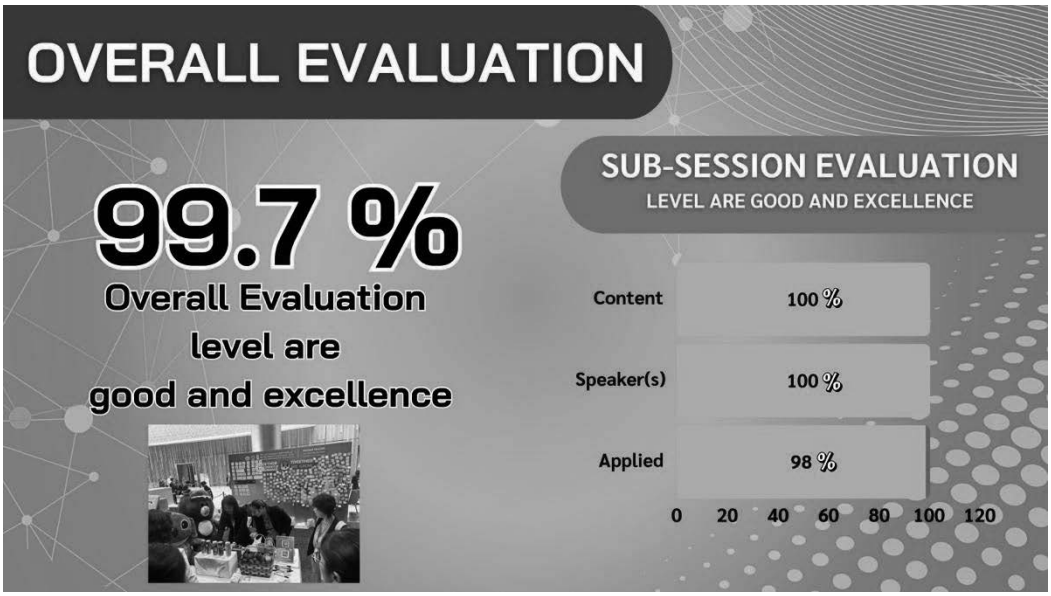
และได้รับเกียรติจากวิทยากรชาวไทย และวิทยากรนานาชาติ รวม 99 คน



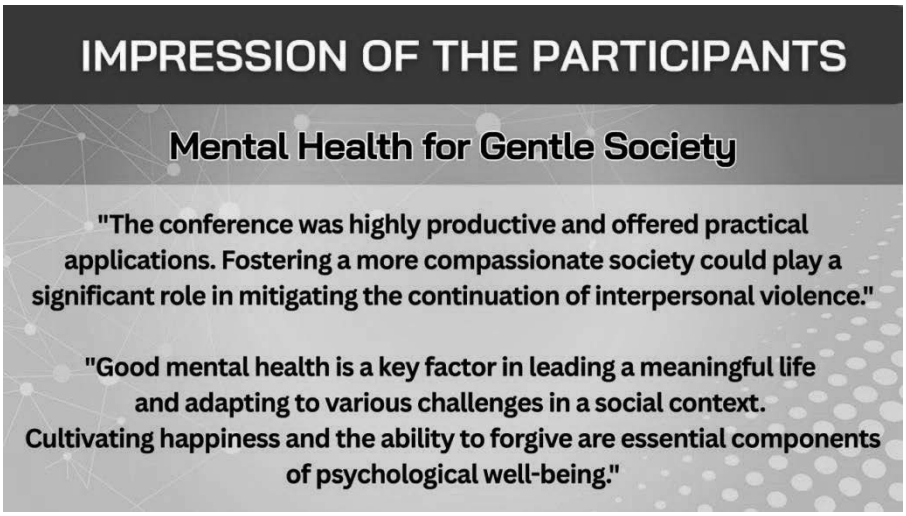
ตลอดจนได้รับความสนใจจากเครือข่ายนักวิชาการ ทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมอภิปรายหัวข้อวิชาการ รวมทั้งสิ้น 40 หัวข้อ นำเสนอผลงานวิชาการแบบปากเปล่า 56 เรื่อง แบบโปสเตอร์ 129 เรื่อง



มีการจัดแสดงนวัตกรรมนิทรรศการวิชาการสุขภาพจิต และพื้นที่สื่อสารความรู้ Public Speaking โดยใช้ฐานแนวคิด สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ...ไร้ความรุนแรง (Mental Health for Gentle Society)



การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.7



โดย ผู้เข้าร่วมประชุมได้กล่าวถึงความประทับใจในการประชุมครั้งนี้ ว่า

- เป็นการประชุมที่ดีมากนำไปใช้ได้จริง ถ้าสังคมมีความอ่อนโยน จะช่วยลดความรุนแรงต่อเนื่องของมนุษย์ด้วยกัน
- สุขภาพจิตดีเป็นกุญแจหลักสำคัญในการใช้ชีวิตและการปรับตัวต่อปัญหาสถานการณ์การใช้ชีวิตในสังคมควรมีความสุขรู้จักให้อภัย



บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอกราบเรียนเชิญท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิต (นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์) มอบใบประกาศนียบัตร โล่รางวัลในกิจกรรมวิชาการสุขภาพจิต และกล่าวปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568เรื่อง สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน ...ไร้ความรุนแรง (Mental Health for Gentle Society)
เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน จะเป็นพระคุณยิ่ง

คำกล่าวในพิธีปิด

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่24 ประจำปี 2568

เรื่อง สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง" (Mental Health for Gentle Society)

โดย อธิบดีกรมสุขภาพจิต (นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)

ในวันที่ 3 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.45 – 12.00 น.

ณ TRUE ICON HALL 2 ICONSIAM

ท่านผู้บริหาร วิทยากร แขกผู้มีเกียรติ และคณะผู้จัดประชุม ทุกท่าน

ในนามของ กรมสุขภาพจิต ผมรู้สึกเป็นเกียรติและภาคภูมิใจอย่างยิ่งที่ได้กล่าวปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปีพุทธศักราช 2568 การประชุมครั้งนี้เป็นอีกก้าวสำคัญ ที่เราได้ร่วมกันยกระดับและขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในระดับสากล

ตลอด 3 วันของการประชุมครั้งนี้เราได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่หลากหลายและลึกซึ้งในด้านสุขภาพจิตจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศไทยและต่างประเทศ ผมเชื่อมั่นว่า จะเป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของประเทศให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น โดยใช้แนวคิด"สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง" (Mental Health for Gentle Society)" ต่อไป

ขอขอบคุณวิทยากร ผู้นำเสนอผลงานวิชาการ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านที่ให้ความสนใจ ในการเข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ ขอบคุณคณะผู้จัดงานทุกฝ่ายที่ร่วมแรงร่วมใจในการจัดงาน และขออำนวยพรให้ทุกท่านจงประสบแต่ความสุข ความเจริญ และเดินทางกลับโดยสวัสดิภาพ

บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว ผมขอปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 ภายใต้แนวคิด"สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง" (Mental Health for Gentle Society)" ณ บัดนี้



ภาพบรรยากาศการจัดประชุม

ภาพพิธีเปิดการประชุม



ภาพการประชุมในห้องย่อย







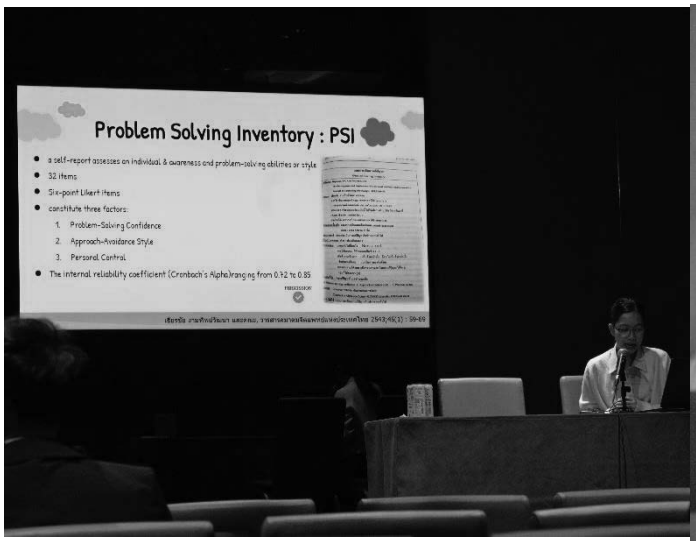


ภาพการประชุมในห้องย่อย





ภาพการนำเสนอผลงานวิชาการรูปแบบปากเปล่า









ภาพการนำเสนอผลงานวิชาการรูปแบบโปสเตอร์





ภาพกิจกรรมโซน Public Speaking





ภาพพิธีปิดการประชุม







ส่วนที่ 6

ภาคผนวก

ประวัติองค์ปาฐกถาพิเศษและวิทยากรบรรยายพิเศษ

Infographic ประชาสัมพันธ์

ประกาศนียบัตรวิทยากรและผู้เข้าร่วมประชุม

ภาพบูทนิทรรศการ

QR code เอกสารประกอบการประชุมและเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง



ประวัติองค์ปาฐกถาพิเศษ และวิทยากรบรรยายพิเศษ

ประวัติองค์ปาฐก

ในพิธีเปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

หัวข้อการปาฐกถาพิเศษ สุขภาพจิตดีสังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง

(Mental Health for Gentle Society)



ชื่อ

นายปกรณ์ นิลประพันธ์

เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

การศึกษา

ปริญญาตรี นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปริญญาโท LL.M (Trade and Practices Law) มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย

ประสบการณ์การทำงาน / ผลงาน / ความเชี่ยวชาญ

ร่างกฎหมายและให้คำแนะนำด้านกฎหมายแก่หน่วยงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจหรือตามคำสั่งของนายกรัฐมนตรีหรือมติของคณะรัฐมนตรี

ผลงานวิชาการที่เผยแพร่แล้ว ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

บทความ/ผลงานวิชาการเผยแพร่ผ่านช่องทาง Facebook: Alex Pakorn และ https://lawdrafter.blogspot.com

ประวัติวิทยากร

ในพิธีเปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

บรรยายพิเศษ เรื่อง Strengthening Compassion in Health Care Organizations



ชื่อ

Dr. TOMOHIRO SHIRASAKA

DIRECTOR OF PSYCHIATRY Director of Psychiatry

TEINE KEIJINKAI Medical Center

การศึกษา

2012: Graduated from Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Department of Psychiatry

2005: Graduated from Saitama Medical University School of Medicine..

ประสบการณ์การทำงาน / ผลงาน / ความเชี่ยวชาญ

2020: Part–time lecturer, Department of Mental Welfare, Health Sciences University of Hokkaido

Part–time Lecturer in Public Health, Okayama University

2017: Part–time lecturer, Psychiatric Nursing, Health Sciences University of Hokkaido

2014: Director, Department of Psychiatry, Teine Keijinkai Hospital

2013: Chief, Department of Psychiatry, Ebetsu City Hospital

2010: Visiting Assistant Professor, Department of Psychiatry, Connecticut State University

2008: Sapporo Medical University Hospital (Department of Neuropsychiatry)

2007: Department of Psychiatry and Neurology, Sunagawa City Hospital

2006: Clinical resident at Sapporo Medical University Hospital

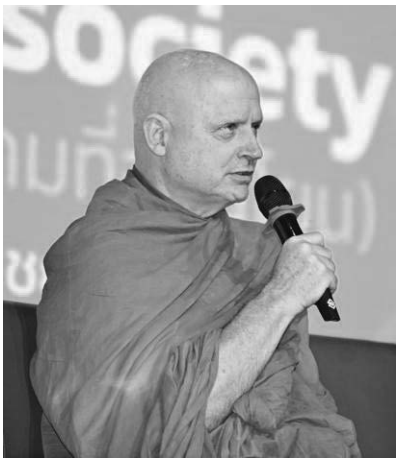
2005: Clinical resident, Muroran Municipal General Hospital

ประวัติวิทยากร

ในพิธีเปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

บรรยายพิเศษ เรื่อง From Compassion to Community: A Path to a Gentle Society

(จากหัวใจสู่สังคม สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโยน)



ชื่อ

พระพรหมพัชรญาณมุนี (ฌอน ชยสาโร)
พระราชาคณะเจ้าคณะรอง ฝ่ายวิปัสสนาธุระ
สถานพำนักสงฆ์บ้านไร่ทอสี จังหวัดนครราชสีมา

การศึกษา

ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาธรรมนิเทศ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ประสบการณ์การทำงาน / ผลงาน / ความเชี่ยวชาญ

2540– 2544 ดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาสวัดป่านานาชาติ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
การเผยแผ่พุทธธรรม ตามหลักการ “บวร” บ้าน วัด โรงเรียน อันเป็นแกนหลักในการพัฒนาชุมชน สังคม ประเทศชาติ รวมถึงระดับนานาชาติ

2523 อุปสมบทเป็นภิกษุ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2523 ที่วัดหนองป่าพง จังหวัดอุบลราชธานี

ผลงานการเผยแผ่พระพุทธศาสนา

1. การเผยแผ่พุทธธรรม ที่วัด สถานพำนักสงฆ์สถานปฏิบัติธรรม และสถานศึกษา
2. การเดินทางไปเผยแผ่ในต่างประเทศ หรือผ่านสื่อต่างประเทศ
3. การเขียนหนังสือเป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทยเพื่อเผยแผ่
   หนังสือภาษาต่างประเทศ จำนวนที่พิมพ์รวม 183,600 เล่ม
   หนังสือภาษาไทย จำนวนที่พิมพ์รวม 2,451,555 เล่ม
4. การเผยแผ่ผ่านสื่อดิจิทัลต่างๆ

การได้รับการถวายเกียรติจากสังคมไทย

2567 รางวัลการทูตสาธารณะประจำปี จากกระทรวงการต่างประเทศและมูลนิธิไทย

2563 พระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้แปลงสัญชาติเป็นไทยเป็นกรณีพิเศษแก่ท่านชยสาโร

2564 ได้รับปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์สาขาวิชาธรรมนิเทศ จากสภามหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

2553 ได้รับการยกย่องเชิดชูเป็นผู้ใช้ภาษาไทยดีเด่นประจำปี จัดโดยกระทรวงวัฒนธรรม

2549 ได้รับการถวายรางวัลการส่งเสริมการศึกษาเพื่อสันติภาพ จัดโดยมูลนิธิการศึกษาเพื่อสันติภาพพระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตโต)

ประวัติวิทยากร

ในพิธีปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

บรรยายพิเศษ เรื่อง อาชญาวิทยาเชิงป้องกัน:

ทางเลือกใหม่ของการจัดการความรุนแรงในสังคมปัจจุบัน



ชื่อ

ดร.ตฤณห์ โพธิ์รักษา

นักอาชญาวิทยาเชิงจิตวิทยาและพฤติกรรมอาชญากร

อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษา

2563 Ph.D.อาชญาวิทยาและงานยุติธรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2559 M.Sc. Criminology and Criminal Justice, University of Portsmouth, United Kingdom

2554 B.A. สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา (สาขาการวิจัยทางสังคม) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประสบการณ์การทำงาน / ผลงาน / ความเชี่ยวชาญ

2568 ผลงานวิจัยที่ได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ TCI1 สัณฐาน ชยนนท์, ตฤณห์ โพธิ์รักษา และสิริพร ฑิตะลำพูน. (2568). การหลอกลวงทางดิจิทัล: การสำรวจช่องโหว่ทางสังคมต่อการถูกหลอกลวง และการฉ้อโกงออนไลน์. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 25(1).*

2567 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ TCI1 Trynh Phoraksa and Samanan Rattanasirivilai. (2024). Computer Crime: Forms and Impact of Victimization. *Asian Crime and Society Review,12(1), 1–6. https://doi.org/10.14456/acsr.2025.1*

2566 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ TCI1 ตฤณห์ โพธิ์รักษา และอุนิษา เลิศโตมรสกุล. (2566). กฎหมายการบำบัดยาเสพติดเปรียบเทียบสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย.*วารสารกระบวนการยุติธรรม ,16(2), 49–52*

2566 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ TCI2 ตฤณห์ โพธิ์รักษา. (2566). รูปแบบอาชญากรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม. *วารสารสหเวชศาสตร์, 23(1), 128–140.*

2566 ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ TCI2 ตฤณห์ โพธิ์รักษา และอุนิษา เลิศโตมรสกุล. (2566). วิวัฒนาการแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย. *วารสารสหศาสตร์, 22(1)ม 140–156.*

ประวัติวิทยากร

ในพิธีปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

บรรยายพิเศษ เรื่อง Ecosystem for gentle society



ชื่อ

Ms. Saima Wazed

Regional Director for the South-East Asia Region,

World Health Organization (WHO)

Historic Role:

First person from Bangladesh and the second woman to hold this office

Responsibilities:

Provides leadership for international health work across 11 countries in the WHO South-East Asia Region, serving a population of over two billion people.

Key Priorities:

- Advancing mental health and well-being.
- Promoting health equity with a particular focus on women and children through a life-course approach.
- Strengthening primary health care and advancing universal health coverage.
- Enhancing emergency preparedness and pandemic response capacities.
- Fostering innovation, technology, and multi-sectoral partnerships for health.
- Addressing the impact of climate change and environmental health challenges.

Previous Roles

- Advisor to the WHO Director-General on mental health and autism.
- Member, WHO Expert Advisory Panel on Mental Health.
- Chief Advisor, National Mental Health Strategic Plan, Government of Bangladesh.
- Chairperson, National Advisory Committee on Autism and Neurodevelopmental Disorders, Bangladesh.
- Focal Person for disability, Ministry of Disaster Management & Relief, Bangladesh.
- Commissioner, Chatham House Commission for Universal Health.
- Associate Fellow, Global Health Programmed, Chatham House.
- Thematic Ambassador on Vulnerability, Climate Vulnerable Forum.
- Chairperson, Shuchona Foundation, Bangladesh.

Infographic ประชาสัมพันธ์


สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน-ไร้ความรุนแรง
ครั้งที่ 24
กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
JITTAVEJSART SONGKRAO FOUNDATION
ม.จ.ส.
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568
@ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
#24AIMHC
ลงทะเบียน
เอกสารการประชุม
16 MAY 2025


กรมสุขภาพจิต
The 24th Annual
INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
MENTAL HEALTH
FOR GENTLE SOCIETY
July 1-3, 2025
@ ICONSIAM BANGKOK
REGISTRATION
ONLINE REGISTRATION
DOCUMENTS


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี
กรมสุขภาพจิต
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 – 3 กรกฎาคม 2568 ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชา
ครั้งที่ 24 ประจำปี 256
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
(MENTAL HEALTH FOR GENTLE SOCIETY)
วันที่ 1- 3 กรกฎาคม 2568
@ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
หัวข้อบรรยาย
ระบบสุขภาพยุคใหม่ : บทบาทของสุขภาพกาย ใจ และชุมชนเพื่อลดความรุนแรง
จากหัวใจสู่สังคม สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโยน
การป้องกันความรุนแรงในเมืองใหญ่ : บทบาทนโยบายสาธารณะในโลกยุคเปลี่ยนผ่าน
ECOSYSTEM FOR GENTLE SOCIETY
ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง "สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง"
คุณปกรณ์ นิลประพันธ์
เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา และกรรมการกฤษฎีกา
"HIGHLIGHT"
พิธีเปิด
นายสมศักดิ์ เทพสุทิน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานในพิธีเปิด
บรรยายพิเศษ เรื่อง From Compassion to Community: A P
to a Gentle Society (จากหัวใจ
สังคม สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโย
พระพรหมพัชรญาณมุนี(ณอน ชยส
ผู้สนใจสามารถสแกน ลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุม
และดูรายละเอียดกำหนดการได้ที่ QR Code ด้านล่างนี้
ลงทะเบียน
เอกสารการประชุม
#24AIM


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
(MENTAL HEALTH FOR GENTLE SOCIETY)
"HIGHLIGHT"
พิธีเปิด
วันอังคาร ที่ 1 กรกฎาคม 2568
13.00-13.30 น.
ประธานในพิธี : นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ผู้กล่าวรายงาน : นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วันอังคาร ที่ 1 กรกฎาคม 2568
09.00 - 12.00 น.
ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)
IPD: There is no health without mental health..., there is NO mental health without JUSTICE
IPD: Mental Health and Social Connection
ห้อง MR 4-5 (ห้องต่างประเทศ)
ISL: Caring for the People, Reducing Addiction and Violence
IPD: After the Tremors: Restoring Mental Wellness after disasters
IPD: Digital Empathy: Combating Cyber Bullying in an Interconnected World
ห้อง MR 3 (Innovation)
TWS: โปรแกรม ต่อ เติม ใจ ปันความห่วงใย ลดความรุนแรง
14.00 - 16.30 น. ปาฐกถาพิเศษ
เรื่อง "สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง"
เรื่อง Strengthening Compassion in Health Care Organization
เรื่อง From Compassion to Community: A Path to a Gentle Society
วันพุธ ที่ 2 กรกฎาคม 2568
09.00 - 12.00 น.
ห้อง MR 1 (ห้องต่างประเทศ)
ISP: Community Mental Health Innovations, Lesson Learned from Each Countries
ห้อง MR 4-5 (ห้องต่างประเทศ)
IWS: Anti bullying in school
ISP: Pride & Wellbeing: Creating Safe Spaces for LGBTQ+ Mental Health
ห้อง MR 3 (Innovation)
TPD: Virtual Reality กับการส่งเสริมสุขภาพจิตดี
วันพุธ ที่ 2 กรกฎาคม 2568
ห้อง MR 12 (ห้องต่างประเทศ)
นำเสนอผลงานโครงการแพทยศาสตร์ แขนงสุขภาพจิตชุมชน
วันพฤหัสบดี ที่ 3 กรกฎาคม 2568
09.00 - 11.00 น. บรรยายพิเศษ
เรื่อง อายุรวิทยาเชิงป้องกัน: ทางเลือกใหม่ของการจัดการความรุนแรงในสังคมยุคปัจจุบัน
เรื่อง Ecosystem for gentle society
กิจกรรมโซน
PUBLIC SPEAKING
วันพุธ ที่ 2 กรกฎาคม 2568
11.30-14.00 น.
เสวนา Gentle Community ชุมชนเมือง
16.00-18.00 น.
การประกวดผลงานจัดการความรู้สุขภาพจิต KMH TALK CHALLENGE 2025
ผู้นำเสนอ KMH TALK รอบตัดสิน
ลงทะเบียน
เอกสารการประชุม
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
@ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
#24AIMHC


คุณปกรณ์ นิลประพันธ์
เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา และกรรมการกฤษฎีกา
นพ.ไอภาส การย์กวินพงศ์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พระพรหมพัชรญาณมุนี
ญอน ชยสาโร
นายสมศักดิ์ เทพสุทิน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
นพ. กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์
นักอายุรศาสตร์ประสาทวิทยาเชิงจิตเวช
ดร.ตฤณห์ ไพธิ์รักษา
นักอายุรศาสตร์ประสาทวิทยาเชิงจิตเวช
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร


เปิดมิติใหม่ของความเมตตาและการปฏิบัติธรรม
เพื่อสร้างสรรค์สังคมที่อ่อนโยนจากภายในสู่ภายนอก
จากหัวใจสู่สังคม
สู่การพัฒนาสังคมที่อ่อนโยน
โดย พระพรหมพัชรญาณมุนี
(ญอน ชยสาโร)
1
กรกฎาคม 2568
เวลา 15.15 - 16.30 น.
ณ TRUE ICON HALL 1
ICONSIAM
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568

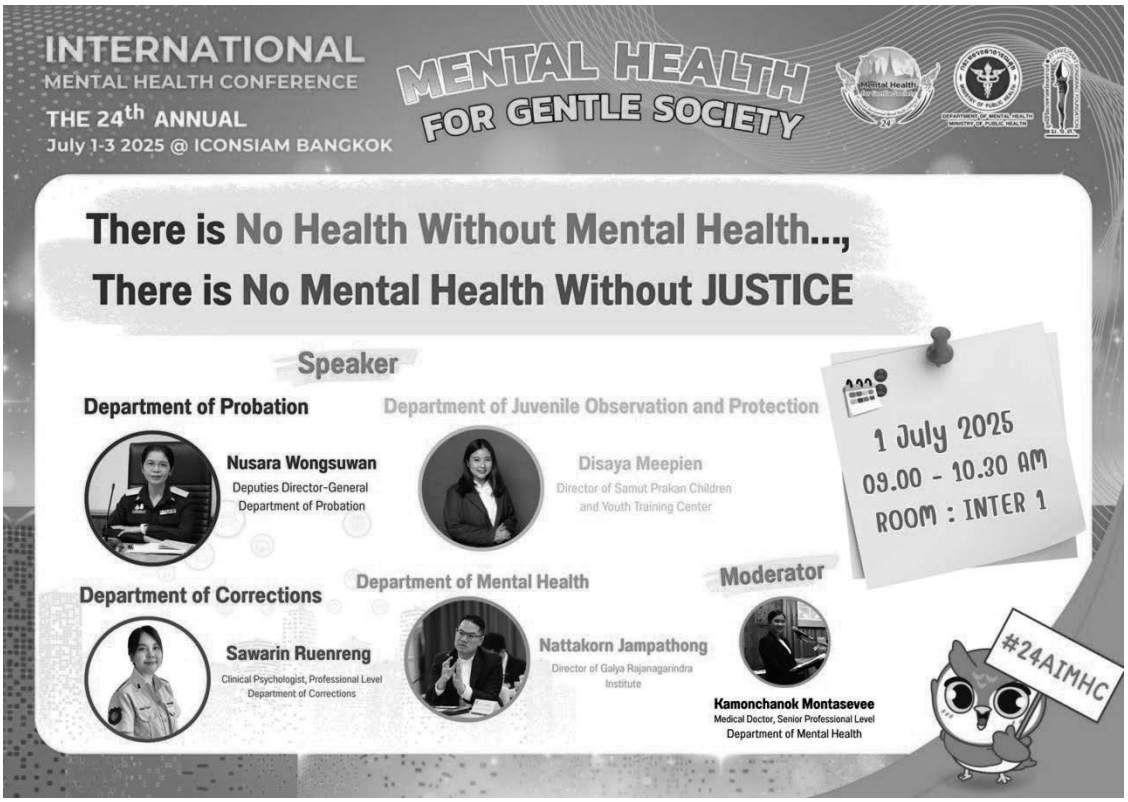

สำรวจความเชื่อมโยงอันลึกซึ้งระหว่างกฎหมาย โครงสร้างสังคม
และการสร้างสรรค์สังคมที่ปราศจากความรุนแรง
เจาะลึกบทบาทของกฎหมายและโครงสร้างสังคม
สู่สังคมที่ปราศจากความรุนแรง!
โดย คุณปกรณ์ นิลประพันธ์
เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา
และกรรมการกฤษฎีกา
1
กรกฎาคม 2568
เวลา 14.00 - 14.30 น.
ณ TRUE ICON HALL 1
ICONSIAM
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568


เรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดจากญี่ปุ่น
ในการสร้างองค์กรสุขภาพที่เต็มไปด้วยความเมตตา
Strengthening Compassion
in Health Care Organization
Dr. Tomohiro Shirasaka
Director, Department of Psychiatry,
TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan
1
กรกฎาคม 2568
เวลา 14.30 - 15.15 น.
ณ TRUE ICON HALL 1
ICONSIAM
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568

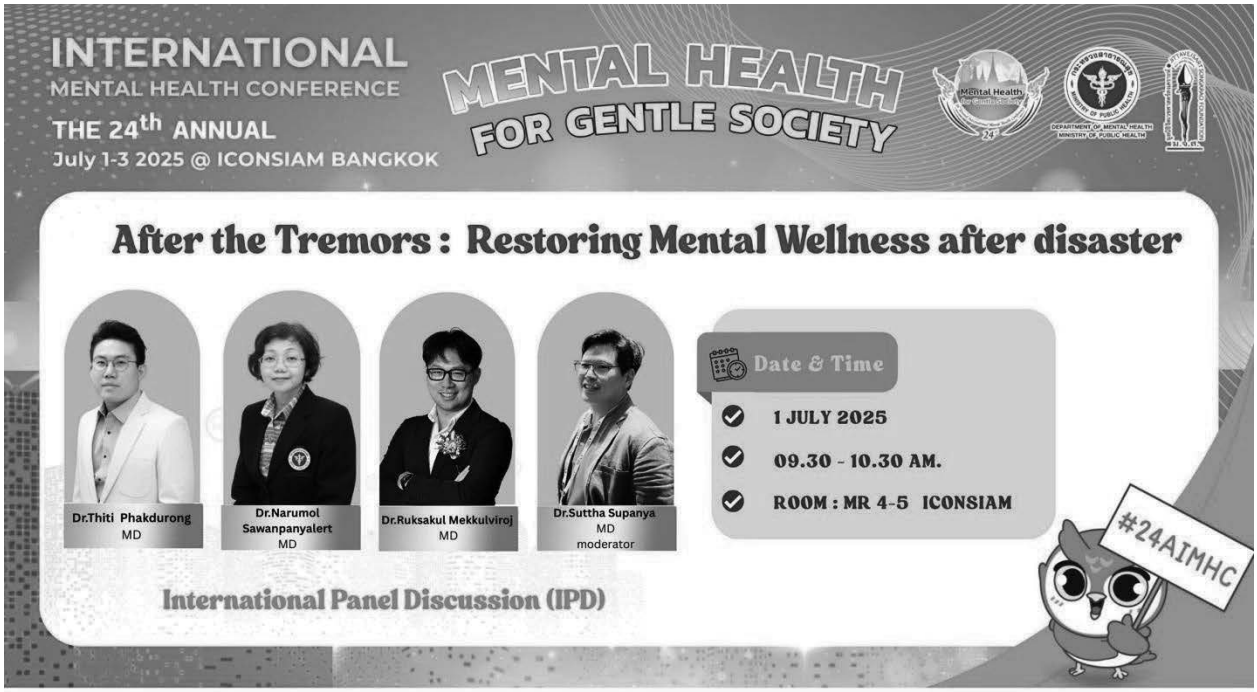

ค้นพบแนวทางใหม่ในการป้องกันอาชญากรรม
ด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีล้ำสมัย
อาชญวิทยาเชิงป้องกัน : ทางเลือกใหม่
ของการจัดการความรุนแรง
โดย ดร.ตฤณห์ ไพธิ์รักษา
นักอายุรศาสตร์ประสาทวิทยาเชิงจิตเวช
3
กรกฎาคม 2568
เวลา 09.00 -10.00 น.
ณ TRUE ICON HALL 1
ICONSIAM
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568


วิสัยทัศน์ระดับโลกจากองค์การอนามัยโลก
เพื่อสร้างระบบนิเวศแห่งสังคมอ่อนโยนที่ยั่งยืน
Ecosystem for gentle society
Dr. Saima Wazed,
WHO Regional Director
3
กรกฎาคม 2568
เวลา 10.00 - 11.00 น.
ณ TRUE ICON HALL 1
ICONSIAM
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
1 - 3 กรกฎาคม 2568


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
ขอเชิญผู้สนใจเข้าฟังการอภิปราย...
การเดินทางสู่ใจที่เบิกบานและสังคมผาสุก
(Positive mind in a continuing path : Resilience for all)
นางสุรินทร อิวปา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
นายชูพงษ์ สังข์ผลิพันธ์
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 2
นายภาคิน อำรุงจิตชัย
นักจิตวิทยาปฏิบัติการ
โรงพยาบาลแก้งคร้อ
นางสาวภคมน สมศรี
นักวิชาการสาธารณสุข
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
นางสาวเบญญารัศม์ จันทร์เปล่ง
นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
ผู้ดำเนินการอภิปราย
วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 09.00 - 10.30 น.
ห้อง MR 2 ชั้น 7 (Gentle Society & Community)
#24AIMHC


INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
THE 24th ANNUAL
July 1-3 2025 @ ICONSIAM BANGKOK
MENTAL HEALTH
FOR GENTLE SOCIETY
There is No Health Without Mental Health...,
There is No Mental Health Without JUSTICE
Speaker
Department of Probation
Nusara Wongsuwan
Deputies Director-General
Department of Probation
Department of Juvenile Observation and Protection
Disaya Meepien
Director of Samut Prakan Children
and Youth Training Center
Department of Corrections
Sawarin Ruenreng
Clinical Psychologist, Professional Level
Department of Corrections
Department of Mental Health
Nattakorn Jampathong
Director of Galya Rajanagarindra
Institute
Moderator
Kamonchanok Montasevee
Medical Doctor, Senior Professional Level
Department of Mental Health
1 July 2025
09.00 - 10.30 AM
ROOM : INTER 1
#24AIMHC

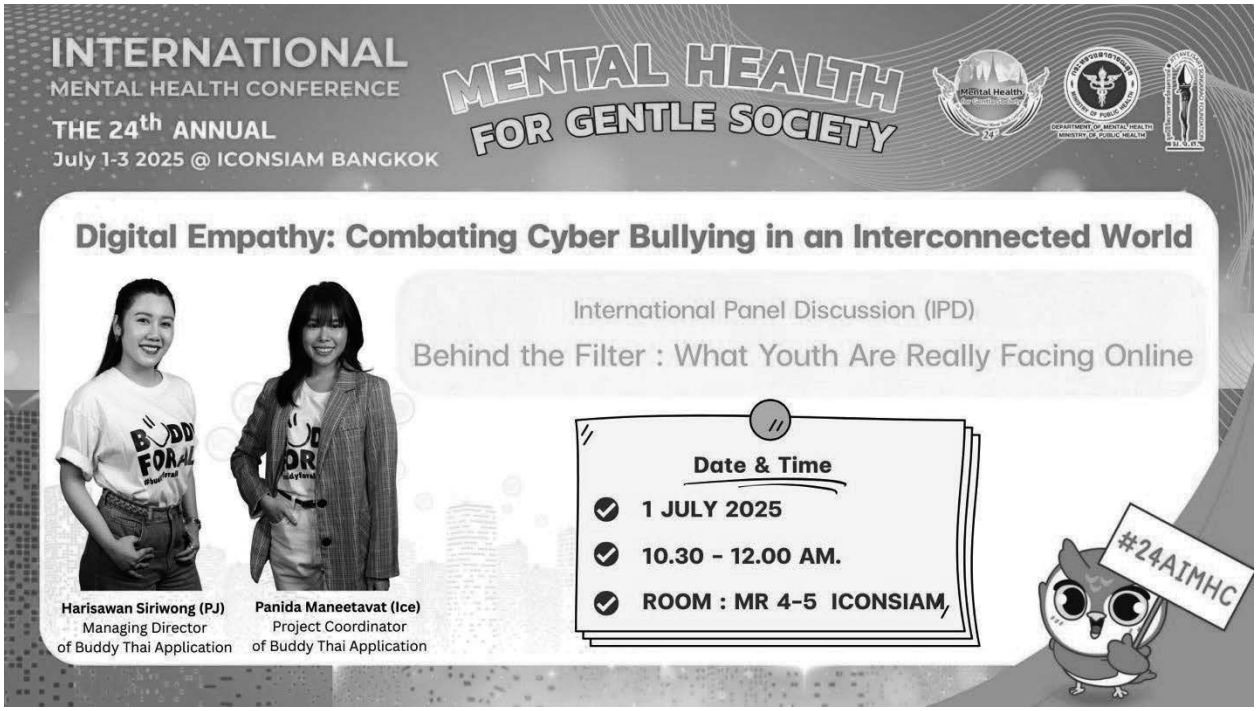

ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
INNOVATION ROOM
1 กรกฎาคม 2568
09:00 - 10.30
เชื่อมต่อเทคโนโลยีกับจิตใจ
สู่สังคมที่อ่อนโยน
ห้อง MR 3
ชั้น 7
"การผสานเทคโนโลยีกับหลักการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม การออกแบบที่คำนึงถึงความละเอียดอ่อน
ทางวัฒนธรรมและจิตใจ เพื่อเป้าหมายในการสร้างสังคมที่อ่อนโยนและเกื้อหนุน
ต่อสุขภาพจิตที่ดีของประชาชนทุกกลุ่ม"
รศ.ดร.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์
รองคณบดี
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ณัฐวุฒิ หนูไพโรจน์
ผู้อำนวยการ
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมดิจิทัล
และปัญญาประดิษฐ์
เพื่อการแพทย์ด้านจิตเวช
รศ.ดร.พีรพล เวทีกูล
อาจารย์
ภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์
คณะวิศวกรรมศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.วิมลรัตน์ วันเพ็ญ
รักษาการนายแพทย์กรงคุณวุฒิ
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต
ดร.วีร์ เมฆวิลัย
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต
ผู้ดำเนินการอภิปราย
#24AIMHC
Thai Panel Discussion (TPD)


INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
THE 24th ANNUAL
July 1-3 2025 @ ICONSIAM BANGKOK
MENTAL HEALTH
FOR GENTLE SOCIETY
After the Tremors : Restoring Mental Wellness after disaster
Dr.Thiti Phakdurong
MD
Dr.Narumol Sawanpanyalert
MD
Dr.Ruksakul Mekkulviroj
MD
Dr.Suttha Supanya
MD
moderator
Date & Time
1 JULY 2025
09.30 - 10.30 AM.
ROOM : MR 4-5 ICONSIAM
#24AIMHC
International Panel Discussion (IPD)

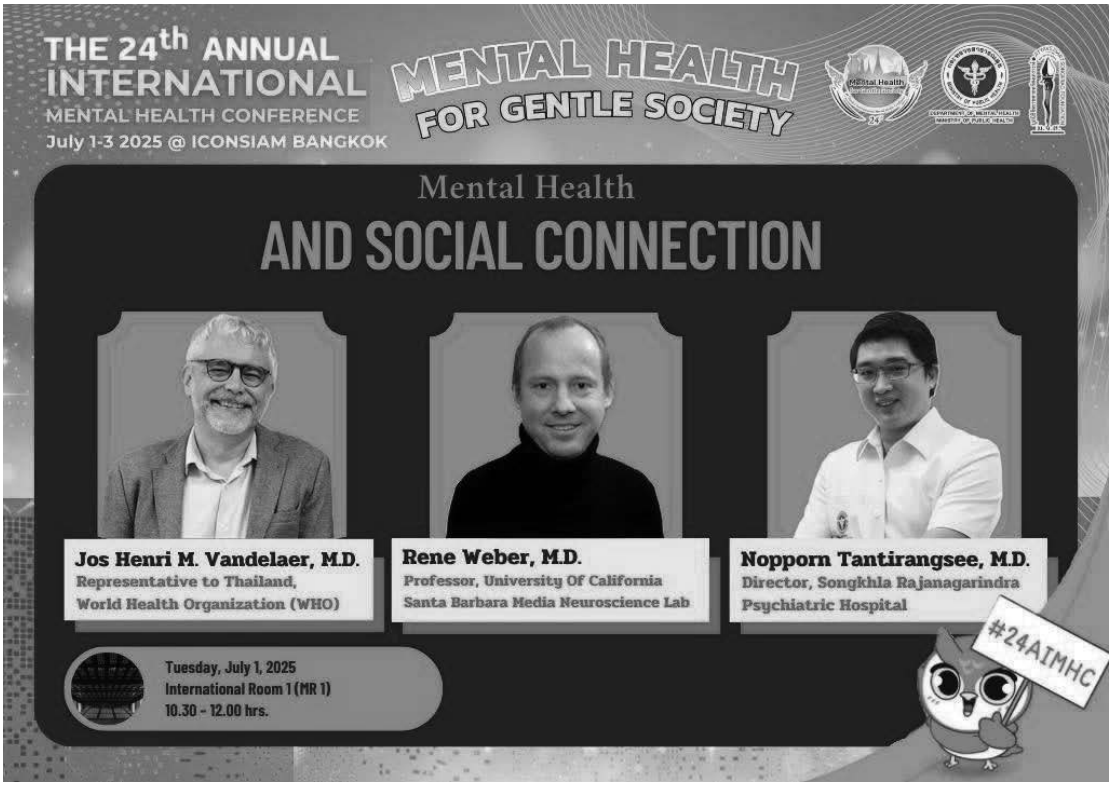

ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
Gentle Parents & Family
กรกฎาคม
1
ห้อง MR13-14
09.00-10.30น.
การเลี้ยงดูข้ามรุ่นเพื่อสร้างเด็กเจเนอเรชันเบต้าในสังคมหลากหลายวัย
Parenting Across the Divide: Raising the Beta Generation in a Multigenerational Society รูปแบบ: Thai Symposium
ผศ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อ.ดร.ดรณี จันทร์หล้า
อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
ขอเชิญเข้าร่วมฟังอภิปราย
สร้างสุขภาพจิตและชีวิตดีงามจากความเข้มแข็ง
(Promoting Strength Based Intervention)
JOIN US
วันที่ 1 กรกฎาคม 2568
เวลา 10.30 - 12.00 น.
ห้อง MR2 ชั้น 7
(Gentle Society & Community)
ดำเนินการอภิปราย
นางสาววนิดา บุญพ่วง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางภัทรานิษฐ์ ทองตันไตรย์
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
นายวีระพงษ์ เรียบพร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
นางสาวภัทรนิศวร์ ธนกูลอัครชัย
นักจิตวิทยาคลินิก
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3
นายวรพจน์ พนาปวุฒิกุล
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4
#24AIMHC

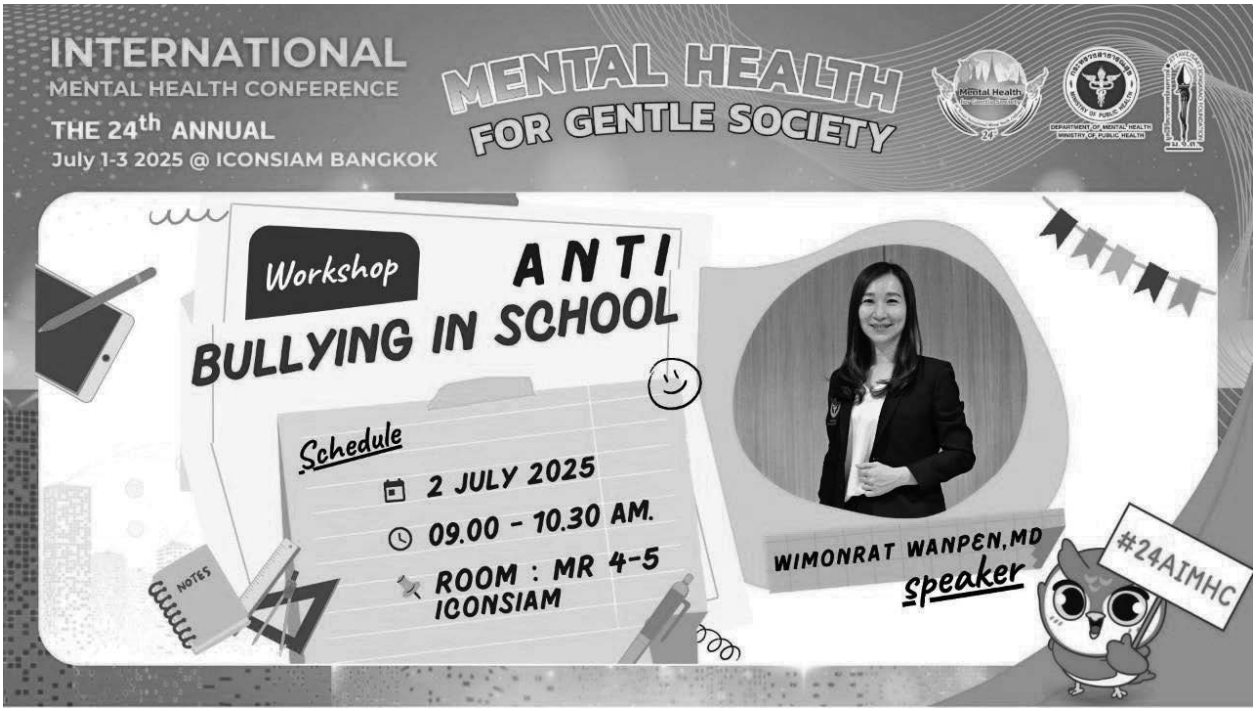

Thai Panel Dis
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
INNOVATION
ROOM
1 กรกฎาคม 2568
10:30 - 12.00
โปรแกรม ต่อ เติม ใจ
ปันความห่วงใย ลดความรุนแรง
ห้อง MR 3
ชั้น 7
"Step by Step หรือ โปรแกรมต่อเติมใจ เป็นนวัตกรรมสุขภาพจิตของ WHO ที่พัฒนาตามแนวคิด CBT เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเน้นการเรียนรู้ทักษะพื้นฐาน 4 ด้าน คือ การฟังอย่างเข้าใจ การจัดการอารมณ์ ทักษะการสื่อสาร และการช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อสร้างสังคมแห่งความเข้าใจ อ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง"
แพทย์หญิงอภิชญา พลรักษ์
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
อาจารย์กานดา ผาวงศ์
นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
อาจารย์ ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา
อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์
#24AIMHC
Thai Workshop (TWS)


INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
THE 24th ANNUAL
July 1-3 2025 @ ICONSIAM BANGKOK
MENTAL HEALTH
FOR GENTLE SOCIETY
Digital Empathy: Combating Cyber Bullying in an Interconnected World
International Panel Discussion (IPD)
Behind the Filter : What Youth Are Really Facing Online
Date & Time
1 JULY 2025
10.30 - 12.00 AM.
ROOM : MR 4-5 ICONSIAM
Harisawan Siriwong (PJ)
Managing Director
of Buddy Thai Application
Panida Maneetavat (Ice)
Project Coordinator
of Buddy Thai Application
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
Gentle Parents & Family
กรกฎาคม
1
ห้อง MR13-14
10.30-12.00น.
พ่อแม่ยุคใหม่กับการเลี้ยงลูกตามพัฒนาการของแต่ละวัย
Adapting Parenting Skills Across Life Stages :
From Early Years to Adolescence and Beyond
รูปแบบ: Thai Panel Discussion
พญ.วิมลรัตน์ วันเพ็ญ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต
พญ.กิตติกุล เทียมแก้ว
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
น.ส.อมรา ธนศุภรัตนา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นายกีรติ ลิ่มสืบเชื้อ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
#24AIMHC


THE 24th ANNUAL
INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
July 1-3 2025 @ ICONSIAM BANGKOK
MENTAL HEALTH
FOR GENTLE SOCIETY
Mental Health
AND SOCIAL CONNECTION
Jos Henri M. Vandelaer, M.D.
Representative to Thailand,
World Health Organization (WHO)
Rene Weber, M.D.
Professor, University Of California
Santa Barbara Media Neuroscience Lab
Nopporn Tantirangsee, M.D.
Director, Songkhla Rajanagarindra
Psychiatric Hospital
Tuesday, July 1, 2025
International Room 1 (MR 1)
10.30 - 12.00 hrs.
#24AIMHC

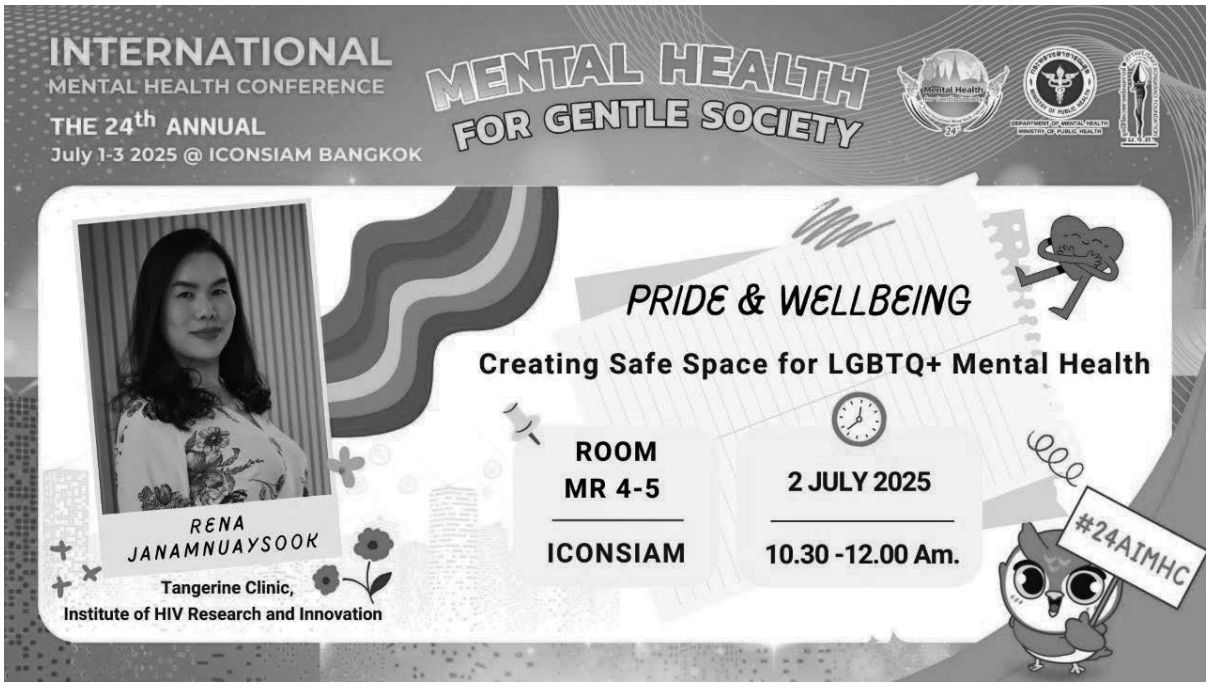

ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
INNOVATION ROOM
2 กรกฎาคม 2568
09:00 - 10.30
Virtual Reality
กับการการส่งเสริมสุขภาพจิตดี
ห้อง MR 3
ชั้น 7
"Virtual Reality หรือ VR สู่การเข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพจิต ไปพร้อมสังคมที่เผชิญปัญหาหลายรูปแบบ เครื่องมือที่จะพาเราสำรวจ เข้าใจ และเยียวยาจิตใจของมนุษย์อย่างลึกซึ้งและสร้างสรรค์ และมาร่วมกันหาคำตอบว่า VR สามารถนำพาสังคมไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีและเกิดความเข้าอกเข้าใจกันได้อย่างไร"
นายแพทย์ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา
ผู้อำนวยการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ดร. กัณฐรัตน์ เหลืองอ่อน
ผู้บริหารและนักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญ
ME HUG
คุณสุพิชญา ณ สงขลา
Acting Coach
และอินฟลูเอนเซอร์
แพทย์หญิงญานิกา วลีอิทธิกุล
นายแพทย์ปฏิบัติการ
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
ผู้ดำเนินการอภิปราย
#24AIMHC
Thai Panel Discussion (TPD)


INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
THE 24th ANNUAL
July 1-3 2025 @ ICONSIAM BANGKOK
MENTAL HEALTH FOR GENTLE SOCIETY
Workshop
ANTI BULLYING IN SCHOOL
Schedule
2 JULY 2025
09.00 - 10.30 AM.
ROOM : MR 4-5
ICONSIAM
WIMONRAT WANPEN,MD
speaker
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
Gentle Parents & Family
กรกฎาคม
2
ห้อง MR13-14
09.00-12.00น.
พญ.กิตติกุล เทียมแก้ว
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
น.ส.เสาวรส แก้วหิรัญ
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
น.ส.อมรา ธนศุภรัตนา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
ทักษะสำคัญสำหรับนักส่งเสริมการเลี้ยงดู :
เครื่องมือสร้างพลังให้ครอบครัว
Essential Skills for Parenting Facilitators :
Tools for Empowering Families
รูปแบบ: Thai Panel Discussion + Workshop
ดร.เอษรา วสุพันธ์รจิต
นักจิตวิทยาคลินิก โครงการ Net PAMA
น.ส.น้ำทิพย์ รัตนนิมิตร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
วิทยากรโปรแกรม Parenting for Lifelong Health (PLH)
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
ขอเชิญเข้าร่วมฟังอภิปราย
เส้นทางในการสร้างระบบนิเวศน์สู่ชุมชนสุขภาพจิตดี
Pathways to Community Mental Health Ecosystems: Collective Action for #Mindscape
วันที่ 2 กรกฎาคม 2568
เวลา 10.30-12.00 น.
ห้อง MR2 ชั้น 7 (Gentle Society & Community)
SPEAKER
พญ.มรุรดา สุวรรณไพรี์
SPEAKER
นายณรงค์ วิไลรัตน์
SPEAKER
น.ส.วงค์อัมพร ภิญญวงค์
SPEAKER
นายยงยุทร์ สุขพิทักษ์
Moderator
นายบ่องพล ชุษณะโชติ
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
INNOVATION ROOM
2 กรกฎาคม 2568
10:30 - 12.00
ก้าวเล็กที่สำคัญ
จากหัวใจนวัตกร
สู่การสร้างนวัตกรรม
ห้อง MR 3
ชั้น 7
"นวัตกรคือผู้จุดประกายการสร้างนวัตกรรม แต่เส้นทางนวัตกรเต็มไปด้วยอุปสรรค การเรียนรู้
ความล้มเหลว ความคิดสร้างสรรค์และการทำงานร่วมกัน คือกุญแจสำคัญสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน
และมีความหมายต่อโลกที่ไม่หยุดนิ่ง นวัตกรไม่เพียงสร้างสิ่งใหม่ แต่ยังฟังเสียงของผู้เปราะบาง
และตอบสนองด้วยความเข้าใจ"
พญ. พัชรินทร์ ต้นติวรวิทย์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
คุณฉัตรทริกา สุขพัฒนาเจริญ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กองนวัตกรรมและวิจัย
กรมควบคุมโรค
คุณธุวรักษ์ ปัญญางาม
ผู้บริหาร
บริษัทอินโซต์ ฟอร์ อิมแพค
คุณญาณิศา เกียรติศิริชัย
นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
กรมสุขภาพจิต
คุณอัญชลี ตู้ทอง
นักวิชาการเผยแพร่
สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต
ผู้ดำเนินการอภิปราย
#24AIMHC
Thai Panel Discussion (TPD)


INTERNATIONAL
MENTAL HEALTH CONFERENCE
THE 24th ANNUAL
July 1-3 2025 @ ICONSIAM BANGKOK
MENTAL HEALTH
FOR GENTLE SOCIETY
PRIDE & WELLBEING
Creating Safe Space for LGBTQ+ Mental Health
ROOM
MR 4-5
ICONSIAM
2 JULY 2025
10.30 -12.00 Am.
RENA
JANAMNUAYSOOK
Tangerine Clinic,
Institute of HIV Research and Innovation
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
ขอเชิญเข้าร่วมรับฟังเสวนา....
PUBLIC SPEAKING
สังคมอ่อนโยน ไร้ความรุนแรง
"มีเพื่อนดีดูแลใจและที่พักใจเมื่อต้องการใครสักคน"
นายสมพงษ์ นาคพรม
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต
Moderator
ผศ.พญ.จิราภรณ์ อรุณากูร
กุมารแพทย์เวชศาสตร์วัยรุ่น
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ
ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
นายกฤษณ์ ลำพุทธา
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต
Moderator
วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 เวลา 12.00-13.00 น.
Public Speaking Zone
#24AIMHC


ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร
สุขภาพจิตดี
สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
กรมสุขภาพจิต
ขอเชิญเข้าร่วมรับฟังเสวนา....
PUBLIC SPEAKING
"สุขที่สร้างได้ จากหัวใจของ เดอะเบก"
นายแพทย์วุฒิชัย กำเนิดกาลึม
(หมอโอวลี)
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลนายูง อุดรธานี
ดร.ภัทรวรรธน์ สุขยิรัญ
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
น.ส.วิภาวี แกมประเสริฐสุข
นักจิตวิทยาคลินิก
บริษัท หมีและเพื่อน จำกัด
นักจิตวิทยาแห่งบ้าน Me Hug
นายสายเชีย วงค์วิโรจน์
นักแสดงชื่อดัง หนัง ละคร โฆษณา
นายวีระพงษ์ เรียบพร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต
Moderator
วันที่ 2 กรกฎาคม 2568 เวลา 12.00-13.00 น.
Public Speaking Zone
#24AIMHC


Mental Health
for Gentle Society
24th Annual International Mental Health Conference
24th

ภาพโล่รางวัล


แบบที่1
แบบที่2
แบบที่3


Mental Health
24th
The Department of Mental Health
Mental Health Award
Presented to
Ms. Salma Wazed
Regional Director
World Health Organization (WHO)
South-East Asia Region
(Mr. Somsak Thepsutin)
Minister of Public Health


นายโกรสุข เหมะรุบุรณิน


นางวัลลี ธรรมโกลิทร์





ประกาศนียบัตรวิทยากร และผู้เข้าร่วมประชุม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขอมอบเกียรติบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

เข้าร่วมประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง

Mental Health For Gentle Society

ระหว่างวันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568

ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

is honored to present this certificate to certify that

has attended the

The 24th Annual international Mental health conference

"Mental Health for Gentle Society"

held on July 1-3, 2025

@ ICONSIAM, Bangkok, Thailand

(Dr. Kittisak Agsornwong)

Director General

Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขอมอบเกียรติบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานวิชาการ Oral Presentation เรื่อง

ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง

Mental Health for Gentle Society

ระหว่างวันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568 ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

.....

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

is honored to present this certificate to certify that

.....

has been selected to deliver an oral presentation on the topic

.....

at the 24th Annual International Mental Health Conference 2025

under the theme "Mental Health for Gentle Society"

1 - 3 July 2025

@ ICONSIAM, Bangkok, Thailand

.....

(Dr. Kittisak Agsornwong)

Director General

Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขอมอบเกียรติบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานวิชาการ Poster Presentation เรื่อง

ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
Mental Health for Gentle Society
ระหว่างวันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568 ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

.....

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



Department of Mental Health

is honored to present this certificate to certify that

.....

has been selected to deliver a poster presentation on the topic

.....

at the 24th Annual International Mental Health Conference 2025
under the theme "Mental Health for Gentle Society"
1 - 3 July 2025
@ ICONSIAM, Bangkok, Thailand

.....

(Dr. Kittisak Agsornwong)
Director General
Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand



ภาพบูทนิทรรศการ


480.00 cm
280.00 cm
Mental Health For Gentle Society
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
สุขภาพจิต
สุขภาพจิตที่ดีเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างสังคมที่อ่อนโยน และปราศจากความรุนแรง ซึ่งปัญหาความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ มักมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกละเลย หรือไม่ได้รับการเยียวยา การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต จึงไม่ใช่เรื่องส่วนบุคคล เท่านั้นแต่เป็นเรื่องของสังคมโดยรวม
Offline and Online Community with Gentle Mindset
Organization with Gentle Practices
School with Gentle Approach
Family with Gentle and Firm Parenting
Gentle Community (ชุมชนอ่อนโยน)
"เครือข่ายทางสังคมที่แข็งแกร่งช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตได้"
Gentle Organization (องค์กรอ่อนโยน)
"การลงทุนด้านสุขภาพจิตในที่ทำงานให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า ทั้งลดการลาป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน"
Gentle School (โรงเรียนอ่อนโยน)
"ลดปัญหาการกลั่นแกล้งได้อย่างมีนัยสำคัญ"
Gentle Family (ครอบครัวอ่อนโยน)
"บ้านที่เต็มไปด้วยความรักและความเข้าใจ เป็นภูมิคุ้มกัน ที่แข็งแกร่งต่อความรุนแรง"
สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิต
ประเมินผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check In
ระยะเวลา
1 มกราคม 2563 - 20 กุมภาพันธ์ 2568
จำนวน
6,154,474 คน
9.14 % เสี่ยงซึมเศร้า: (562,289 คน)
7.87 % ความเครียดสูง (484,313 คน)
5.18 % เสี่ยงฆ่าตัวตาย (318,917 คน)
กลุ่มอายุ 20-29 ปี
มีอัตราความเสี่ยงสูงที่สุดในทุกด้าน
29.54% เสี่ยงซึมเศร้า
26.18% มีความเครียดสูง
17.53% เสี่ยงฆ่าตัวตาย
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ที่มารับบริการเพิ่มขึ้นจาก
3 ล้านคน ในปี 2563
3 ล้าน 5 แสนคน ในปี 2567
ข้อมูลจาก Health data center พ.ศ.2567
การดูแลสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต (Mental Health Across Lifespan)
ก่อนตั้งครรภ์
ตั้งครรภ์/หลังคลอด
ปฐมวัย
วัยเรียน-วัยรุ่น
วัยทำงาน
วัยสูงอายุ
จุดเปลี่ยนของสังคมไทย
"สังคมอ่อนโยนไม่ใช่ความอ่อนแอ แต่เป็นความแข็งแกร่งแบบใหม่"
Mental Health For Gentle Society
สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง
Triple-P
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
การเปลี่ยนแปลงระยะสั้น : คนในสังคมเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น ลดการใช้ความรุนแรง ในการแก้ปัญหา และบุคคลกล้าขอความช่วยเหลือมากขึ้น
การเปลี่ยนแปลงระยะกลาง : ลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและโรงเรียน คนในชุมชน มีความสุขมากขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาปัญหาสุขภาพจิต
การเปลี่ยนแปลงระยะยาว : สังคมไทยมีความสันติสุขมากขึ้น เป็นต้นแบบให้ประเทศอื่น ในอาเซียน และสร้างผลตอบแทนทางเศรษฐกิจและสังคม
สแกน QR Code
แนวทางและเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง
170cm
160cm
WORK D PRINTING
086-385-9465



QR code เอกสารประกอบการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

รายการ QR Code

สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน...ไร้ความรุนแรง: Mental Health for Gentle Society

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

ระหว่างวันที่ 1-3 กรกฎาคม 2568

ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	รายการ QR Code	QR Code
1	เอกสารประกอบการบรรยายของวิทยากร 1. วิทยากรบรรยายพิเศษ 2. วิทยากรห้องย่อย	
2	เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิชาการ 1. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิชาการแบบปากเปล่า 2. โปสเตอร์นำเสนอผลงานวิชาการ 3. นิพนธ์ต้นฉบับ (Full Paper)	
3	คำแนะนำในการส่งและนำเสนอผลงานวิชาการ	
4.	VTR เปิดการประชุม	
5	สูจิบัตร	
6	แบบประเมินผล	
7	เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	







รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568

24th Annual International Mental Health Conference

MENTAL HEALTH FOR GENTLE SOCIETY