ร่วมสร้างพลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน

Better Mental Health Care for All



2025 DHS

Grand Event

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ร่วมสร้างพลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน

Better Mental Health Care for All



2025 DHS

Grand Event



ชื่อหนังสือ : **เอกสารรวบรวมผลงานของพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชนด้วยพลังเครือข่ายชุมชนผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568**

จัดพิมพ์โดย : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2568 จำนวน 540 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

คำนำ

ปัจจุบันที่สังคมไทยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ทั้งจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เช่น การเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัญหาความเหลื่อมล้ำ และภาวะเปราะบางในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ผ่านโปรแกรม Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางทางสังคม เช่น ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้มีภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงหรือการสูญเสียในชีวิต ปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนว่าการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกจำเป็นต้องได้รับการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิต โดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับชุมชน โดยเฉพาะการเข้าถึงกลุ่มเปราะบางผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคธุรกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

การสัมมนาในครั้งนี้ถือเป็นอีกก้าวสำคัญของการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตเชิงรุก โดยเป็นเวทีที่เปิดให้ภาคีเครือข่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เพื่อต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยหลากหลายภาคส่วน อาทิ นายอำเภอ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้บริหารและบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน และบุคลากรจากกรมสุขภาพจิต รวมถึงเครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวปฏิบัติที่ดี และบทเรียนจากการดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ และส่งเสริมให้ประเทศไทยสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืนในระยะยาว

คณะผู้จัดทำ
สิงหาคม 2568

สารบัญ

หน้า

คำนำ		ก
ส่วนที่ 1	กำหนดการประชุม	1
ส่วนที่ 2	นิทรรศการนำเสนอผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Poster Presentation)	5
ส่วนที่ 3	การนำเสนอผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Oral Presentation)	67

2025 DHS Grand Event

ส่วนที่ 1
กำหนดการประชุม

กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

กำหนดการ

โครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ด้วยพลังเครือข่ายชุมชนผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ

“Better mental health care for all 2025”

ระหว่างวันที่ 5 – 6 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมปริ๊น พาเลซ กรุงเทพมหานคร

5 สิงหาคม 2568

08.30 – 09.15 น.	ลงทะเบียน
09.15 – 09.30 น.	**Orientation Seminar:** เตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
09.30 – 11.00 น.	**Special Seminar the Keyword: ไขคำสำคัญ สู่ชุมชนสุขภาพจิตดีที่ยั่งยืน** โดย 1. รองศาสตราจารย์ทวิดา กมลเวชช รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร 2. นางสาวณัฐยา บุญภักดี ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว (สสส.) 3. นายยศพล บุญสม ภูมิสถาปนิก ผู้ก่อตั้ง **“WE PARK”** 4. นายยงยุทธ์ สุขพิทักษ์ ผู้เชี่ยวชาญการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน รพ.สต.เขาพระบาท จ. นครศรีธรรมราช
11.00 – 12.00 น.	**Executive Special Talks:** อนาคตงานสุขภาพจิตปฐมภูมิกับโอกาสการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดแก่ประชาชน โดย นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 13.30 น.	**Sharing Space:** ให้ใจได้พูด
13.30 – 14.30 น.	**เยี่ยมชมบูธนิทรรศการ** “การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตโดยเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” โดย นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **ให้สัมภาษณ์ผู้สื่อข่าว** เรื่อง “บูรณาการการดูแลสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดในระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยพลังภาคีเครือข่าย” โดย นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **พิธีเปิดโครงการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ด้วยพลังเครือข่ายชุมชนผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ “Better mental health care for all 2025”** โดย นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวรายงาน โดย นายแพทย์ศักดา อัลภาชน์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

14.30 – 17.30 น. Oral Presentation ในห้องย่อย จำนวน 7 ห้องย่อย ดังนี้

ห้องที่ 1 พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)
ห้องประชุม ราชา 1 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 2 ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)
ห้องประชุม ราชา 2 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 3 ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)
ห้องประชุม พัชราวดี 1 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 4 สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)
ห้องประชุม พัชราวดี 2 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 5 มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา (Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care) ห้องประชุม พัชราวดี 3 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 6 จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)
ห้องประชุม พัชราภา อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 7 ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)
ห้องประชุม เพชรภิมาน

Poster Presentation ผู้เชี่ยวชาญเดินเยี่ยมชมผลงานของเครือข่าย ณ บูทนิทรรศการ

6 สิงหาคม 2568

08.30 – 11.45 น. Oral Presentation ในห้องย่อย จำนวน 6 ห้องย่อย ดังนี้

ห้องที่ 1 พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)
ห้องประชุม ราชา 1 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 2 ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)
ห้องประชุม ราชา 2 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 3 ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)
ห้องประชุม พัชราวดี 1 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 4 สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)
ห้องประชุม พัชราวดี 2 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 5 มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา (Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care) ห้องประชุม พัชราวดี 3 อาคาร 2 ชั้น 11

ห้องที่ 6 PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน (PCU and Community Mental Health Care)
ห้องประชุม พัชราภา อาคาร 2 ชั้น 11

Poster Presentation ผู้เชี่ยวชาญเดินเยี่ยมชมผลงานของเครือข่าย ณ บูทนิทรรศการ

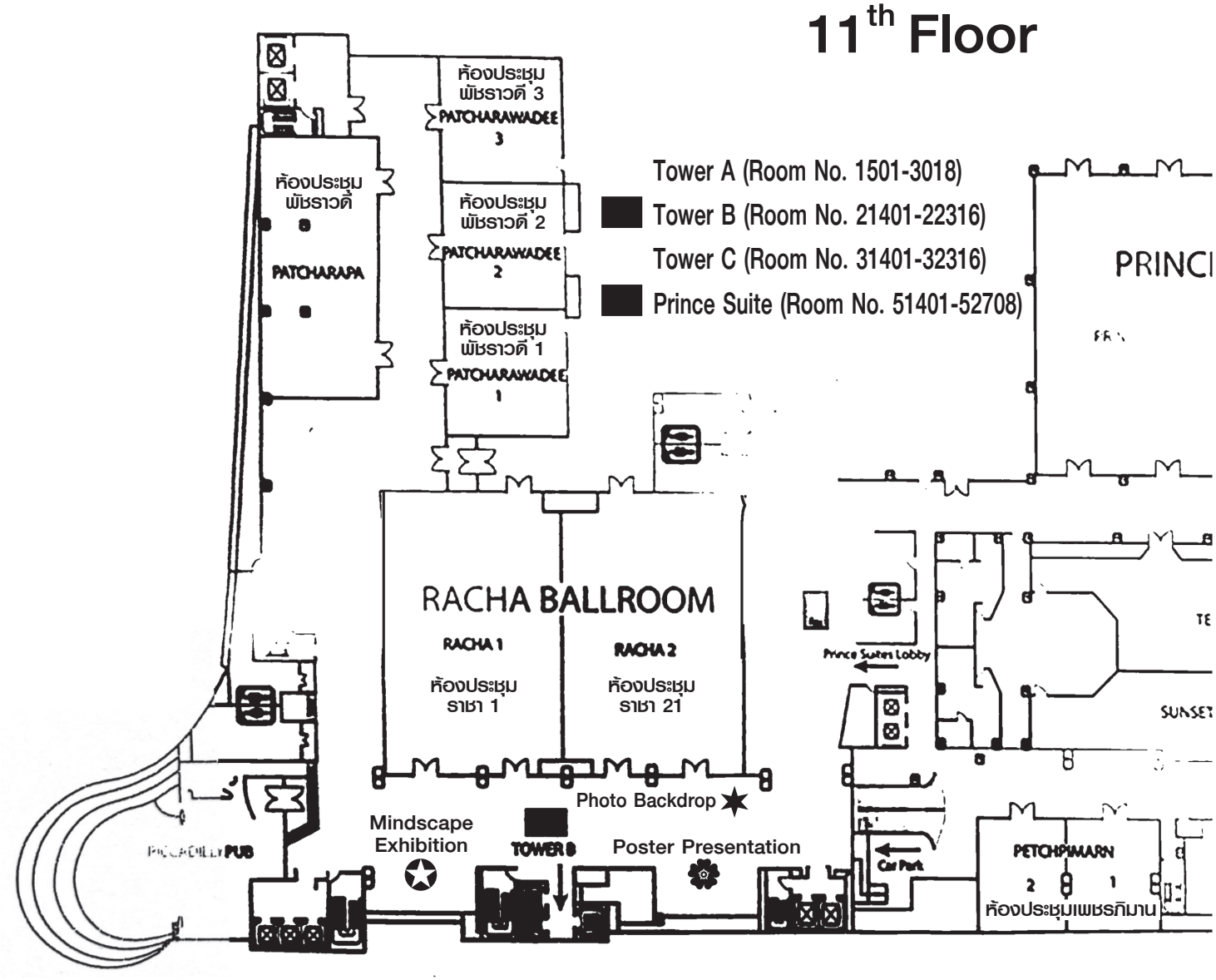
11.45 – 12.45 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

12.45 – 13.00 น. ซ้อมรับรางวัลในพิธีมอบโล่

13.00 – 15.00 น. **พิธีมอบรางวัลแก่เครือข่ายที่มีการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นจำนวน 100 รางวัล**
โดย นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

15.00 – 15.30 น. พิธีปิดโครงการสัมมนาฯ

แผนผังห้องประชุมและพื้นที่จัดแสดงนิทรรศการ
ระหว่างวันที่ 5 – 6 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมปริ๊น พาเลซ กรุงเทพมหานคร



2025 DHS Grand Event

ส่วนที่ 2

นิทรรศการนำเสนอผลการดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Poster Presentation)

สรุปรายชื่อพื้นที่ที่ได้รับการจัดแสดงนิทรรศการผลงานสุขภาพจิตดีเด่น Poster Presentations ปี 2568 จำนวนทั้งสิ้น 22 พื้นที่

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)		
1	01	**การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMIV) แบบบูรณาการในพื้นที่ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน
2	02	**Together for Mental Wellness: ไทน้ำปาด ร่วมใจ ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย ปลอดภัยจากผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อรุนแรง (SMI-V) ด้วย กลไก 3 หมอ Plus** คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด (คปสอ.น้ำปาด) จังหวัดอุตรดิตถ์
3	04	**อริยสัจ 4 กับ บ้านโพธิ์ 9 ต้น** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
4	05	**พลังเครือข่ายเข้มแข็ง ใส่ใจสุขภาพจิต รวมพิชิตพิษสารเสพติดด้วย 3 หมอ** โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
5	05	**อาสาเพื่อใจ by อสม. สร้างพลังใจในชุมชนขับเคลื่อนชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
6	07	**ธวัชบุรีโมเดลพลัส: พลัง 5 เสือ พชอ. กับภารกิจบูรนาการดูแลผู้ป่วย SMIV** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
7	09	**การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน ปีงบประมาณ 2568** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
8	010	**การพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิต และเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ
9	010	**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อโดยภาคีเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ผ่านกลไก พชอ.เชื่อมโยง เครือข่าย 3 หมอ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ** พชอ. ร่วมกับเครือข่ายสามหมอ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ
10	011	**พลังชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ตำบลคลองท่อมเหนือ จังหวัดกระบี่** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางคราม องค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่
11	011	**รักษ์ จปร. เริ่มที่กายเป้าหมายคือใจ** โรงพยาบาลกระบุรี จังหวัดระนอง

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
12	012	**วัคซีนใจในชุมชน ตอน Buddy Home Care** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนราธิวาส
13	013	**พลังชุมชนริมคลองลาดพร้าว 80 ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร** สถานีตำรวจนครบาลห้วยขวาง และ คลินิกก้าวใหม่ พลัส ลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร
ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)		
14	02	**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดอำเภอท่าปลา โดยทีม 3 หมอ แบบบูรณาการ** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลท่าปลา อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์
15	07	**ทีม 3 หมอใส่ใจป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน Strong Mind Fighter Team** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองกุงศรี
16	012	**3 หมอระโนดร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตละยาเสพติด** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา
สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)		
17	010	**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี จังหวัดอุบลราชธานี** โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี จังหวัดอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา (Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)		
18	01	**สถานีสบายใจ CMRU (Line OA)** กองพัฒนานักศึกษา สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)		
19	04	**บ้านเกาะดูแลใจ เติมสุขในหัวใจ ผู้สูงวัยยิ้มได้** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
20	08	**ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** ชมรมผู้สูงอายุบ้านกำเหนิดเพชร ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย
PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน (PCU and Community Mental Health Care)		
21	09	**การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบองค์รวมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนครราชสีมา
จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)		
22	08	**การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต จังหวัดบึงกาฬ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMIV) แบบบูรณาการในพื้นที่ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

นางอรไท พิพิธพัฒน์ไพสิฐ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลเชียงกลาง อ.เชียงกลาง จ.น่าน

ที่มาและความสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 10 ราย,13 ราย, 15 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงกลาง, 2567) ซึ่งพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ยังพบผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน นอกจากนี้ยังขาดการทำงานแบบเชิงรุกแบบบูรณาการในชุมชน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) แบบบูรณาการในพื้นที่ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน โดยอาศัยการบูรณาการทำงานของภาคีทุกภาคส่วน

กระบวนการทำงาน

1. มีระบบชุมชนจัดการตนเอง ทีมงานประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อสม. ตำรวจ ปลัดอำเภอ เทศบาล อบต. และญาติผู้ป่วย

1.1 สำรวจกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงทุกหมู่บ้าน โดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม.

1.2 คืนข้อมูลการสำรวจกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยกำหนดประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นประเด็น พชอ. เพื่อคัดเลือกหมู่บ้านจัดการตนเอง

1.3 จัดอบรมทีมงานหมู่บ้านจัดการตนเอง 9 หมู่บ้าน 1 รพ.สต. 1 หมู่บ้าน ตามแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการตนเองของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และแนวทางวัคซีนใจในชุมชน
4 สร้าง 2 ใช้

2. มีระบบจิตเวชฉุกเฉิน “เชียงกลางโมเดล” มีแนวทางรับแจ้งเหตุและสั่งการในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จากที่เกิดเหตุถึงสถานบริการอย่างปลอดภัย และพัฒนาศักยภาพทีมงาน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ถูกส่งต่อไปรพ.น่าน ปี 2567 จำนวน 13 ราย ลดลงร้อยละ 13.33 ผู้ป่วยและทีมงานปลอดภัยไม่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงซ้ำ ความพึงพอใจของครอบครัวและชุมชนร้อยละ 100 เกิดหมู่บ้านจัดการตนเอง 9 หมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยมีความเครียดลดลง เมื่อเกิดเหตุการณ์ ชุมชนสามารถประเมินและจัดการอุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

นวัตกรรม

ระบบการทำงานจิตเวชฉุกเฉิน “เชียงกลางโมเดล” เมื่อได้รับแจ้งเหตุผู้ป่วยวุ่นวายก้าวร้าว ชุมชนแจ้งตำรวจ 191 และประสานทางไลน์จิตเวชฉุกเฉินของอำเภอเชียงกลาง โดยผู้ปฏิบัติงานหลักจะเป็นตำรวจร้อยเวรสายตรวจประจำวัน ออกประเมินความรุนแรง หากไม่รุนแรง แจ้ง 1669 รถพยาบาล หรือกู้ชีพกู้ภัยในเขตรับผิดชอบออกปฏิบัติงานร่วมกันทั้ง 191 และ 1669 ควบคุมตัวผูกยึด มาพร้อมกับรถพยาบาลหรือกู้ภัย ก่อนส่งตัวไปยังห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงกลาง และส่งต่อโรงพยาบาลน่าน โดยมีตำรวจ และกองอาสารักษาดินแดน (อส.) ไปด้วยทุกครั้ง หากมีความรุนแรงไม่สามารถนำตัวมาได้ จะประสานผ่านทาง ปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายความมั่นคงซึ่งเป็นเลขานุการทีม นำกำลังอาสารักษาดินแดน ออกปฏิบัติการร่วมด้วย (Flow ตาม QR code ที่แนบ) และเกิดระบบการดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล การดูแลขณะในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจากกลับสู่ชุมชน ขับเคลื่อนผ่านกลไกระดับอำเภอ(พชอ.) ชุมชน บูรณาการร่วมกันภาคี 5 ทหารเสือ (ตำรวจ ทหาร ปกครอง ท้องถิ่น(ชุมชน) สาธารณสุข)

ผลลัพธ์ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วปลอดภัย เกิดการดูแลบูรณาการเชิงระบบชัดเจน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ขับเคลื่อนผ่านประเด็นพชอ.ผู้นำทุกระดับของอำเภอให้ความสำคัญ ในการดำเนินงานอย่างจริงจัง
2. ได้รับความร่วมมือจากภาคีทุกภาคส่วนในอำเภอเชียงกลาง ชุมชนมีความเข้มแข็งเป็นทุนเดิม
3. ทีมงานทำงานด้วยใจและความเข้มแข็งของชุมชน ผู้นำ และผู้ประสานงานตั้งใจทำงาน

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

การประชาสัมพันธ์ ช่องทางการประสานขอความช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ทำให้ญาติประสานผ่านพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดโดยตรง การแก้ไข มีการประชาสัมพันธ์ชี้แจงในทำทุกช่องทาง จัดทำแนวปฏิบัติให้กำนันผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน โดยแจ้งผ่านผู้นำชุมชนและ 191 เพื่อปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต้องได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังโดยชุมชน มีมาตรการและแนวทางป้องกันความรุนแรง มีกระบวนการจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชน ประเมินความเสี่ยง ประสานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายตำรวจ 191 และ 1669 ได้ถูกต้องทันถ่วงที

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะ การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แก่ ญาติ แกนนำชุมชน ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความมั่นใจ และความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

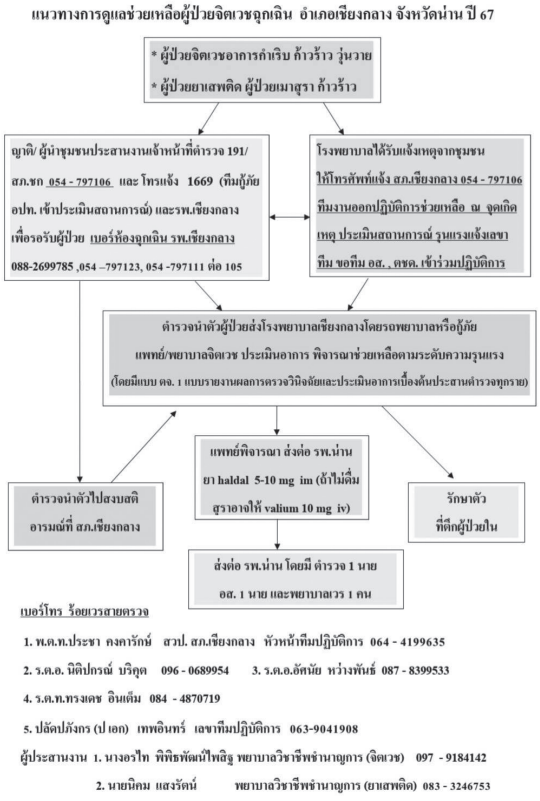
3. ควรขยายพื้นที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

Flow การทำงานและภาพกิจกรรม









พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

Together for Mental Wellness: ไทน้ำปาด ร่วมใจ ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย ปลอดภัยจากผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อรุนแรง (SMI–V) ด้วย กลไก 3 หมอ Plus

นางศศิธร นวลศรีใส *กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์*
นางสาวพรพิมล วงศ์วรรณา *สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์*

ที่มากับความสำคัญ

อำเภอน้ำปาด มีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพิ่มขึ้นจากปี 2565–2567 จำนวน 11, 31 และ 41 คน ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการแพร่ระบาดของสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดขาดยา ระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 5 Red Flags และการติดตามผู้ป่วยไม่เข้มแข็ง ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลญาติครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัย และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2565 – 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็น 8.27,16.62 และ 27.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบสวนทางระบาดวิทยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ ป่วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 33.33 โรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 22.22 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 66.66 มีประวัติทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 22.22 บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น ร้อยละ 22.22 พบว่ามีปัจจัยกระตุ้น ดังนี้ อาการจิตเวชกำเริบ (ซึมเศร้า,โรคจิตจากสารเสพติด) ร้อยละ 22.22 พิษหรือฤทธิ์จากสารเสพติดร้อยละ 33.33 และ มีสัญญาณเตือน ร้อยละ 100 พบว่าญาติและชุมชนขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย

จากปัญหาของพื้นที่ดังกล่าวอำเภอน้ำปาดจึงได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองโดยกลไก 3 หมอ Plus โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน ในรูปแบบ พชอ.และพชต.

กระบวนการทำงาน

1. ถอดบทเรียนการดำเนินงานสุขภาพจิต ปี 2567 เพื่อทบทวน → วิเคราะห์ปัญหา → แผนพัฒนาปี 2568
2. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีประวัติคุ้มคลั่ง ผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเวทีหัวหน้าส่วนราชการ,ผู้นำชุมชน,คณะกรรมการประสานงานอำเภอน้ำปาด (คปสอ.น้ำปาด) และ อสม ทุกเดือน

3. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ระดับอำเภอ ครั้งที่ 5 , ระดับตำบลทุกตำบล ครั้งที่ 1 และ หน่วยงานสาธารณสุข ครั้งที่ 1






4. สร้างแกนนำหมู่บ้าน(อสม,ผู้นำชุมชน,ชรบ)ในการฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)และผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเอง กลไก 3 หมอ Plus โดยยึดหลัก 3ส Plus งบประมาณ 157,760 บาท จากกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบล

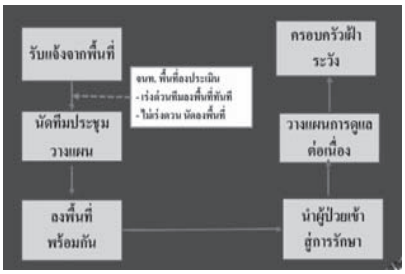
5. จัดกิจกรรมให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และครอบครัวในการดูแลที่เหมาะสม การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 5 Red Flags และสัญญาณเตือนต่อการทำร้ายตนเอง

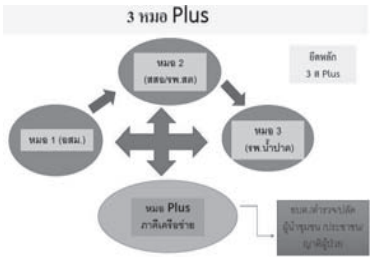
6. ซ้อมแผนเผชิญเหตุผู้ป่วยคุ้มคลั่งและพยายามทำร้ายตัวเองโดยแกนนำหมู่บ้านทุกตำบล






7. ระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดมีอาการคุ้มคลั่ง และผู้ที่ทำร้ายตัวเอง อำเภอน้ำปาด







หมอ 1 (อสม) ประเมิน V-care คัดกรอง 2Q Plus พบผิดปกติ แจ้งหมอ 2
หมอ 2 (รพ.สต) ประเมิน OAS คัดกรอง 9Q,8Q แจ้งหมอ 3 วางแผนนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา
หมอ 3 (รพ.น้ำปาด) ให้การรักษา อาการดีขึ้นส่งต่อให้ หมอ2,หมอ 1 ติดตามดูแลเฝ้าระวังในชุมชน
หมอ Plus (ตำรวจ,อำเภอ,อบต,ผู้นำชุมชน,ประชาชน) พบอาการผิดปกติ แจ้ง หมอ1 หมอ 2 หรือ หมอ 3 ในพื้นที่ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา ***ยึดหลัก 3 ส Plus***

8. ปลุกกระแสและสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังสุขภาพจิตในชุมชน






9. เฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องโดย อสม.และทีมสหวิชาชีพกรณีพบปัญหาซับซ้อน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน ปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567-20 มิถุนายน 2568)

1. ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงลดลง จำนวน 22 ราย
2. ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง ได้รับการติดตามรักษาต่อเนื่องร้อยละ 100
3. ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ร้อยละ 100
4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 6.07 (2 ราย)

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้นำมีนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ภาคีเครือข่ายพชอ./พชต./3หมอ Plus มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งและเป้าหมายชัดเจน
3. มีกลไกเครือข่าย 3หมอ Plus ที่มีคุณภาพ และมีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกัน
5. มีตำรวจร่วมนำส่งผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดคุ้มคลั่ง จำนวน 1 นาย เมื่อมีการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ตั้งแต่ ปี 2559-ปัจจุบัน
6. วัฒนธรรมองค์กรให้มีค่านิยมร่วมกันว่า “ ไทยน้ำปาดไม่ทิ้งกัน” ส่งผลให้ทุกองค์กรมีเป้าหมายเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนผู้บริหารค่านิยมก็ยังคงอยู่
7. รางวัลชนะเลิศ ระดับดีเด่น ในการประกวดพชอ.ดีเด่นระดับจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2568

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

อริยสัจ 4 กับ บ้านโพธิ์ 9 ต้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

นางสาวจินตนา รักคำ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

บ้านโพธิ์ 9 ต้น คือบ้านเลขที่ 98 หมู่ที่ 9 ตำบลรำมะสัก อ.โพธิ์ทอง จ.อ่างทอง เป็นบ้านของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาซ้ำซ้อนทั้งครอบครัวซึ่งประกอบไปด้วย มารดา บุตรชาย 2 คน และบุตรสาว 1 คน รวม 4 คน ซึ่งผู้เป็นแม่มีความเชื่อเรื่องของศาสนามากจึงปลูกต้นโพธิ์ไว้รอบบ้านจำนวน 9 ต้น บุตรชาย 2 คนป่วยด้วยจิตเวชจากสารเสพติด ส่วน มารดาและบุตรสาว เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา มารดามีความคิด ความเข้าใจธรรมมะเกินความเป็นจริง และปฏิเสธการรักษาของตนเองและรวมถึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และการกินยาของบุตร ธิดา บุตรสาวรับยาโรงพยาบาลอ่างทอง แต่ไม่ต่อเนื่องเช่นเดียวกับบุตรชาย จึงมีพฤติกรรมก้าวร้าวกับคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน บุตรชายคนโตมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงในครอบครัว บุตรอีกคนเมื่อขาดยาจิตเวชไม่สามารถปฏิบัติภาระกิจชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งครอบครัวยังมีปัญหาซ้ำซ้อนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านความมั่นคงของที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพ และด้านการเข้าถึงบริการและสวัสดิการแห่งรัฐ มานานนับ 10 ปี เพื่อแก้ปัญหาความยุ่งยากซ้ำซ้อนอย่างยั่งยืน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ทอง จึงได้ดำเนินการแก้ปัญหาบ้านโพธิ์ 9 ต้น ผ่านการดำเนินงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอโพธิ์ทอง ซึ่งเป็นการบูรณาการร่วมกันทุกหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงชุมชน ในการแก้ปัญหา ในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมา เพื่อให้ผู้ป่วยทั้ง 4 คน สามารถกลับมาดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมคณะกรรม พชอ. อำเภอโพธิ์ทอง เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานผ่านกรอบแนวคิดชีนใจในชุมชนประยุกต์กับหลักคิดอริยสัจ 4 กับบ้านโพธิ์ 9 ต้น เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มทางใจในชุมชน



ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งคณะกรรมการทำงานโดยบูรณาการทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบไปด้วย กรมการปกครอง สถานีตำรวจภูธรตำบลรำมะสัก ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาธารณสุข เกษตร ประมง ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอ และอสม.เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน มาใช้ทบทวนชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ชุมชนและสร้างแผนปฏิบัติการชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความมั่นคงของที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านการเข้าถึงบริการและสวัสดิการแห่งรัฐ

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลงานดำเนินงาน และนำเสนอในเวทีต่างๆ เพื่อพัฒนาแนวการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผลการทบทวนชุมชนหลังการดำเนินงานกิจกรรม พบว่า บ้านโพธิ์ 9 ต้น มีวัคซีนใจในระดับสูง (21 คะแนน) และพบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในบ้านโพธิ์ 9 ต้น มี รายละเอียดดังนี้

1. **ด้านความปลอดภัย :** ได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและมีสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น

2. **ด้านความรู้สึกสงบ :** มีการคัดกรองสุขภาพจิต และส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. **ด้านความหวัง :** การสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพ โดยบุตร 3 คนสามารถประกอบอาชีพได้ บุตรชายคนโตรับจ้างทั่วไป บุตรชายคนรองไปเป็นยาม บุตรสาวรับจ้างปลอกแห้วอยู่ที่บ้าน เป็นการสร้างรายได้ให้กับครอบครัว

4. **ด้านการสร้างความเข้าใจดูแล :** มีการเยี่ยมบ้าน รวมถึงสนับสนุนให้เข้าถึงบริการแห่งรัฐ เช่น การได้รับสวัสดิการต่าง ๆ ที่ควรได้รับ

5. มีการใช้ศักยภาพในชุมชนและสายสัมพันธ์ในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานการช่วยหลืออย่างเป็นรูปธรรม จากที่ว่าการอำเภอโพธิ์ทอง
2. มีการบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วนรวมถึงภาคเอกชนอย่างจริงจังเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
3. จิตอาสาในชุมชนให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือ/ประสานงานในการดูแลอย่างต่อเนื่อง






นวัตกรรมเด่น

แนวคิดการประยุกต์หลักอริยสัจ 4 กับการจัดการปัญหาจิตเวชซ้ำซ้อนบ้านโพธิ์ 9 ต้น

ที่มา : มารดาซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาเป็นพื้นฐานแม้ว่าจะมากเกินความเป็นจริง จนก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาก็ตาม จึงเป็นที่มาของการใช้หลักศาสนามาเป็นนวัตกรรมในการแก้ปัญหาจิตเวชซ้ำซ้อน

การใช้นวัตกรรม : คือใช้หลัก อริยสัจ 4 ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ทางศาสนา มาใช้กับกระบวนการแก้ปัญหาแบบบูรณาการโดยผ่านการดำเนินการในรูปแบบ พชอ. โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงภาคเอกชน ในการแก้ปัญหาซับซ้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เช่น ด้านความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงสวัสดิการ เป็นต้น

ผลลัพธ์ : กรอบแนวคิดเปรียบเสมือนแสงเทียนนำทางสู่ความสำเร็จในรูปแบบของกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีระบบในด้านต่าง ๆ ได้แก่ด้านความมั่นคงของที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงสวัสดิการ/บริการแห่งรัฐ ส่งให้เกิดผลของ 4 สร้าง 2 ใช้ ได้แก่ ความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง การสร้างโอกาส เกิดศักยภาพชุมชน และเกิดสายสัมพันธ์ในชุมชนจนผู้ป่วยทั้ง 4 คนสามารถดำรงชีวิได้อย่างปกติและได้รับการยอมรับจากสังคม

อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **แนวทางการแก้ไขคือ** ใช้หลักศาสนาและหลักจิตวิทยา รวมถึงใช้ทักษะในการเจรจา ต่อรอง จนประสบความสำเร็จ

2. ผู้ป่วยขาดการกินยา **แนวทางการแก้ไข** คือตำรวจและผู้นำชุมชนอาสาบริการการกินยาต่อหน้าทุกวันในช่วงเวลาค่ำ จนกว่าอาการจะสงบและสามารถรับประทานยาได้เอง

การพัฒนาต่อยอด สามารถนำกรอบแนวคิด การประยุกต์หลักอริยสัจ 4 กับการจัดการปัญหาจิตเวชซ้ำซ้อนบ้านโพธิ์ 9 ต้น ไปใช้กับครอบครัวหรือพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ ในพื้นที่อื่น ๆ ได้ในการประยุกต์การแก้ปัญหา

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พลังเครือข่ายเข้มแข็ง ใส่ใจสุขภาพจิต รวมพิชิตพิษสารเสพติดด้วย 3 หมอ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง

นางสาวจิตติมา ทรงมัจฉา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จ.ราชบุรี

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยเพิ่มมากขึ้นทั้งในครัวเรือนและในชุมชน ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการกำเริบทางจิต ได้ส่งผลกระทบไปทั่วไประเทศ ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมที่รุนแรงและก้าวร้าวส่งผลให้เกิดปัญหาความวุ่นวายภายในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการใช้สารเสพติด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ของอำเภอจอมบึง ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จากสถิติข้อมูลผู้เสพที่มีภาวะทางจิตจากยาเสพติดของอำเภอจอมบึง ปี 2565 – 2567 พบว่ามีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 28 ราย (ข้อมูลคลินิกจิตเวชยาเสพติด รพร.จอมบึง ปี2567 มีคดีความเกิดข้อร้องเรียนจากผู้เสียหาย สร้างความเดือดร้อนในชุมชนเป็นอย่างมาก จากความซับซ้อนของผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติดทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้น จากการประชุมของภาคีเครือข่ายร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอจอมบึง ยังพบว่ามีปัญหาในการนำผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษา การประสานงานที่ยังล่าช้า ผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงานเครือข่ายในท้องถิ่น มีการย้าย/เปลี่ยนงาน ขาดการประสานงานที่ต่อเนื่อง จำแนวทางปฏิบัติไม่ได้ ผู้พบเหตุมีอาการตกใจ หวาดกลัว ไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างทันท่วงที และผู้ป่วยยังคงสร้างความเดือดร้อนในชุมชน จึงได้มีการร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนาระบบให้มีความสะดวกรวดเร็วในการประสานงาน ครอบคลุมทุกมิติแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ราบรื่น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติร่วมกับคนในชุมชนได้ไม่เกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้นอีก

กระบวนการทำงาน

โดยใช้หลักวัคซีนใจในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้ เริ่มจากการวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผนและดำเนินการตามแผน รวมไปถึงบูรณาการ ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจอมบึง โดย **2 ใช้ การใช้ศักยภาพของชุมชน และสายสัมพันธ์ของคนในชุมชน** ร่วมกับการประสานความร่วมมือด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน **ขั้นเตรียมการ** 1.การจัดประชุมคณะกรรมการ พชอ. ได้แก่ ตัวแทนชุมชน รพสต. อบต. ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหา และต้นทุนชุมชน ด้านจิตเวชและยาเสพติด 2. ร่วมกันทบทวนความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดภายในชุมชน แนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา

ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นและตั้งเป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งสรุปประเด็นที่ต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนา 3. การประชุมเพื่อการกำหนดเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรม และวางแผนการดำเนินงาน ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดภายในชุมชนภายใต้สถานการณ์ปัญหา ต้นทุนชุมชนและประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหา

ขั้นดำเนินการ นำหลักการ 3 หมอ มาบูรณาการโดย นำแผนงานที่ออกแบบตามเป้าหมายที่กำหนดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งก่อนจะมีการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้มีการชี้แจงรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนให้เครือข่ายได้ทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน โดยใช้ **4 สร้าง สร้างความรู้สึกปลอดภัย** (การสอดส่อง-มองหา) **สร้างความรู้สึกสงบ** (ผู้ป่วยได้รับการดูแล-รักษา) **สร้างความหวัง** (หลังการรักษาผู้ป่วยจะไม่มีอาการกำเริบ อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข) **สร้างความเข้าใจให้โอกาส** (คืนสู่ชุมชน ได้รับโอกาสจากคนในชุมชนให้มีอาชีพ และคุณภาพชีวิตที่ดี) เพื่อสร้างให้ชุมชนมีภูมิคุ้มกัน และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขสงบ รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

1. สร้างความรู้สึกปลอดภัย การสอดส่อง-มองหา สอดส่องด้วย อสม. **หมอประจำบ้าน**ที่จะเป็นด่านหน้าและมีความใกล้ชิดกับประชาชนได้อย่างรวดเร็ว โดยการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ไม่หลับ-ไม่นอน, เดินไปมา, พูดจาคนเดียว, หงุดหงิดฉุนเฉียว,เที่ยวหวาดระแวง เมื่อพบจะร่วมกับ **รพ.สต. หมอสาธารณสุข** ที่เป็นตัวกลางเชื่อมต่อจากอสม. มองหา โดยการประเมินระดับความรุนแรงด้วยแบบประเมิน OAS และเมื่อเกิดเหตุรุนแรงสามารถทำตามแนวปฏิบัติได้

2. สร้างความรู้สึกสงบ ผู้ป่วยได้รับการดูแล-รักษา ดูแล-รักษาโดย**แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว**-หมอครอบครัว มีการดูแลรักษาอาการทั้งแบบฉุกเฉิน (Acute care) การดูแลแบบผู้ป่วยใน (มินิธัญญารักษ์) และการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และมีการส่งต่อ ในกรณีที่เกินศักยภาพ มีโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี สถาบันกัลยาราชนครินทร์ และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

3. สร้างความหวัง หลังการรักษาผู้ป่วยจะไม่มีอาการกำเริบ อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยการดูแลอย่างต่อเนื่อง การนัดมาพบแพทย์ รับยาและมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม.

4. สร้างความเข้าใจให้โอกาส คืนสู่ชุมชน ได้รับโอกาสจากคนในชุมชนให้มีอาชีพ และคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีก

เกิดการพัฒนาระบบบริการครอบคลุมทุกมิติแบบไร้รอยต่อของอำเภอจอมบึง ได้มีการประชุมเพื่อเรียนรู้และถอดบทเรียนความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความต้องการของชุมชนและเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนร่วมกันออกแบบแนวทางให้เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้ และปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ชุมชนมีความสุข สงบ ปลอดภัย มีวัคซีนในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ชุมชนสามารถจัดการได้ตามแนวทางและมีแนวในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน สะดวก รวดเร็วขึ้น และจากข้อมูลในปีงบประมาณ 2566 ถึงปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูงที่อาจก่อความรุนแรงในชุมชนเข้าถึงบริการโดยการนำส่งของเครือข่ายในชุมชน และได้รับการดูแลแบบ Acute care จำนวน 27 ราย รักษาในระบบมินิธัญญารักษ์จำนวน 20 ราย บำบัดแบบผู้ป่วยนอก 15 ราย ส่งต่อจำนวน 8 ราย กลับเข้าสู่ชุมชนหลังการบำบัดรักษาและสามารถเลิกสารเสพติดได้ 5 ราย และยังมีผู้เข้ามารับการบำบัดโดยสมัครใจเพิ่มขึ้น รวมถึงไม่เกิดเหตุรุนแรงในชุมชน เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือในชุมชนที่เข้มแข็ง

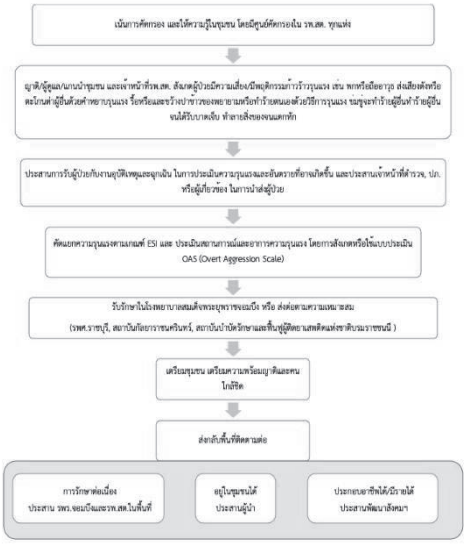
ปัจจัยความสำเร็จ

ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ ชุมชนเข้าใจและให้โอกาสผู้ป่วยและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างสงบสุข





การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินยาเสพติด (Acute Care) และที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง





พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

อาสาเพื่อใจ by อสม.
สร้างพลังใจในชุมชนขับเคลื่อนชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด

นายสุพัฒชัย ปราบศัตรู, นายชัยรัตน์ ไกรเลิศมงคล และนางสาวน้องนาง ระเริงทรัพย์
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสอ.ดำเนินสะดวก, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.สี่หมื่น อ.ดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.สี่หมื่น อ.ดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี

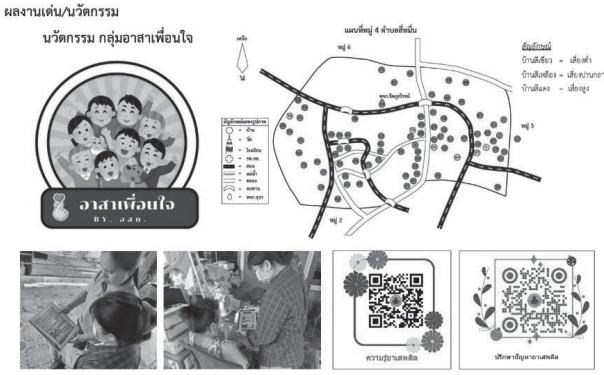
หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดมีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนได้รับผลกระทบและเกิดปัญหาทางสังคมในวงกว้าง รัฐบาลจึงกำหนดให้ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหายาเสพติดในสังคมต่อไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในปี 2567- 2568 ภายใต้เป้าหมาย “สุขภาพมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง เสริมแรงเศรษฐกิจไทย” รายงานเปรียบเทียบรายพื้นที่ จำแนกตามแบบบำบัดรักษา ในระบบข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ พบว่าอำเภอดำเนินสะดวก ในปี 2565 มีจำนวนผู้เข้าบำบัด 40 ราย เป็นเพศชาย 36 ราย เพศหญิง 4 ราย เป็นการบำบัดใหม่ 3 ราย การบำบัดซ้ำ 38 ราย ในปี 2566 มีจำนวนผู้เข้าบำบัด 38 ราย เป็นเพศชาย 35 ราย เพศหญิง 3 ราย เป็นการบำบัดใหม่ 2 ราย การบำบัดซ้ำ 36ราย ในปี 2567 มีจำนวนผู้เข้าบำบัด 66 ราย เป็นเพศชาย 64 ราย เพศหญิง 2 ราย เป็นการบำบัดใหม่ 3 ราย การบำบัดซ้ำ 60 ราย สะท้อนให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับพื้นที่ และยังคงอยู่คู่กับสังคมจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ผู้คนจะเข้าสู่ระบบการบำบัด แต่จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้บำบัดซ้ำยังคงมีอยู่จำนวนมากในทุก ๆ ปี ซึ่งนำไปสู่การค้นหารูปแบบการจัดการปัญหาที่เหมาะสม และต้องสร้างเกาะคุ้มกันทางจิตใจให้กับชุมชนที่จะสามารถอยู่ร่วมกับปัญหาได้โดยมีความอยู่ดีมีสุขในชีวิต

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี เพื่อระดมความคิด กับคณะกรรมการชุมชน แกนนำชุมชน ตัวแทนชุม ตัวแทนเยาวชนในชุมชน และตัวแทนเยาวชนจากชมรม ทูบีนัมเบอร์วันวัดใหม่สี่หมื่น โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (TOP Model) กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการสื่อสารเชิงบวกการเข้าถึงบริการและการสร้างความเข้าใจในชุมชนปลอดยาเสพติด โดยการดำเนินการพัฒนาแกนนำชุมชนให้มีความรู้ในการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ใส่ใจ ให้โอกาส ด้วยสายใยในชุมชนโดยการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพกายและใจ ที่เกิดจากปัญหายาเสพติด กิจกรรมที่ 4 อบรมส่งเสริมการพัฒนาอาชีพ สร้างโอกาสกลับคืนสู่ชุมชน โดยการส่งเสริมทักษะ ความรู้ในการประกอบอาชีพให้สามารถมีทางเลือกในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม สามารถประกอบอาชีพและอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ถูกตีตราจากสังคม

ขั้นตอนที่ 2 ชุมชนเกิดกระบวนการระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยทางพื้นที่ได้มีการจัดตั้ง กลุ่มอาสาเพื่อใจ by อสม. โดยมี อสม.และแกนนำชุมชน ในการร่วมกันขับเคลื่อนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยแกนนำอาสาเพื่อนใจ อสม.หมู่ที่ 4 ต.สี่หมื่น 12 คน ใช้แผ่นพลิกความรู้ยาเสพติด การรับรู้อารมณ์และการจัดการความเครียด นำไปให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดแก่คนในชุมชน ครอบครัวอาสาเพื่อนใจ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น พร้อมทั้งแจก QR CODE ความรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด และ QR CODE ปรึกษาด้านสุขภาพจิตและปรึกษาปัญหายาเสพติดด้วย และแกนนำอาสาเพื่อนใจ ครอบครัว จำนวน 89 คน นำใช้ นำ QR CODE ความรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด และ QR CODE ปรึกษาด้านสุขภาพจิตและปรึกษาปัญหายาเสพติดด้วย นำไปให้ความรู้และการให้คำปรึกษากับบุคคลในบ้านของตนเอง และกลุ่มอาสาเพื่อนใจค้นหา ติดตาม ประชาชนในชุมชน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่อยู่ในพื้นที่ หรือที่กลับมาจากนอกพื้นที่ จากนั้นดำเนินการประสานแจ้งเจ้าหน้าที่ประเมินผู้ป่วยยาเสพติด (v.2) ประเมินสุขภาพจิต ST5 2Q 8Q 9Q และนำข้อมูลมาใช้ในการเฝ้าระวังในชุมชนต่อไป



ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

ผลการดำเนินงาน พบว่ากลุ่มแกนนำอาสาเพื่อนใจ 89 ครัวเรือน ร่วมกันเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจสอดส่องดูแลสมาชิกในบ้าน เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชน และกลุ่มแกนนำอาสาเพื่อนใจ ค้นหา/เฝ้าระวัง ผู้ใช้ ผู้เสพ พร้อมทั้งการเข้าไปให้กำลังใจ เสริมพลังครอบครัว ทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดแล้วในชุมชน 5 คน ไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างแน่นอนแล้ว จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้เสพจำนวน 3 ราย ที่มีอาการจิตเวชร่วม ด้วย ให้การติดตามการรับประทานยา/ฉีดยา ตามแพทย์สั่ง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังเกิดแผนที่เดินดิน ที่ระบุความเสี่ยงระดับต่าง ๆ ของครัวเรือนในชุมชม สามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวังในชุมชนต่อไปได้

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (TOP Model) ในการนำกระบวนการแบบเอื้ออำนวยทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่าง จากกระบวนการระดมความคิดหรือกระบวนการในเวทีประชาคมหมู่บ้านเดิม ดังนี้ ลดการยึดถือทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนและกลุ่มเป้าหมายกล้าแสดงความคิดเห็นผ่านบัตรคำทำให้ได้มุมมองที่หลากหลายมากขึ้น กระบวนการทำให้รู้ว่าจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร โดยรู้วิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เกิดการแสวงหาข้อมูลการดำเนินงานโดยมีมติร่วมกันของทุกคน และสุดท่ายเกิดการพึ่งพา ไม่ให้คนเก่งเพียงคนเดียวขับเคลื่อนแต่กลับเป็นการทำงานโดยความเก่งของกลุ่มในการดำเนินการร่วมกัน

2. ผู้นำชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความเชื่อมันในความปลอดภัยในชุมชนและลดการตีตราในชุมชน รวมถึงเป็นส่วนเชื่อมประสานการดำเนินการกับภาคส่วนต่าง ๆ ผนึกกำลังในการดำเนินงานที่เข้มแข็งกับภาคส่วนต่าง ๆ ได้





พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

ธวัชบุรีโมเดลพลัส: พลัง 5 เสือ พชอ. กับภารกิจบูรณาการดูแลผู้ป่วย SMIV

นางนงลักษณ์ เตชะนาม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่มาและความสำคัญ

ตามที่คณะรัฐมนตรีลงมติเห็นชอบตามที่นายกรัฐมนตรีเสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เจ้าหน้าที่ตำรวจ ร่วมกับหน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องบูรณาการการดำเนินงานในการปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจังเด็ดขาด ได้กำหนดเป็นพื้นที่สีแดงที่มีปัญหายาเสพติดรุนแรง จำนวน 25 จังหวัด โดยจังหวัดร้อยเอ็ด ได้กำหนดพื้นที่อำเภอธวัชบุรี เป็นพื้นที่ต้นแบบในการบูรณาการการ ดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ

ด้วยการบำบัดรักษาตามรูปแบบ CBTx โดยมีชุดปฏิบัติการตำบล (ชปต.) รายงานผลการดำเนินกิจกรรมในกระบวนการ CBTx ให้ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอธวัชบุรี (ศป.ปส.อ.ธวัชบุรี) ทุกครั้งหลังดำเนินการ ทำให้การคัดกรอง บำบัด รักษา ในโครงกานี้ พบผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น เป็นปัญหาสำคัญและมีความรุนแรง เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชนหลายแห่ง เกิดภาวะความเครียด วิตกกังวลหวาดกลัว บางคนถึงขั้นมีอาการซึมเศร้า จากผลกระทบที่ได้รับ แม้คนไข้จะได้รับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและผู้ที่มีอาการรุนแรงสีแดงส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จนอาการสงบและกลับสู่ชุมชนแล้วก็ตาม เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดนัดขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มีญาติดูแลใกล้ชิด หรือการใช้สารเสพติดร่วมด้วยทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรง สร้างความเดือดร้อนให้ครอบครัวชุมชน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอธวัชบุรีพบผู้ป่วยจิตเวชปี 2566 ปี 2567 และ ปี 2568 จำนวน 762, 815 และ 1,426 ราย ตามลำดับ และพบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง SMIV ปี 2566 ปี 2567 และ ปี 2568 จำนวน 7, 37 และ 39 ราย ตามลำดับ การแก้ปัญหาที่ผ่านมาคือมีการลงพื้นที่ ทำประชาคมในหมู่บ้านร่วมกับครอบครัวและผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ปัญหาไม่ลดลงผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมด้วยเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน คือการใช้กลยุทธ์ 5 เสือในการขับเคลื่อนงานยาเสพติด ในอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด การแก้ปัญหาที่ผ่านมาคือมีการลงพื้นที่ ทำประชาคมในหมู่บ้าน ร่วมกับครอบครัวและผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ปัญหาไม่ลดลงผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมด้วยเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน คือการใช้กลยุทธ์ 5 เสือในการขับเคลื่อนงานยาเสพติด ในอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

กระบวนการทำงาน

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอธวัชบุรีเกิดการบูรณาการและประสานการปฏิบัติในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล สามารถคืนคนดีกับสู่สังคม ลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติดต่อประชาชนในพื้นที่ จัดตั้งศูนย์อำนวยการและศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด อำเภอ และชุดปฏิบัติการตำบล เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแผนปฏิบัติการเร่งรัดการดำเนินงานป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดระยะเร่งด่วนพื้นที่ต้นแบบอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด แต่งตั้งคณะทำงาน สร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

1. ระยะเตรียมการ คัดกรองแบบปูพรมทุกพื้นที่เพื่อหาผู้ใช้สารเสพติด ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด แต่งตั้งชุดปฏิบัติการตำบล 12 ชุด ซึ่งประกอบภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องจากอำเภอต่างๆ ได้แก่ ตำรวจ ทหาร สาธารณสุข ปกครอง องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ชุดปฏิบัติการตำบลดำเนินการ Re X-ray ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน คัดกรองผู้ตรวจพบสารเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข และจัดทำสมุดประจำตัว

2. ระยะดำเนินการ นำผลการ Re X-ray มาดำเนินการดังนี้ 1) ผู้ค้า ส่งข้อมูลให้สถานีตำรวจภูธรธวัชบุรีดำเนินการ 2) ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดที่มีอาการรุนแรง ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3) ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดอาการไม่รุนแรงบำบัดในมินิธัญญารักษ์ 4) ผู้เสพ ส่งบำบัดแบบ CBTx ในทุกตำบล 5) กลุ่มเสี่ยง จัดกิจกรรมให้ความรู้สร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด 6) กลุ่มปกติ เชิญชวนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนที่ได้จากการสำรวจและประชาคม

3. ระยะสร้างความยั่งยืน : 1) มีการติดตามหลังกระบวนการบำบัดมอบบัตรพลเมืองสีขาวให้กับผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นลบ 13 ครั้งต่อเนื่องติดต่อกัน 2) จัดทำธรรมนูญหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน มอบธงสีขาวแก่ครัวเรือนที่ปลอดยาเสพติด 3) ส่งเสริมอาชีพระยะสั้น 300 บาท/วัน/คน (5 วัน) ตำบลละ 50 คน 4) อบรม ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน และจัดตั้งจุดตรวจ อยู่เวรยาม ลาดตระเวนรอบหมู่บ้าน 5) พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนแม่ของแผ่นดินและคณะกรรมการกองทุนป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดร้อยเอ็ด 6) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ ส่งเสริมการฝึกอาชีพด้านการเกษตร เช่น การเพาะ เห็ดฟาง การทำไข่เค็ม การเลี้ยงปลา การทำน้ำยาล้างจาน การซ่อมเครื่องยนต์ขนาดเล็ก จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พช./กษ./ประมง/สกร./อปท./แรงงานจังหวัด/พมจ. เป็นต้น 7) ส่งเสริมให้เยาวชนเล่นกีฬาต้านยาเสพติด 8) กลุ่มติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยใช้ แอพพลิเคชั่นไลน์

กระบวนการดำเนินงานช่วงที่ 2 ธวัชบุรีโมเดลพลัส ติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ยากเกินเยียวยา ที่เป็นการบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิต

1. คณะทำงานสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ทำงานร่วมกับ คณะกรรมการ พชอ. 5 เสือ ในทุกระดับ ตามบทบาทหน้าที่ พร้อมการดำเนินงานร่วมกันดังนี้

1) ตำรวจการบังคับใช้กฎหมาย ปราบปรามยาเสพติด การร่วมดำเนินการค้นหานำส่งและติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายทุกวัน โดยมีตู้แดงปิดไว้หน้าบ้าน ลงเวลาบันทึกการเยี่ยม เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงานการดูแลคุณภาพชีวิตดำเนินการค้นหาติดตามร่วมกับทีม

3) สาธารณสุข บทบาท เชิงรุก และเชิงรับ การดูแลรักษา ติดตามอาการ ส่งเสริมความรักความอบอุ่นสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน

4) ปกครอง การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดำเนินการร่วมกันกับตำรวจในการค้นหา Re X-ray ผู้ป่วยจิตเวชทุกหมู่บ้าน

5) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทำการป้อนยาร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ดำเนินการร่วมเกือบทุกขั้นตอน เพื่อทำงานร่วมกับคณะทำงานสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด อ.ธวัชบุรี จ.ร้อยเอ็ด

2. สำรวจรายชื่อและจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในหมู่บ้านตามเขตรับผิดชอบ สำรวจกลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่การรักษาเฝ้าระวังในชุมชน กำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งในชุมชนการส่งต่อ และ ติดตามต่อเนื่องใน “โครงการธวัชบุรีโมเดล ”ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆเพื่อการดูแลช่วยเหลือด้านสังคม

3. จัดทำแผนเยี่ยมติดตาม เพื่อให้คำแนะนำ ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดย พชอ.

4. ประชุมแจ้งผลการดำเนินงานให้กับผู้บังคบบัญชาทราบข้อมูลทุกระดับ รับทราบถึงขั้นตอนการดำเนินงานผลสำเร็จ กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง จัดการข้อมูลให้ตรงกันทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก่อนคืนข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลความเดือดร้อน รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

✪ เกิดเครือข่ายการดูแลและติดตามผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นองค์รวม โดยการมีส่วนร่วม จากกลไก พชอ. 5 เสือ คณะทำงานสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอธวัชบุรี ชุมชน โรงเรียน มีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติที่เหมาะสมมีแผนการดูแลร่วมกันที่ชัดเจนตามระดับความรุนแรง ในระดับครอบครัวและชุมชนเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง SMIV ให้โอกาสดูแลกันเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

✪ ก่อนดำเนินการพบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำนวน 75 รายแบ่งเป็นความรุนแรงระดับสีแดงจำนวน 4 รายความรุนแรงระดับสีเหลืองจำนวน 29 ราย และความรุนแรงระดับสีเขียวจำนวน 42 ราย ปรับลดระดับความรุนแรงเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรงในระดับสีเหลืองจำนวน 9 ราย และสีเขียวจำนวน 66 ราย

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารระดับสูงในพื้นที่ทุกท่าน โดยเฉพาะ นายอำเภอธวัชบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี ให้ความสำคัญในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมี คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเยี่ยมติดตาม ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอำเภอธวัชบุรีทำให้เครือข่ายทราบบทบาทที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนงาน

2. การมีเป้าหมายร่วมกันของทีม พชอ. 5 เสือ ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามบทบาท พชอ. 5 เสือ

3. การก้าวข้ามอุปสรรค การอดทนไม่ย่อท้อและเริ่มดำเนินการให้สำเร็จเป็นรายๆเพื่อให้เกิดกำลังใจในรายต่อไป

4. นโยบายจากสำนักนายกรัฐมนตรีทำให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น








พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน ปีงบประมาณ 2568

นายภาคิน อำรุงจิตชัย และนางณิชนันทน์ วิฒเนศรังสรรค์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของครอบครัวและชุมชนโดยรวม ในปีงบประมาณ 2568 อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนทั้งสิ้น 621 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2568) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปัจจัยแวดล้อมหลายประการ เช่น ภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอย การว่างงาน หนี้สิน และปัญหาสังคมอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ประชากรมีภาวะเครียด วิตกกังวล และเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้การแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ โดยเฉพาะยาบ้าและกัญชา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและโรคจิตเภท ทำให้ ผู้ที่ใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานอาจแสดงอาการทางจิตหรือพัฒนาเป็นผู้ป่วยจิตเวชในที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในชุมชน

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและลดผลกระทบดังกล่าว โดยเฉพาะการดำเนินงานผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างระบบเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความร่วมมือของชุมชนทั้งในระดับครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พร้อมทั้งลดอัตราการเกิดเหตุรุนแรงในพื้นที่อย่างยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้สึกปลอดภัย (promote sense of safety) : 1) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในแต่ละหมู่บ้าน และจำแนกระดับความเสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพ.สต) 2) จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับหมู่บ้าน โดยมี อสม. ผู้นำชุมชน และญาติผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 3) อสม.และประชาชนในชุมชน เฝ้าระวังด้วย SMI-V Scan สังเกตพฤติกรรมสี่ยงจากสัญญาณเตือน 5 ธงแดง

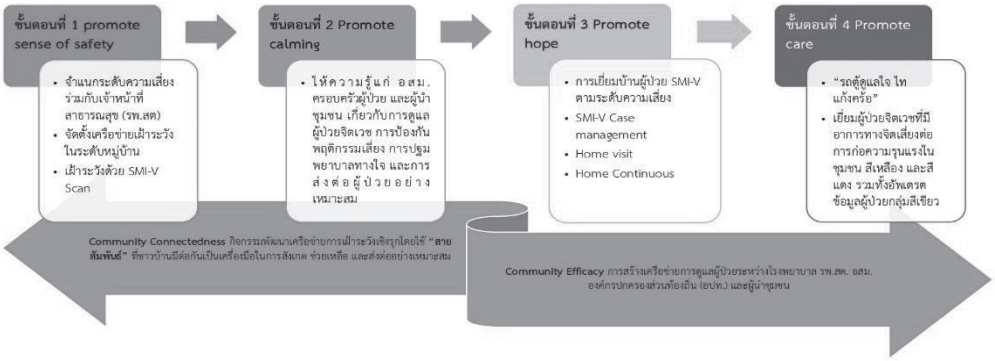
ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความรู้สึกสงบ (Promote calming) : ประชุมร่วมระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น เช่น อปท., ตำรวจ, โรงเรียน ฯลฯ รวมทั้งให้ความรู้แก่ อสม. ครอบครัวผู้ป่วย และผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง การปฐมพยาบาลทางใจ และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความหวัง (Promote hope) : ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทั้งในด้านการใช้ยา การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมอาชีพในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย SMI-V ตามระดับความเสี่ยง ในกรณีผู้ป่วยสีแดง (เสี่ยงสูง: มีประวัติก่อความรุนแรง ขาดยา อาการทางจิตกำเริบ สื่อสารผิดปกติ) จะเข้าสู่กระบวนการ SMI-V Case management เพื่อวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนตามสภาพปัญหาเฉพาะรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ในกรณีผู้ป่วยสีเหลือง (เสี่ยงปานกลาง: เริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ขาดยาบางครั้ง หรือเริ่มแสดงอาการ) จะเข้าสู่กระบวนการ Home visit : เยี่ยมบ้าน ยามเบิ่งใจ โดยเข้าร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น อสม. รพ.สต. ผู้นำชุมชน สสอ. อส. สถานีตำรวจ ฯลฯ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านทุกวันพฤหัสบดี และในกรณีผู้ป่วยสีเขียว (เสี่ยงต่ำ: ผู้ป่วยอาการคงที่ รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง) เข้าสู่กระบวนการ Home Continuous : บ้านเฮาบ่ขาดยา โดยการจัดส่งยาให้ที่บ้านผ่านการติดตามโดย รพ.สต ในพื้นที่ และเฝ้าระวังด้วย SMI-V Scan สังเกตพฤติกรรมสี่ยงจากสัญญาณเตือน 5 ธงแดง หากพบเจอสัญญาณเตือน 1 ข้อ สามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครองผู้นำชุมชน ตำรวจ และนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่ โรงพยาบาลแก้งคร้อต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างความเข้าใจดูแล (Promote care) : "รถตู้ดูแลใจ ไทแก้งคร้อ" คือการนำ **"รถตู้โรงพยาบาล"** มาใช้เป็นหน่วยในการให้บริการดูแลสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล เข้าถึงยาก เป็นหน่วยบริการเยี่ยมบ้านเคลื่อนที่ ซึ่งลงเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน สีเหลือง และสีแดง รวมทั้งอัพเดรตข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายชุมชน โดยมีภาคีเครือข่าย ตำรวจ ปกครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และรพ.สต. ร่วมเยี่ยมบ้านและค้นหาปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกันในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเคลื่อนที่ที่ออกให้บริการทุกสัปดาห์

➢ การใช้สายสัมพันธ์ที่มีอยู่ในชุมชน (Community Connectedness) → "ความรัก ความผูกพัน และความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลในชุมชน" มาเป็นพลังสำคัญในการสร้างพื้นที่ปลอดภัย สร้างความเข้าใจ และส่งเสริมให้เกิดการดูแลกันเองในหมู่บ้านหรือชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาจิตเวชและยาเสพติดอย่างยั่งยืน ผ่านกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยใช้ "สายสัมพันธ์" ที่ชาวบ้านมีต่อกันเป็นเครื่องมือในการสังเกต ช่วยเหลือ และส่งต่ออย่างเหมาะสม

➢ การใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน (Community Efficacy) → ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชน มีการประชุมหารืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อวางแผน และติดตามการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผลลัพธ์ทางกายภาพ (Physical Outcome)

- ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการประเมินและมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ครบถ้วน 100% ภายในพื้นที่เป้าหมาย
- จำนวนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ขาดนัดขาดยาลดลง จากร้อยละ 25 ลดเหลือร้อยละ 11.11
- จำนวนอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในเรื่องเดิม (readmit) ลดลง จากร้อยละ 38 ลดเหลือ ร้อยละ 3 (1 ต.ค. 67- 13 มิ.ย. 68)

ผลลัพธ์ทางครอบครัวและชุมชน

- ร้อยละ 88.89 ของผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการดูแลตามแผนมีพฤติกรรมสงบ ไม่แสดงความรุนแรงในระยะเวลา 6 เดือนหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน
- ครอบครัวร้อยละ 90 มีความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผ่านการเฝ้าระวังด้วยพฤติกรรมเสี่ยง 5 ธงแดง
- ครอบครัวเข้าใจระบบการส่งต่อผู้ป่วยหากพบพฤติกรรมเสี่ยง 5 ธงแดง
- มีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อปท. สถานีตำรวจ หน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. **ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน** มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชน มีการประชุมหารืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อวางแผน และติดตามการดำเนินงานร่วมกัน

2. **การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล** ครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเบื้องต้น รับรู้แผนการรักษา และมีความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ฟื้นฟู และสังเกตอาการเสี่ยงของผู้ป่วย

3. **ระบบการติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน** มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย SMI-V และแผนการดูแลรายบุคคล มีระบบการเยี่ยมบ้านและประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นประจำ

4. **การเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้เกี่ยวข้อง** บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การสื่อสารอย่างเหมาะสมและการรับมือภาวะฉุกเฉิน

5. **การสนับสนุนจากนโยบาย** โรงพยาบาลแก้งคร้อ สนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการบรรจุแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V ลงในแผนพัฒนาการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

6. **การสื่อสารและสร้างความตระหนักในสังคม** ประชาชนในชุมชนได้รับการให้ความรู้เพื่อลดอคติ (stigma) และเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

การรณรงค์อย่างต่อเนื่องช่วยสร้างบรรยากาศของความเข้าใจและความปลอดภัยร่วมกัน



นวัตกรรมเด่น **“รถตู้ดูแลใจ ไทแก้งคร้อ”**

คือการนำ **“รถตู้โรงพยาบาล”** มาใช้เป็นหน่วยเคลื่อนที่ในการให้บริการดูแลสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล หรือเข้าถึงยาก เพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ความผูกพันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังเป็นการสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กับคนในชุมชน

นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเคลื่อนที่ที่ออกให้บริการทุกสัปดาห์

- **เข้าถึงง่าย:** ลดอุปสรรคด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร
- **เชิงรุก:** ออกให้บริการเชิงรุกถึงบ้านผู้ป่วย ชุมชน โรงเรียน หรือสถานที่อื่นๆ ที่เหมาะสม
- **ครบวงจรเบื้องต้น:** ให้บริการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น การคัดกรอง การประเมิน การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การติดตามอาการ และการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทาง
- **สร้างความเข้าใจและลดการตีตรา:** เป็นพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้เรื่องสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชในสังคม
- **สร้างเครือข่ายความร่วมมือ:** เป็นกลไกสำคัญในการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

องค์ประกอบของ “รถตู้ดูแลใจ”

- บุคลากร: ทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ตำรวจ อส. และ รพ.สต
- อุปกรณ์และเครื่องมือ:
  - ✓ ชุดตรวจคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น
  - ✓ สื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต (แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อมัลติมีเดีย)
  - ✓ ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น
  - ✓ ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและระบบการส่งต่อ Tiktok คลินิกดูแล



Tiktok คลินิกดูแล

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิต และเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

นางวราภรณ์ ใจเย็น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอปทุมราชวงศา มีผู้ป่วยจิตเวชในปี 2566-2568 จำนวน 278, 312, 385 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตก่อความรุนแรงอาละวาดคลุ้มคลั่งพบว่ามาจากการใช้ยาเสพติดทุกราย จากข้อมูลปี 2566 จำนวน 16 ราย มี 1 ราย ฆ่ายายและจุดไฟเผา และปี 2567 จำนวน 34 ราย มี 1 รายเผาบ้าน ปี 2568 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิต กลุ่มสีแดง 26 รายมีพฤติกรรมรุนแรงอาละวาด ทำร้ายข้าวของ ทำร้ายคนใกล้ชิด ทำร้ายคนข้างบ้าน เผานา ขู่จะเผาบ้าน สีส้ม 38 ราย มีพฤติกรรมโมโหร้ายที่ยากจะคาดเดาและก่อเหตุอาชญากรรม หรือการทำลายทรัพย์สินสาธารณะ และสีเหลือง 61ราย จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตเวช การทำร้ายตนเอง พฤติกรรมที่รุนแรง การทำร้ายผู้อื่นปัญหายาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตไม่เพียงเป็นปัญหาด้านสุขภาพ แต่ยังเป็นปัญหาเชิงสังคมที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ ซึ่งหากขาดการสนับสนุนจากภายนอก อาจส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง หรือการทอดทิ้งผู้ป่วยและผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น “คนบ้า” หรือ “อันตราย” ทำให้ยากต่อการกลับเข้าสู่สังคม ไม่ได้รับโอกาสในการทำงาน และขาดการสนับสนุนในการฟื้นฟู จากปัญหานี้ จำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ โรงพยาบาลปทุมราชวงศาจึงได้พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิต และเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการทำงาน

ขั้นเตรียมการ

1. จัดทำโครงการและเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณ และนำเข้า พชอ.อำเภอ
2. ประสานกลุ่มเป้าหมายและประชาสัมพันธ์ให้ทราบ

ขั้นดำเนินการ

1. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรภาคีเครือข่าย คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อพปร. อสม. ทั้งหมด 73 หมู่บ้าน ดำเนินการอบรมแยกรายตำบลทั้งหมด 7 ตำบล ในการค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรายใหม่กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ผู้มีภาวะติดสุรา ผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน OAS Score แยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง กลุ่มสีส้มและกลุ่มสีแดง และการค้นหาเฝ้าระวังสัญญาณ

เตือน อาการทางจิตเวชรุนแรง 5 อาการธงแดง ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง และระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยอาระวาดคลุ้มคลั่งมีระบบแจ้งเหตุ 191/1669 โดยผู้นำชุมชน /ผู้พบเห็นเหตุการณ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเคลียพื้นที่ กันคน ก่อนเจ้าหน้าที่ตำรวจจะมาถึงเพื่อระงับเหตุ

2. ซ้อมแผนเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินให้กับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อพปร. อสม.

3. ฝึกปฏิบัติการค้นหา ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ภายใต้การดำเนินงานตามหลัก ใช้ศักยภาพชุมชน ใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน

4. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต พร้อมแยกประเภทผู้ป่วยของแต่ละหมู่บ้านจากการค้นหาโดยชุมชน

5. ระดมความคิดจัดทำแนวทางการค้นหา และเฝ้าระวังของแต่ละชุมชน โดยการระดมความคิดของชุมชนผ่านกระบวนการประชาคมหมู่บ้าน ใช้หลักการ 4 สร้าง 2 ใช้ ดังนี้ สร้างความรู้ความเข้าใจให้ความรู้เรื่องยาเสพติด โรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สร้างความตระหนักเรื่องการไม่ตีตราผู้ป่วย ฝึกอบรม อสม./ผู้นำชุมชน ให้สามารถสื่อสารและให้การดูแลเบื้องต้นได้ สร้างทีมเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว รพสต.และ อปท. สร้างระบบการดูแลต่อเนื่อง วางระบบการติดตามผู้ป่วยแบบ Community-based care มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนเมื่ออาการทางกายทางจิตเปลี่ยนแปลงและรุนแรงขึ้น สร้างพลังใจและแรงสนับสนุนในชุมชน ส่งเสริมการยอมรับและร่วมดูแลจากครอบครัวและชุมชนการให้ผู้ป่วยเป็นจิตอาสาช่วยงานบุญของหมู่บ้าน และที่วัด ใช้ศักยภาพของชุมชน จัดตั้งผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพสต.และ อปท.ในพื้นที่มาช่วยดูแลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลชุมชนเป็นฐาน สำรวจข้อมูลผู้ป่วย พื้นที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และทรัพยากรในชุมชน เพื่อวางแผนป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน

6. จัดตั้งทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมประเมินอาการ วางระบบการติดตามผู้ป่วยแบบ Community-based care มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนเมื่ออาการทางกายทางจิตเปลี่ยนแปลงและรุนแรงขึ้นผ่านช่องทาง application line จิตเวชฉุกเฉิน อำเภอปทุมราชวงศา การทานยาผ่านนวัตกรรมปฏิทินยาที่สอนให้ญาติจัดยาและมี อสม.เป็นพี่เลี้ยงกำกับการทานยา ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 2 ครั้ง

7. ประชุมเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน จึงทำให้เกิดนวัตกรรมการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิต และเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ส คือ สำรวจ สอดส่อง สอนญาติ ส่งต่อ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. การค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ในปี 2566-2568 เพิ่มขึ้น 5, 18 และ 91 ราย ตามลำดับ

2. ปี 2568 ไม่มีอุบัติการณ์ร้ายแรงในการฆ่าคนอื่นหรือเผาบ้าน หลังดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ก่อความรุนแรงลดลงจากสีแดงเป็นสีส้ม จำนวน 6 ราย

3. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงปี 2566 – 2568 ได้รับการส่งต่อไป รพ.แม่ข่าย 9, 11, 8 ราย ตามลำดับ

4. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงปี ปี2566-2568 จำนวน 16 , 34 และ 91 ราย ได้รับการติดตามเฝ้าระวังในชุมชน จำนวน 10 ราย (62.5), 28 ราย (82.35) และ 87 ราย (95.60)

ดังจะเห็นได้จากผลลัพธ์การค้นหาที่เพิ่มขึ้น เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ก่อความรุนแรงลดลงจากสีแดงเป็นสีส้มลดอัตราการส่งต่อไป รพ.แม่ข่าย สามารถ admit รักษาได้ที่ รพช.

ถอดบทเรียน การพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิต และเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการค้นหาและเข้าสู่กระบวนการรักษา มีการเฝ้าระวังจากชุมชนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ก่อความรุนแรงลดลงจากสีแดงเป็นสีส้ม ไม่เกิดอุบัติการณ์การสูญเสียที่รุนแรงในชุมชน ชุมชนมีการตระหนักรู้และเปิดใจให้โอกาสกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พร้อมทั้งรับรู้สัญญาณเตือนการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน อาการทางจิตเวชรุนแรง 5 อาการธงแดง สามารถสร้างชุมชนให้สงบและปลอดภัยมากขึ้น นำไปสู่นวัตกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้การดำเนินงาน 4 ส คือ สำรวจ สอดส่อง สอนญาติปฏิทินยา ส่งต่อ

ปัจจัยความสำเร็จ

❍ มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือบูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ

❍ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

❍ ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ



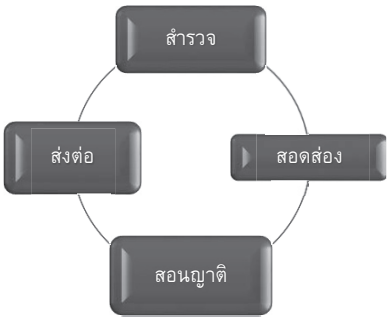
นวัตกรรม 4 ส คือ

1. สำรวจ ผู้นำชุมชน อสม. สำรวจประชากรในชุมชนของตนเอง ค้นหาผู้ที่มีอาการทางจิต กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดสุรา ผู้ใช้สารเสพติด

2. สอดส่อง มองหาแลพเฝ้าระวังชุมชน โดยการระดมความคิดของชุมชนผ่านกระบวนการประชาคมหมู่บ้าน ใช้หลักการ 4 สร้าง 2 ใช้

3. สอนญาติ การดูแลต่อเนื่อง การทานยา การสังเกตอาการทางจิต การขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตไม่สงบ

4. ส่งต่อ มีระบบการส่งข้อมูลการขอความช่วยเหลือผ่านกลุ่ม Line และดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ



พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ โดยภาคีเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ผ่านกลไก พชอ.เชื่อมโยง เครือข่าย 3 หมอ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

พชอ. ร่วมกับเครือข่ายสามหมอ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

ที่มา ความสำคัญ และบริบทพื้นที่ :

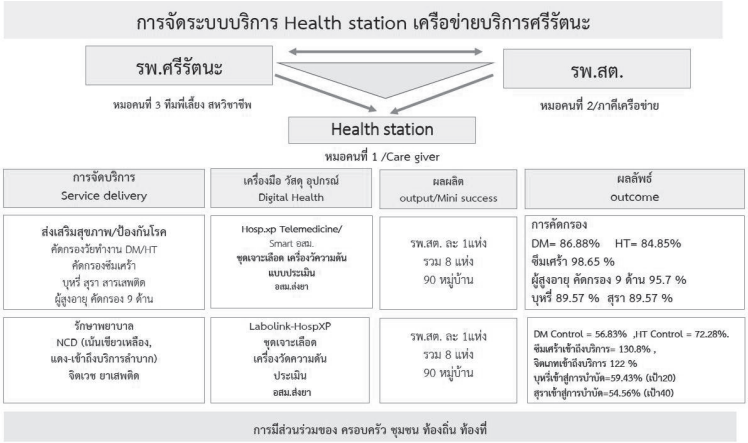
อำเภอศรีรัตนะ มีผู้ป่วยจิตเวช 691 คน เกิดจากสารเสพติด 428 คน (61.94%) โดยเป็นจิตเภท 391 คน หลังการบำบัดกลับไปเสพซ้ำ 198 คน (46.26%) และผู้ป่วยซึมเศร้า 1,612 คน เด็กสมาธิสั้น 502 คน มีผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง 178 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาที่พบ คือ การกลับเป็นซ้ำสูง ขาดผู้ดูแล และขาดโอกาสทางสังคม ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยไม่มีรายได้ อยู่เพียงลำพังการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

อำเภอศรีรัตนะจึงมี มติที่จะใช้กลไก พชอ.ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในวาระสุขภาพดี โดยใช้ชุมชนเป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ผสานภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ยึดหลัก 5 ร่วม 5 วาระ ดข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ลดแออัด และประหยัดค่าใช้จ่ายสู่การมีคุณภาพชีวิตดีอย่างยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

1. กระบวนการจัดบริการบำบัดรักษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม

พชอ.ศรีรัตนะ ร่วมกับเครือข่าย 3 หมอ อาสานักบริบาลชุมชน (CG) และแกนนำชุมชน ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและสารเสพติดขึ้น โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในชุมชน (Telemedicine) ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การบำบัดในชุมชน (CBTx) การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เน้นการทำงานเชิงรุกแบบ one stop service โดยหมอคนที่ 1 และคนที่ 2 ตั้งแต่กระบวนการจำแนกประเภทของผู้รับบริการ การค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม ดังภาพ



ผลลัพธ์ output outcome impact

1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

เกิดเครือข่ายระดับชุมชน 8 เครือข่าย 2.เกิดเครือข่ายส่งต่อ และปรึกษาผู้เชียวชาญ 2 เครือข่าย

2. ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1) การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ร้อยละ 142
2) การเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร้า ร้อยละ 130.82
3) อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลงเหลือ 15.06 ต่อแสน จาก 33.89 ต่อแสน
4) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง
5) อัตราการRe-Admit ใน 28 วัน 0 %
6) อัตราการกำเริบซ้ำลดลงเหลือ ร้อยละ 0.54 จาก ร้อยละ 3.97
7) ความรุนแรงในชุมชนลดลง เหลือ 2ครั้งในปี 2567 (ปี 2566 มี 328 ครั้ง) และเป็น 0 ในปี 2568

นวัตกรรมเด่น

1. ชื่อนวัตกรรม ศรีรัตนะโมเดล “แพทย์ทางไกล ดูแลใจ ไร้รอยต่อ”
2. ที่มา

อำเภอศรีรัตนะ มีผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากสารเสพติด เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง(SMIV) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การกลับเป็นซ้ำสูง ขาดผู้ดูแล และขาดโอกาสทางสังคม ระบบการบัดรักษาไม่เพียงพอ และอัตราการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมต่ำ มีระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนาน การประยุต์ใช้เทคโนโลยี่ และเครือข่ายด้านสุขภาพระดับชุมชน เป็นตัวเลือกและทางออกที่เหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการส่งมอบบริการสู่ผู้ป่วยอย่างทั่วถึง เท่าเทียม

3. อธิบายนวัตกรรมคืออะไร ใช้อย่างไร กับใคร โดยใคร

เป็นระบบบริการ รพช.ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวช 20 เตียงและยาเสพติด 120 เตียง มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และนำเทคโนโลยี Telemedicine มาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ระบบ Telemedicine มาใช้ในการทำงาน, ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เครือข่าย 3 หมอและนักบริบาลชุมชน ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดใน รพช.

4. ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

1) ความรุนแรงในชุมชนลดลง เหลือ 2ครั้งในปี 2567 (ปี 2566 มี 328 ครั้ง) และเป็น 0 ในปี 2568
2) ลดความแออัดใน รพศ. /รพท./รพช. ได้เฉลี่ยเดือนละ 150-250 ราย
3) ลดการส่งต่อ รพศ. /รพท./รพช. ได้ร้อยละ 98
4) ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ ในการเดินทางไปรับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้มากกว่า 10 ล้านบาท/ปี
5) คุณภาพชีวิตดีขึ้น ประกอบอาชีพ มีรายได้คนละ 72000 บาท/ปี รวมมูลค่ามากกว่า 50 ล้านบาท/ปี
6) ความพึงพอใจผู้รับบริการ ร้อยละ 100 ,ความพึงพอใจผู้ให้บริการ ร้อยละ 98.82

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ทีมเครือข่ายพี่เลี้ยงเข้มแข็ง
2. ผู้บริหารสนับสนุน
3. คณะทำงานมีความมุ่งมั่น
4. มีการทำงานเป็นทีม
5. มีเครือข่ายชุมชนยที่เข้มแข็ง
6. ระบบฐานข้อมูลมีคุณภาพ

อุปสรรคที่พบและแนวทางการแก้ไข

ปัญหา 1. การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ การบูรณาการ องค์ความรู้ที่จะสื่อถึงประชาชนยังดำเนินการได้ไม่ดี

แนวทางการแก้ไขปัญหา พัฒนาและสร้างกลไกการสื่อสารจากอำเภอสู่ชุมชน ครอบครัวโดยเชื่อมโยงเครือข่าย 3 หมอ พัฒนาสื่อและเนื้อหางานสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น

ปัญหา 2. ความเข้มแข็งของครอบครัว

แนวทางการแก้ไขปัญหา สร้างระบบกลไกการดูแลจากชุมชนสู่ครอบครัว เช่นการจัดกิจกรรม คิดดีคิดเป็น คิดให้สายใยผูกพัน เสริมสร้างมารตการทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ปัญหา 3. มาตรการทางสังคมที่จะควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

แนวทางการแก้ไขปัญหา สร้างระบบกลไกการดูแลจากชุมชนสู่ครอบครัว โดยเครือข่าย 3 หมอ จัดทำสัญญาณเตือนสื่อสารสู่ครอครัว ชุมชน จัดกิจกรรมวัคซีนใจในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

1. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและครือข่าย และในการจัดทรัพยากรสนับสนุนการจัดระบบบริการ เช่น อาคารบริการผู้ป่วย การจัดกิจกรรมบำบัดรักษาให้เพียงพอ เหมาะสมตามาตรฐานการรักษา

2. การสนับสนุนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้มแข็งเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้เกิดความยั่งยืน

3. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน เชื่อมโยงบริการภาครัฐเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมรวดเร็วและเกิดประสิทธิผล

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบไร้รอยต่อโดยภาคีเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ผ่านกลไก พชอ.เชื่อมโยง เครือข่าย 3 หมอ



พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พลังชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ตำบลคลองท่อมเหนือ จังหวัดกระบี่

พว.ธวันชัย บุญเมือง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ที่มาความสำคัญและบริบทพื้นที่

ต.คลองท่อมเหนือ เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง เช่น ทำสวนปาล์มน้ำมัน ยางพารา สภาพเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชน จากข้อมูล พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและเกิดการกำเริบซ้ำบ่อยครั้ง สร้างภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งชุมชนยังมีอคติและความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ การแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยพลังของชุมชนทุกภาคส่วน

กระบวนการทำงานร่วมกัน

ร่วมกับ อปท.ในการสนับสนุนงบประมาณและการจัดเวทีชุมชน บูรณาการกับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดเป็นวาระร่วมของตำบล ประสานการดำเนินงานผ่านกลไกประชุมสภาสุขภาพตำบลและเวทีประชาคม ดำเนินการโดยคณะกรรมการสุขภาพจิตตำบล ร่วมกับ รพ.สต.บ้านบางคราม, อปท., อสม., โรงเรียน, พม. และผู้นำศาสนา จัดเวทีประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็นวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดร่วมกัน โดยผลักดันให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นวาระของตำบล มีการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจผ่านกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในชุมชน ใช้กระบวนการสื่อสารเชิงบวก BA–BI–MI กับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและผู้มีความเสี่ยง โดยอบรมให้ อสม. เยาวชน และแกนนำชุมชนสามารถพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีทุกกลุ่ม โดยจัด “กลุ่มดูแลร่วม” (Care Cluster) แบ่งหน้าที่กันดูแล และครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการฟื้นฟูใจ จัดตั้งคณะกรรมการพลังชุมชนดูแลสุขภาพจิต มีการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม (4 สร้าง 2 ใช้) และทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีผู้ดูแล หลักการ **“4 สร้าง 2 ใช้”** ในบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด คือ **1.สร้างคน** เน้นการเสริมศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังอาการซ้ำ **2.สร้างความรู้** สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเวชและผลกระทบของยาเสพติดในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม **3.สร้างกระบวนการ** ออกแบบกิจกรรมและระบบดูแลที่มีความต่อเนื่อง **4.สร้างระบบ** วางโครงสร้างระบบการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย **2ใช้ คือ 1.ใช้ข้อมูล** อ้างอิงจากข้อมูลจริงทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลในการออกแบบรูปแบบการดูแลและติดตามผลที่ชัดเจน (Pre-post test) **2.ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น** การระดมความคิดเห็นจากผู้นำชุมชน อสม. ญาติ และบุคลากร จัดเวที Focus group discussion ร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเพื่อร่วมออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ Output

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ครอบครัว และ อสม. ได้รับการอบรมการประเมินพฤติกรรมและให้การดูแล สร้างเครือข่ายบัดดี้ผู้ดูแลในชุมชน พร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน **Outcome:** ผู้ป่วยมีระดับอาการทางจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและมั่นใจมากขึ้น ระบบติดตามผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น Impact: เกิดกลไกดูแลสุขภาพจิตในระดับตำบล

นวัตกรรมเด่น **ชื่อ: "Care Buddy Model" ระบบบัดดี้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**

ที่มาและเหตุผลที่ทำให้เกิดนวัตกรรม การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดจำนวนมากใน ต.คลองท่อมเหนือ ไม่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดหรือมีผู้ดูแลแต่ขาดความรู้ในการจัดการอาการป่วยที่ซับซ้อน นอกจากนี้ครอบครัวรู้สึก "โดดเดี่ยว" และ "ไม่มีที่ปรึกษา" จากปัญหาดังกล่าว จึงเกิดแนวคิดในการสร้าง "ระบบดูแลร่วม" ผ่านกลไก "บัดดี้ดูแลใจ" (Care Buddy) ที่ช่วยให้ชุมชนดูแลกันเองได้ต่อเนื่องมากขึ้น **นวัตกรรม**ชิ้นนี้คือ **ระบบจับคู่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช** โดยผู้ดูแลใกล้ชิดในครอบครัวจะมี "บัดดี้ร่วมดูแล" ซึ่งอาจเป็น อสม., เพื่อนบ้าน หรือเยาวชนในชุมชน ที่ผ่านการอบรม มีแบบฟอร์มการติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยรายวัน บัดดี้และญาติจะร่วมประเมินสุขภาพใจทุกสัปดาห์ผ่าน Google Form /ไลน์กลุ่ม หากพบอาการเสี่ยง จะประสาน รพ.สต. หรือทีมสหวิชาชีพทันที **ใช้กับ**ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในชุมชนที่มีผู้ดูแลอยู่แล้วแต่ต้องการเสริมระบบช่วยเหลือ ครอบครัวที่ต้องการคำปรึกษา **ดำเนินการโดย** รพ.สต.บ้านบางคราม ร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพจิตตำบล อสม. และเยาวชนจิตอาสา ได้รับการสนับสนุนจาก อปท. และ พชต. ในการอบรมบัดดี้และติดตามผล

ผลลัพธ์ ด้านผู้ป่วย: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นต่อเนื่อง ลดการกำเริบซ้ำ สื่อสารกับครอบครัวดีขึ้น ไม่ต่อต้านการรักษา **ด้านครอบครัว:** รู้สึกอุ่นใจมากขึ้น ไม่รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบลำพัง มีคนให้ปรึกษาได้ทันที **ด้านชุมชน:** ชุมชนมีบทบาทเป็น "เครือข่ายดูแลใจ" ลดอคติและเพิ่มความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตในวงกว้าง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ใช้หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ อย่างมีระบบ มีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายภาคีที่เข้มแข็งในพื้นที่ ขับเคลื่อนโดยชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาเชื่อมโยงหน่วยงานภายในและภายนอกอย่างเป็นระบบ

อุปสรรคและแนวทางแก้ไข อคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช

แก้ไขโดยใช้การให้ความรู้ผ่านเวทีประชาคม ละครเวที และการมีส่วนร่วมของผู้เคยป่วย ขาดข้อมูลต่อเนื่อง แก้ไขโดยจัดทำระบบบันทึกติดตามผู้ป่วยโดยใช้ Google Form และไลน์ OA ภาระครอบครัวผู้ดูแล แก้โดยสร้างกลไกบัดดี้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระในการติดตามดูแล

แผนพัฒนา ต่อยอดในอนาคต

ดำเนินการพัฒนา "ศูนย์เรียนรู้ชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเวช" จัดทำชุดคู่มือการดูแลสำหรับครอบครัวและชุมชน สร้างเครือข่ายเยาวชนรณรงค์ป้องกันยาเสพติด บูรณาการสุขภาพจิตเข้าสู่กิจกรรมประจำปีของตำบล

การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่และการสร้าง Care Buddy Model








พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

รักษ์ จปร. เริ่มที่กายเป้าหมายคือใจ

นางศิชดา ภัทรพรไพโรจน์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระบุรี จังหวัดระนอง

ที่มาความสำคัญและบริบทพื้นที่

ตำบล จปร เป็นชุมชน ที่มีประชาชนมากอันดับหนึ่งของอำเภอกระบุรี อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ประชาชนมาจากจังหวัดต่างๆทั่วทุกภาคของประเทศไทย ชุมชนขาดความเอื้ออารี ต่างคนต่างอยู่ ทำให้เอื้อต่อการป่วยด้านสุขภาพจิต และการเข้าถึงการใช้สารเสพติดได้ง่ายขึ้น พบอาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคจิต และการใช้สารเสพติด มีผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองสำเร็จเป็นอัน 1 ของอำเภอกระบุรี ปี 2565 จำนวน 5 ราย ปี 2566 จำนวน 4 ราย ปี 2567 2 ราย ปี 2568 ยังไม่พบผู้ป่วยทำร้ายตัวเองและผู้ป่วยทางจิตที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการและผู้ป่วยขาดยามีอาการกำเริบ ขาดผู้ดูแล พบประชาชนใช้สารเสพติดอย่างเสรี และมีอาการป่วยทางจิตจากการใช้สารเสพติดมากขึ้น โรงพยาบาลกระบุรีได้ดำเนินโครงการ “รักษ์กระบุรี เริ่มที่กายเป้าหมายคือใจ” ตั้งแต่ปี 2561 จนได้รับรางวัลเลิศรัฐสาขาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมประเภทสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วมระดับดี ประจำปี 2563 ในชื่อ “รักษ์กระบุรี เริ่มที่กาย เป้าหมายคือใจ” จากผลความสำเร็จสู่การขยายผลการดำเนินงานสู่โครงการ “รักษ์ จปร. เริ่มที่กาย เป้าหมายคือใจ” ให้บริการเสริมพลังศักยภาพ โดยบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลสุขภาพกายตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายบริการสุขภาพจิตสุขภาพกายที่มีการดำเนินงานครอบคลุมจนถึงปัจจุบัน 2568 ไม่เพียงแต่เพื่อการบำบัดรักษา ฟื้นฟูแต่ยังรวมถึงการดูแลส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยการทำงานบูรณาการกับทุกภาคส่วน สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยผ่านกลไก พชอ. และทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

กระบวนการทำงาน

1) การกำหนดแนวทางและดำเนินการแก้ไขพัฒนาใช้การวางแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมพิจารณาตัดสินใจ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมดำเนินโครงการ

2) โดยใช้หลัก 2ข 1ส ขที่1 เข้าถึง เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตและยาเสพติด แต่ละ รพสต. คืนข้อมูลสุขภาพกายสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ชุมชน ข ที่ 2 เข้าใจ ร่วมกันวางแผนช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ใช้ความร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 1ส ใส่พลังให้แก่กัน ร่วมมือแก้ไขปัญหาของชุมชนหมั่นใส่พลังให้แก่กันทำให้ฝ่าฟันอุปสรรคเพื่อเป้าหมายสูงสุดในการดูแลประชาชน มีความสุข มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

3) นำแนวทางการสร้างวัคซีนใจมาใช้ในชุมชน (4 สร้าง 2 ใช้) โดยใช้ศักยภาพของชุมชนทุกภาพส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องใช้สายสัมพันธ์ที่มีในชุมชนให้ชุมชนรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกัน สร้างชุมชนให้รู้สึกสงบไม่มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการ และชุมชนมีความหวังว่าคนป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่จากคนในครอบครัวชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4) จากการวิเคราะห์ชุมชนพบปัญหาสาธารณสุขของชุมชนจึงดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ให้คนในชุมชนร่วมมือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ดูแลกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย จากโครงการรักษ์กระบุรี เริ่มที่กาย เป้าหมายคือใจ นำบทเรียนมาวิเคราะห์ปัญหา เกิดการเรียนรู้ ร่วมมือจากทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและแก้ปัญหา พบปัญหาการฆ่าตัวตายผู้ป่วยซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังจากนายอำเภอกระบุรี นายณรงค์ ชัยสกุลอ่อน และหัวหน้าส่วน

ผลลัพธ์ เชิงกระบวนการ

1) มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน

2) มีการฝึกติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม.และจิตอาสาเพื่อเฝ้าระวังอาการกำเริบปรึกษาส่งต่อ

3) การดูแลหลังจำหน่ายและฟื้นฟูต่อเนื่องสร้างอาชีพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนให้ และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำรู้จักสัญญาณเตือน

4) พัฒนาพื้นที่ชุมชนด้านการสร้างแกนนำ ทุกตำบลในอำเภอกระบุรี

5) ส่งเสริมสุขภาพกายใจ โดยชมรมรักจิต ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจทุกวันเสาร์

6) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงทำ Focus Group แกนนำท้องถิ่นทบทวนปัญหาการดูแลและจัดการผู้ป่วยจิตเวช อำเภอกระบุรี

7) โครงการพัฒนาบทบาทผู้นำชุมชนพื้นที่อำเภอกระบุรี ในการดูแลป้องกันยาเสพติด

8) นำแนวทางการสร้างวัคซีนใจมาใช้ในชุมชนพัฒนาชุมชนต้นแบบตามแนวคิด CBR

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1) ชุมชนมีความรู้ทักษะที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือนำส่ง ไม่เกิดเหตุอันตรายทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การช่วยเหลือ ไม่เกิดผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง SMI-V ในชุมชน เกิดชุมชนยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 2 ชุมชน

2) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรคจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.63 รับการบำบัดยาเสพติดโดยสมัครใจจำนวน 33 รายได้รับการดูแลและการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีมินิธัญรักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยของจังหวัดระนองอยู่ที่อำเภอกระบุรี

3) ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาการดูแล ไม่พบผู้ป่วยอาการกำเริบซ้ำ

4) เข้าใจร่วมมือแก้ไขปัญหาร่วมกันทุกภาค โดยใช้ หลัก 2ข 1ส

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1) การมีส่วนร่วมชุมชนภาคีเครือข่ายต้องอาศัยความต่อเนื่องมุ่งมั่นและตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง

2) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองเห็นความสำคัญจากความร่วมมือของชุมชนและเครือข่ายข่ายทุกภาคส่วนมุ่งมั่นตั้งใจพัฒนาจนได้รับรางวัลเลิศรัฐทำให้ได้รับงบประมาณในการดำเนินการต่อยอดให้เป็นพื้นที่ต้นแบบของจังหวัดระนอง

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไขปัญหา

1) เป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลเดินทางลำบาก แก้ปัญหาด้วยการรักษาทางไกล (Telemed ที่จุด รพ.สต.) ในรายปกติให้รพ.สต.ประเมินอาการและรับยาแทน

2) อาชีพหลักคือทำสวนยางปาล์มต้องออกจากบ้านเช้าตรู่ทำให้ขาดผู้ดูแลในการกินยาแก้ปัญหาฝากผู้ป่วยไว้กับ อสม.ใกล้บ้าน

3) ผู้ป่วยมีฐานะยากจนไม่มีค่ารถมารับยาแก้ปัญหาด้วยการใช้เงินกองทุนผู้ป่วยจิตเวชจากการจัดวิ่ง

4) การเข้าถึงอุปกรณ์ทำร้ายตัวเองได้ง่ายแก้ปัญหาให้ความรู้และทักษะคนในครอบครัวชุมชนร้านขายยาให้เข้าถึงยาก

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล นำพื้นที่ต้นแบบของตำบล จปร. ไปใช้กับทุก รพ.สต.และโรงพยาบาล ในจังหวัดระนองและพื้นที่ใกล้เคียงไปพัฒนาต่อยอดและขยายผลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป







พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

วัคซีนใจในชุมชน ตอน Buddy Home Care

นางมาเรียม อิสลามธรรมธาดา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนราธิวาส

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกที่รุนแรง เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน อสม. และญาติต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในครอบครัว สังคมได้อย่างปกติสุข ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือประคับประคองนับเป็นกระบวนการสำคัญ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวและสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้อย่างปกติสุข การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เน้นให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนและครอบครัวโดยเร็วเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีผู้ป่วยจิตเภท (F 15-F 29) ในปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 381 ราย โดยได้จำแนกในตำบลยี่งอ จำนวน 98 ราย ตำบลละหาร จำนวน 72 ราย ตำบลจอเบาะ 78 ราย ตำบลลุโบะบายะ จำนวน 33 ราย ตำบลลุโบะบือซา จำนวน 48 ราย และตำบลตะปอเยาะ จำนวน 52 ราย จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษามีอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 5.06 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย สาเหตุจากการขาดยา ไม่มีผู้ดูแลหลัก และใช้สารเสพติด

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 มีการนำแนวทางวัคซีนใจในชุมชนมาปรับใช้ในกระบวนการดำเนินงานเชิงรุก ตั้งแต่ค้นหา ดูแล กำกับติดตาม ในกลุ่มเสี่ยง และผู้ผ่านการบำบัดรักษาจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มุ่งสู่ ชุมชนล้อมรักษ์ โดยการ ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใช้กฎเหล็กของชุมชน ปรับใช้แนวทางวัคซีนใจสู่ Model Buddy Home Care

- Buddy คือ ผู้ดูแลที่ให้บริการในชุมชนแล้วรู้สึกปลอดภัย
- Home คือ ชุมชนที่เปิดโอกาสสร้างความหวังความเข้าใจ
- Care คือ สร้างสัมพันธภาพ สื่อสาร เชื่อมโยงส่งต่อ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ประชาชน: เข้าถึงการประสานงาน สื่อสาร กับหน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

(1) ผู้ป่วย: ได้รับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล

(2) ครอบครัว: ลดการสูญเสียนชีวิตและทรัพย์สิน

(3) ชุมชน: เกิดความปลอดภัย

ปัจจัยความสำเร็จ

(1) ผู้บริหารทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ กำหนดเป็นนโยบายและกำหนดเป็นประเด็น พชอ.

(2) ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือ ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย

(3) มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง



นวัตกรรมเด่น

“Application Y- Course ”

โปรแกรมประยุกต์ที่ใช้ในการควบคุมการทำงานของคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อใช้ในการประเมินติดตาม และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ใช้กับอสม.ที่ผ่านการอบรมในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและผู้ใช้สารเสพติด ในชุมชน จัดโดยกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส โดย อสม. ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ใช้สมาร์ทโฟนระบบ Android มีพื้นฐานด้านการอ่าน เขียน และฟังภาษาไทย

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พลังชุมชนริมคลองลาดพร้าว 80 ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

พันตำรวจโท อนันต์ ประสงค์ใจ
สวป. (ชส.) สถานีตำรวจนครบาลห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร
นางสาวเกศรา สุขทรัพย์สิน
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คลินิกก้าวใหม่ พลัสลาดพร้าว

ที่มาและความสำคัญ

ในพื้นที่เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด รายเก่าจากปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 2 ราย จำแนกตามระดับการประเมิน เป็นสีเหลืองทั้งหมด 6 ราย มีบันทึกผลติดตามดูแล จำนวน 4 ราย โดยมีชุมชนเฝ้าระวัง จำนวน 9 ชุมชน ชุมชนรักษาสภาพ จำนวน 6 ชุมชน ชุมชนริมคลองลาดพร้าว 80 เป็นรักษาสภาพ มีผู้เข้าร่วมโครงการตำบลยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร ตามยุทธศาสตร์ชาติ ชุมชนริมคลองลาดพร้าว 80 สถานีตำรวจนครบาลห้วยขวาง จำนวน 25 ราย โดยกรุงเทพมหานครเน้นย้ำภารกิจเพื่อขับเคลื่อนและบูรณาการทำงานและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ กรุงเทพมหานครมีการบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ โดยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กรุงเทพมหานคร ผ่านกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้อำนวยการ ซึ่งกำหนดให้มีการประชุมทุกเดือน เพื่อติดตามเร่งรัดการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนด

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 ดำรงความสัมพันธ์จัดกิจกรรมป้องกันและเฝ้าระวังในชุมชน (เวทีประชาคม) โครงการชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตห้วยขวาง และบันทึกข้อตกลง MOU ร่วมกัน ชุดตำรวจชุมชนสัมพันธ์และชุดปฏิบัติการชุมชนยั่งยืนเข้าไปให้ความรู้และสร้างขวัญกำลังใจให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเป็นเครือข่ายในการป้องกันอาชญากรรมและยาเสพติด และประสานความร่วมมือในการบูรณาการขับเคลื่อนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในการดำเนินการช่วยเหลือสงเคราะห์ สนับสนุน ในด้านทุนอาชีพ การศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 คัดกรองสุขภาพจิต ตรวจปัสสาวะ และจัดทำทะเบียน คลินิกก้าวใหม่ พลัส ลาดพร้าว คัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ตลอดจนประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย Assist หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุราเข้ารับการรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ผู้เข้าร่วมโครงการในครั้งแรก 25 ราย พบว่า

มีผลบวก 9 รายและมีผลลบ 16 ราย และได้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ด้วย 8Q ทุก หนึ่งเดือน และจูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดในกลุ่มคนชายขอบ เช่น คนเร่ร่อน ให้เข้ารับการคัดกรองยาเสพติด ตรวจปัสสาวะ และส่งเข้ารับการบำบัดรักษา

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> พัฒนากลไกรักษาสภาพความเข้มแข็ง การนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดในชุมชนในรูปแบบของ CBTx กิจกรรมการบำบัดโดยคลินิกก้าวใหม่ พลัส ลาดพร้าว มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงาน เช่น ตำรวจสำนักงานเขตห้วยขวาง อสส. และแกนนำชุมชนริมคลองลาดพร้าว 80 ให้เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด การติดตาม ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดรักษา ตามความจำเป็นและเหมาะสม

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> แจ้งเบาะแส ผู้ค้า ผู้เสพ จุดเสี่ยงในชุมชน การปราบปรามนักค้ายาเสพติดรายสำคัญและนักค้ารายย่อยในพื้นที่แพร่ระบาดเพื่อตัดวงจรการค้ายาเสพติด บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดดำเนินการสืบสวน ปราบปราม ปฏิบัติการกวาดล้าง ปิดล้อม ตรวจค้น และจับกุมนักค้ารายย่อยในพื้นที่แพร่ระบาด และดำเนินการตรวจสอบข้อร้องเรียน รวมทั้งการติดตามการติดตั้งไฟโซล่าเซลล์เพื่อเพิ่มแสงสว่าง จำนวน 2 จุด และการติดตั้งกล้อง IP camera แบบซิมโทรศัพท์ เพื่อไว้สังเกตการณ์และอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนที่ใช้เส้นทางบริเวณนี้ สัญจร และจัดการแหล่งมั่วสุมยาเสพติด ส่งต่อพื้นที่ความสะอาดให้แก่ชุมชน สน.ห้วยขวาง พร้อมด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาความสะอาด สำนักงานเขตห้วยขวาง สนับสนุนบเจ้าหน้าที่พร้อมอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพแวดล้อมในการป้องกันอาชญากรรม บริเวณใต้สะพานข้ามคลองลาดพร้าว

<u>ขั้นตอนที่ 5</u> รายงานความคืบหน้าและผลการดำเนินการ การบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่โดยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กรุงเทพมหานคร ผ่านกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้อำนวยการ ซึ่งกำหนดให้มีการประชุมทุกเดือน เพื่อติดตามเร่งรัดการดำเนินงานตามเป้าหมาย ในครั้งที่ 2 มาตรวจปัสสาวะจำนวน 9 ราย พบว่ามีผลบวก 6 รายและมีผลลบ 3 ราย

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- การประชาชนมีสุขภาวะที่ดีทั้งกายและใจ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสพสารเสพติดอย่างเป็นระบบ ประชาชนรับรู้ถึงความสำคัญของการเยียวยาทางใจ ร่วมดูแลผู้ผ่านการบำบัดมากขึ้น
- ชุมชนมีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการติดตามผล ช่วยลดการตีตราทางสังคม ผู้เสพมีโอกาสในการกลับคืนสู่สังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบ CBTx ได้รับการดูแลแบบองค์รวมชุมชนมีความมั่นใจมากขึ้นจากการได้รับขวัญกำลังใจ และเห็นว่ามีหน่วยงานพร้อมสนับสนุน
- กลไกความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนและภาครัฐเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พื้นที่เสี่ยงกลายเป็นพื้นที่สร้างสรรค์ ชุมชนสามารถใช้พื้นที่ได้อย่างปลอดภัย ลดแหล่งมั่วสุมยาเสพติด เพิ่มศักยภาพการควบคุมพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐ

ปัจจัยความสำเร็จ

• การมีความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง มีการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน เช่น สำนักงานเขตห้วยขวาง ตำรวจ สน.ห้วยขวาง คลินิกก้าวใหม่ พลัส ลาดพร้าว ศบส.25 ห้วยขวาง อสส. อส.ตำรวจบ้านและแกนนำชุมชน โดยมี MOU ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานมีทิศทางและความรับผิดชอบร่วมกัน โดยให้ประชาชนมีบทบาทเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาไปจนถึงการติดตามผล ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และพลังชุมชนในการป้องกันยาเสพติด

• การสนับสนุนอย่างจริงจังจากหน่วยงานท้องถิ่นและระดับนโยบาย เขตห้วยขวางมีบทบาทเชิงรุก พร้อมสนับสนุนทรัพยากร ขณะที่ระดับนโยบายมีการขับเคลื่อนโดยศูนย์อำนวยการฯ และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัยมีการติดตั้งกล้องวงจรปิด ไฟโซลาร์เซลล์ และปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงให้ปลอดภัย ช่วยลดโอกาสในการเกิดอาชญากรรมและการมั่วสุม

• มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการรายงานผลสม่ำเสมอ พร้อมระบบตรวจซ้ำ เช่น ตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินผลและปรับแผนให้ตอบโจทย์สถานการณ์ได้ทันที











นวัตกรรมเด่น

“Safe Mind” “พื้นที่ปลอดภัย ใจเป็นสุข” การจัดการสิ่งแวดล้อมร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนพื้นที่เสี่ยงให้เป็นพื้นที่สร้างสรรค์ และสร้างสุขภาวะที่ดีเพื่อป้องกันยาเสพติด โครงการ **“1 ครอบครัว 1 พื้นที่ดูแล”**

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดอำเภอท่าปลา โดยทีม 3 หมอ แบบบูรณาการ

เกื้อกูล สีคำ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลท่าปลา อำเภอท่าปลา งหวัดอุตรดิตถ์

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีประชากรทั้งหมด 27,033 คน ปัจจุบันอำเภอท่าปลากำลังเผชิญปัญหายาเสพติดที่ทวีความรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน แม้มีระบบบำบัดทั้งสมัครใจและบังคับ แต่ยังพบการกลับเข้าสู่ระบบซ้ำ อัตราการมาตามนัดลดลง และปัญหาสุขภาพจิตแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลท่าปลาพบสถิติผู้ใช้รายใหม่สูงถึงร้อยละ 80 และร้อยละ 8–9 เป็นผู้ติดยา จึงพัฒนารูปแบบบำบัดโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) สนับสนุนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนผ่าน รพ.สต. ทั้ง 13 แห่ง และศูนย์ฟื้นฟูทางสังคม 9 แห่ง โดยกำหนดเป้าหมายการบำบัดให้ครอบคลุม 50/50 เพิ่มเป็น 70/30 ภายในปี 2568

กระบวนการดำเนินงาน

1. **การวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา**
   - ดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดและก่อความรุนแรงในชุมชน
   - แบ่งกลุ่มตามระดับความเสี่ยง (แบ่งตามสี)
   - วางแนวทางการดูแลร่วมกับ พชอ. โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. **การดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน**

   ขั้นตอนที่ 1 ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital):
   - ค้นหา-คัดกรองผู้เสพยาในชุมชน
   - จัดตั้งศูนย์คัดกรอง
   - พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่
   - รณรงค์ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น Facebook คลินิกแสงตะวัน

   ขั้นตอนที่ 2 ในโรงพยาบาล (In-Hospital)
   - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง
   - ซ้อมแผนรับมือผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง
   - ปรับปรุงห้องฉุกเฉินให้รองรับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างปลอดภัย

   ขั้นตอนที่ 3 หลังออกจากโรงพยาบาล (Post-Hospital):
   - ติดตามเยี่ยมบ้านโดย “ทีม 5 เสือ” (ตำรวจ ปกครอง สาธารณสุข อปท. อสม. และแกนนำชุมชน)
   - ฟื้นฟูทางสังคมและอาชีพ
   - ส่งต่อเข้าระบบบำบัดต่อเนื่อง เช่น มินิธัญญรักษ์
3. **การติดตามผล**

   ประชุม พชอ. รายเดือนเพื่อติดตาม ถอดบทเรียน และปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะกับบริบทพื้นที่

ผลลัพธ์ต่อประชาชน

- ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเร็วขึ้น ลดความรุนแรงจากอาการจิตเวช
- ฟื้นฟูชีวิตและอาชีพในชุมชนได้ 169 ราย (SMI-V 8 ราย)
- ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดภาระโรงพยาบาล
- ชุมชนมีความพร้อมและเข้มแข็งผ่านทีมงานระดับหมู่บ้าน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- บูรณาการภาคีเครือข่ายชัดเจน มี MOU และแผนการทำงานร่วมกัน
- “ทีม 3 หมอ” และ “ทีม 5 เสือ” สร้างระบบดูแลครอบคลุมทุกระยะ
- การใช้สื่อดิจิทัลและการพัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่
- สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปิดใจรับการบำบัดและฟื้นฟู

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

- การให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน (Psychiatric Home Ward)
- เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์การพัฒนางานจิตเวชและยาเสพติด

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทาย

- บุคลากรและการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ทรัพยากร งบประมาณ สถานที่จำกัด
- การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการค้ายาเสพติด
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการพัฒนางานยาเสพติดและจิตเวช



สรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดอำเภอท่าปลา โดยทีม 3 หมอ แบบบูรณาการคือการรวมพลังระดับอำเภอ **“หมอ-ชุมชน-ท้องถิ่น”** มาช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดทั้งก่อน-ระหว่าง-หลังโรงพยาบาล เหมือน 3 เวรเปลี่ยนมือ ไม่ให้ใครตกหล่น พาเขากลับมาสู่ชีวิตที่มั่นคงอีกครั้ง

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)

ทีม 3 หมอใส่ใจป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน Strong Mind Fighter Team

นางเสาวนีย์ บุตรวงษ์ *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูฮัง ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

ที่มาและความสำคัญ

ด้วยแนวโน้มและวิถีของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน ทำให้ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายในหลายด้าน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ปัญหาทางสังคม ความรุนแรง ปัญหายาเสพติด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย สถานการณ์สุขภาพจิตในอำเภอหนองกุงศรี พบว่า สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2567 13 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยจิตเวช 1,008 ราย ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V จำนวน 53 ราย ซึ่งสถานการณ์ของพื้นที่ตำบลดงมูลเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับรุนแรง จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาความรุนแรงผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการก่อความรุนแรงทั้งตนเองและผู้อื่นในสังคม มีผลกระทบกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นวงกว้าง จึงเกิดการขับเคลื่อนการเนินงานในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในระดับพื้นที่โดยการดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิรวมกันวิเคราะห์ กำหนดนโยบาย วางแผน พัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอขับเคลื่อนและติดตามตามผลการดำเนินงานร่วมกัน

กระบวนการทำงาน

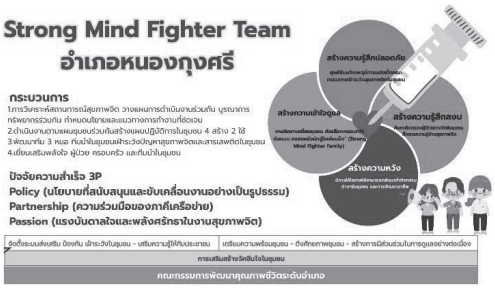
1. **การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต วางแผนการดำเนินงาน:** การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต มีทีมคณะทำงานและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันในระดับอำเภอหนองกุงศรี ระดับตำบลดงมูล โดยมีการประยุกต์ใช้ มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผนและดำเนินการตามแผน ประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ

2. **ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนชุมชนร่วมกันสร้างแผนปฏิบัติการในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้** ประกอบด้วย

- **สร้างความรู้สึกปลอดภัย:** ศูนย์รับแจ้งเหตุเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในชุมชน
- **สร้างความรู้สึกสงบ:** กิจกรรมค้นหาคัดกรองผู้ป่วยทางจิตในชุมชน สื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ลงพื้นที่เยี่ยมกลุ่มเสี่ยงเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
- **สร้างความหวัง:** มีการให้โอกาสให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน และการพัฒนาอาชีพสร้างรายได้ให้ผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด
- **สร้างความเข้าใจดูแล:** การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในชุมชน และครอบครัวญาติกลุ่มเสี่ยง เสริมพลังใจร่วมกับทีมนำในชุมชน คัดเลือกครอบครัวต้นแบบ ครอบครัวนักสู้ใจเข้มแข็ง” (Strong Mind

Fighter Family) ที่ผ่านพ้นวิกฤติสุขภาพจิตหรือสารเสพติดมาได้มีการเล่าเรื่องราวแรงบันดาลใจ ผ่านเวทีและสื่อต่างๆ มีกิจกรรม “วันแห่งแรงบันดาลใจ” โดยใช้ศักยภาพชุมชนและสายสัมพันธ์ในชุมชน

จากการออกแบบกิจกรรมดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอ ให้เกิดการเชื่อมโยงระบบการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน อสม. หมอประจำบ้าน จะเป็นด่านหน้าที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว สามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ได้ รพ.สต. หมอสาธารณสุข จะเป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสม. ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนประสานความช่วยเหลือทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมอครอบครัว จะเป็นผู้วินิจฉัยให้การดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงที่เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับแพทย์เฉพาะทางได้ โดยกำหนดการดำเนินกิจกรรมเป็นประจำทุกเดือนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในชุมชน และครอบครัญาติกลุ่มเสี่ยง เสริมพลังใจร่วมกับทีมนำในชุมชน



3. การติดตามประเมินผลในเวทีการประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นประจำทุกเดือน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- เกิดระบบติดตามและเฝ้าระวังครอบครัวกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงโดยทีมนำในชุมชน ครบ 100%
- เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชนเกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน
- ชุมชนเปิดใจและตระหนักรู้และเห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตและสารเสพติดมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

Policy: มีนโยบายที่สนับสนุนและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรม

Partnership: ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทำงานบูรณาการเกิดการมีส่วนร่วมชุมชนความเข้มแข็งในพื้นที่

Passion: แรงบันดาลใจและพลังศรัทธาในงานสุขภาพจิต ชุมชนให้ความร่วมมือและเปิดใจรับการช่วยเหลือ







นวัตกรรมเด่น

“ครอบครัวนักสู้ใจเข้มแข็ง” (Strong Mind Fighter Family) กระบวนการ คัดเลือกครอบครัวต้นแบบ ที่ผ่านพ้นวิกฤติสุขภาพจิตหรือสารเสพติดมาได้มีการเล่าเรื่องราวแรงบันดาลใจ ผ่านเวทีและสื่อต่างๆ มีกิจกรรม **“วันแห่งแรงบันดาลใจ”**



ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)

3 หมอระโนดร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด

นางสุพร ยุรพันธ์, นางสาวจุฑามาศ หน่อเพชร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอระโนดสูงเกินเกณฑ์เกือบทุกปี ตั้งแต่ในปี 2565-2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 14.01, 7.79 และ 25.24 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67, 60 และร้อยละ 100 อยู่ในวัยทำงานร้อยละ 55.55, 80 และร้อยละ 56.25 มีอาชีพว่างงาน ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 66.67 ใช้วิธีผูกคอร้อยละ 78, 100 และร้อยละ 100 ส่วนอัตราพยายามฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปี 2565-2567 เท่ากับ 26.47, 23.36 และอัตรา 22.08 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47, 66.6 และร้อยละ 76.92 วัยทำงานเพียงร้อยละ 64.71, 53.33 และร้อยละ 35.71 อาชีพนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 35.29, 40.00 และร้อยละ 46.15 ใช้วิธีการกินยาเกินขนาดร้อยละ 88.24, 66.66 และร้อยละ 69.23 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมีทั้งโรคเรื้อรังทางกาย/ทางจิต ยาเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจและสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ครอบครัวไม่ทราบสัญญาณเตือนและส่วนใหญ่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา รวมทั้งปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ในปี 2565-2567 จำนวน 117, 169 และ 179 รายตามลำดับ อำเภอระโนดจึงได้นำกลยุทธ์ทีม 3 หมอมาดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด ลดการก่อเหตุรุนแรงในครอบครัวและชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน หัวหน้าส่วนราชการเป็นคณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานมาจากสหวิชาชีพสาธารณสุข ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง/ตำรวจ/ธนาคาร/เกษตร/พัฒนาชุมชน/ตัวแทนครูทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาปกติ และเจ้าหน้าที่จากสมาคมกู้ภัย ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกสอบสวนหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้เครือข่ายมีความเข้าใจสภาพปัญหาและร่วมกันวางแผนหาแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พร้อมนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เข้าในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสอ.) ทุกเดือน รวมทั้งผลักดันปัญหาการฆ่าตัวตายและจิตเวชจากยาเสพติดเข้าแผนแก้ไขปัญหาในคณะกรรมการ พชอ.ระดับอำเภอ และตำบล

ขั้นตอนที่ 2 นำกลไกและหลักการทีม 3 หมอมาขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาโดย อสม. หมอคนที่ 1 ทำหน้าที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายด้วย 2Q plus คัดกรองจิตเวชจากยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงด้วย V-scan พบผิดปกติให้คำปรึกษาและคำแนะนำเบื้องต้นส่งต่อหมอคนที่ 2 รณรงค์ให้ความรู้แก่คนในพื้นที่ ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน ช่องทางการเข้ารับบริการ สายด่วนสุขภาพจิตผ่านเสียงตามสายและวิทยุชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับหมอคนที่ 2, 3 รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง **หมอคนที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่รพ.สต./PCU** ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสม. ในการรับ-ส่งต่อผู้ที่คัดกรองพบผิดปกติมาคัดกรองและประเมินติดซ้ำด้วย 9Q, 8Q และ V2 + OAS ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อหมอ 3 รวมทั้งรับส่งต่อจากหมอ 3

ในการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับหมอคนที่ 1 และ 3 ในรายที่มีความเสี่ยงสูงและมีปัญหาซับซ้อน **หมอคนที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/ แพทย์ทางที่รับผิดชอบจิตเวชและยาเสพติด พยาบาล นักจิตวิทยาและทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน** รับส่งต่อจากหมอคนที่ 2 ประเมินคัดกรองซ้ำ ให้คำปรึกษาปัญหาที่ซับซ้อน ทำจิตบำบัด แพทย์ทำการวินิจฉัยแยกโรคร่วมและให้การรักษา ส่งต่อพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาให้การบำบัดตามปัญหาซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย บำบัดรักษายาเสพติดทั้งในระดับฉุกเฉิน ถอนพิษยา และฟื้นฟู รวมทั้งส่งต่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากสหวิชาชีพนอกกระทรวงสาธารณสุข และส่งต่อหมอ 2 เยี่ยมติดตามตามสภาพปัญหาและความซับซ้อน

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> นำนวัตกรรม RANOD MODEL การเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ R: Raising Awareness เพิ่มการตระหนักรู้, A: Active Screening มุ่งสู่การคัดกรองเชิงรุก, N: Networking for Help ปลุกพลังภาคีเครือข่าย, O: Offering Immediate Care ช่วยเหลือฉับพลันทันใด, D: Dynamic Follow-up ใส่ใจในการติดตามดูแลต่อเนื่อง และ**การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด** ได้แก่ R: Reach & Screen (ค้นหาและคัดกรอง), A: Assist in Treatment (บำบัดรักษาแบบบูรณาการ), N: Normalize Functioning (ฟื้นฟูแบบองค์รวม), O: Ongoing Social Support (ติดตามช่วยเหลือทางสังคมอย่างต่อเนื่อง) D: Deliver to Community (คืนคนดีสู่ชุมชน) ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากอัตรา 25.24 ในปีงบประมาณ 2567 เป็น 6.3124 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2568 (1 ต.ค.67- 31 พ.ค.68) ผู้ป่วยยาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นแบบผู้ป่วยนอกและมินิธัญญารักษ์ทั้งในระยะ Acute/ Subacute 2 เตียง IMC 5 ตียง LTC 15 เตียง มีลูกผู้ชายสีขาวต้นแบบหลังบำบัดครบได้รับการติดตามต่อเนื่องไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ มีงานทำตามศักยภาพและไม่ก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

(1) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

(2) เครือข่ายในพื้นที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

(3) แม่ข่ายทั้งโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและยาเสพติด และศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้คำปรึกษาในด้านวิชาการและการรับส่ง-ต่อผู้ป่วย



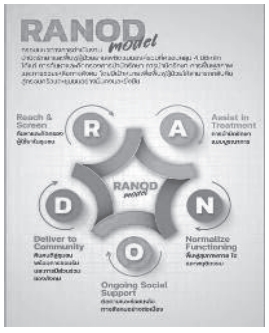





นวัตกรรมเด่น



RANOD MODEL





บุคคลต้นแบบที่มีชื่อเสียงในการสื่อสารประชาสัมพันธ์การเข้าถึง

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาวธนิตา รักพรม *พยาบาลวิชาชีพ,*
นางสาวพรวิมล กล้าหาญ *เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย*

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานในเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานในโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะงานเป็นงานบริการที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลัก โรงพยาบาล อุบลรักษ์ ธนบุรี จึงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาล จึงมีการประเมินสุขภาพจิตประจำปีแก่บุคลากร ในปี 2567 รวมทั้งหมด 459 คน ใช้แบบประเมิน Emo-meter ซึ่งพบว่าบุคลากรมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ค่อนข้างมาก-รุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 12.04 ดังนั้นคณะกรรมการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจึงมีความสนใจจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากการทำงานหนัก ความเครียด และความกดดันต่างๆ โปรแกรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการฟื้นตัว จัดการความเครียด และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข

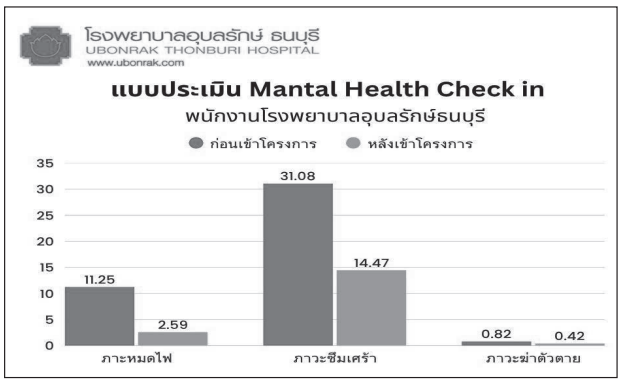
กระบวนการทำงาน

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรโรงพยาบาลอุบลรักษ์ธนบุรี และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบประเมิน Mental health check in และ เครื่อง Biofeedback

1. ประเมินสุขภาพจิตด้วย Mental health check in พบว่า พนักงานมีภาวะหมดไฟ คิดเป็นร้อยละ 11.25 ภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 31.08 และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 0.82
2. จัดให้บุคลากรกลุ่มดังกล่าวเข้าร่วมโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพจิต พิชิตใจ วัยทำงาน” โดยได้ความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ร่วมมือความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิต การจัดการความเครียด และการดูแลตนเอง พร้อมเข้ารับการประเมินซ้ำ ด้วยเครื่อง Bio feedback จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือมีความเสี่ยง
3. จัดกิจกรรมสมาธิ เพิ่มพลังจิต เติมสุข
4. จัดโครงการ “พิชิต NCDs วิถีชีวิตสมดุล” ส่งเสริมสุขภาพทางกาย ในรูปแบบออกกำลังกาย 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมแบทมินตัน ชมรมวิ่ง และชมรมแอโรบิก เพื่อให้พนักงานมีส่วนร่วมออกกำลังกายที่ตัวเองชื่นชอบ เมื่อพนักงานมีสุขภาพกายที่ดี ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย และได้รับความร่วมมือจากศูนย์อนามัยที่ 10 มาร่วมให้ความรู้การออกกำลังกายที่ถูกวิธี และโภชนาการอาหารที่ถูกต้อง
5. ติดตามผลการประเมิน Mental health check in ซ้ำ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

จากการศึกษาและระยะการติดตามผล 3 เดือน พบว่าบุคลากร มีผลการประเมิน Mental health check in ภาวะหมดไฟ ลดลงจากร้อยละ 11.25 เป็น 2.59 ภาวะซึมเศร้า ลดลงจากร้อยละ 31.08 เป็น 14.47 และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ลดลงจากร้อยละ 0.82 เป็น 0.42



จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายและผู้ใกล้ชิดของผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายมีการปรับทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น จากเดิมเจอภาวะเครียด กดดัน เนื่องจากภาระงานที่มากไม่สอดคล้องกับตำแหน่งงาน กลุ่มเป้าหมายก็เปลี่ยนมาให้กำลังใจเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้ตัวเอง สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีความคิดเรื่องการทำร้ายตนเองบางรายก็ผ่อนคลายด้วยการออกกำลังกาย หรือการฝึกทำสมาธิ จดจ่ออยู่กับลมหายใจ หรือสิ่งที่กำลังทำอยู่ในปัจจุบัน บางรายเปิดใจเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. ขับเคลื่อนงานโดยคณะกรรมการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
3. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพทั้ง สุขภาพกายและใจ
4. บุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรม

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

พนักงานบางคนอาจยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาด้านสุขภาพจิตของตนเอง หรืออาจรู้สึกว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่น่าอายหรือเสียเวลา ดำเนินการแก้ไขโดย ผู้บริหารเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพจิต และแสดงความใส่ใจต่อสุขภาพจิตของพนักงานอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

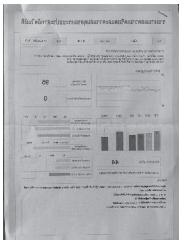
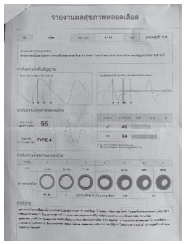
1. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย-ใจ ต่อเนื่อง
2. ประเมินสุขภาพจิตด้วย Mental health check in และตรวจประเมิน Biofeedback สำหรับพนักงานทุกคน เพื่อบุคลากรจะได้ทำความเข้าใจรูปแบบความเครียดของตนเองและนำไปปรับใช้ในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย
3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ภาพกิจกรรม











มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

สถานีสบายใจ CMRU (Line OA)

นางปรารถนา อิ้วมณี
ตำแหน่ง นักจิตวิทยา และคณะทำงานงานบริการสุขภาพ กลุ่มงานบริการนักศึกษา
หน่วยงาน กองพัฒนานักศึกษา สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันวัยรุ่นอยู่ในภาวะจิตใจที่เปราะบางจากความเครียดเรื่องเรียน การสอบ ความคาดหวังจากครอบครัว ปัญหาครอบครัวและการใช้โซเชียลมีเดียอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดไฟเพิ่มขึ้น กระทบต่อการเรียน ชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์ ผลประเมินสุขภาพใจนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (มิ.ย. – ก.ค. 2567) จากผู้ประเมิน 3,999 คน พบภาวะเครียดสูง ซึมเศร้า และมี 74 รายเสี่ยงทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายมหาวิทยาลัยจึงจัดตั้ง “สถานีสบายใจ CMRU” ผ่าน Line OA เพื่อให้นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวก ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งพื้นที่เวียงบัวและพื้นที่แม่ริม เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพใจอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการทำงาน

1. การวางแผนและออกแบบ Line OA: พัฒนาเมนูบริการ เช่น ประเมินสุขภาพจิต ขอรับคำปรึกษา เครื่องมือดูแลใจ ฯลฯ

2. การประชาสัมพันธ์และเชิญชวนนักศึกษาเข้าร่วม: ผ่านกิจกรรมหน้าเวที ป้ายประชาสัมพันธ์ และโซเชียลมีเดีย

3. การให้บริการปรึกษาออนไลน์: โดยนักจิตวิทยาและผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการอบรม พร้อมดูแลอย่างเป็นส่วนตัว

4. การติดตามและประเมินผล: มีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจและข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับ ดีมาก (เฉลี่ย 4.0 – 4.08 เต็ม 5)
2. จุดเด่นคือ “ความรู้สึกปลอดภัยและเป็นส่วนตัว” และ “ความสะดวกในการเข้าถึง”
3. นักศึกษาหลายรายได้รับการช่วยเหลือทันเวลา
4. มีข้อเสนอแนะ เช่น เพิ่มความเร็วในการตอบกลับ และขยายช่องทางประชาสัมพันธ์

นวัตกรรม (ถ้ามี)

โครงการ “สถานีสบายใจ CMRU (Line OA)” การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกับการดูแลสุขภาพจิต ใช้ Line Official Account ซึ่งเป็นแอปที่เข้าถึงง่ายและคุ้นเคยกับนักศึกษา สร้างระบบบริการจิตวิทยาแบบออนไลน์อย่างครบวงจรในแพลตฟอร์มเดียวเช่น แบบประเมินสุขภาพใจ, ขอรับคำปรึกษา, การนัดหมายพบนักจิตวิทยา บริการสุขภาพจิตเชิงรุกที่ไม่ต้อง “รอให้ป่วยก่อน” นักศึกษาสามารถประเมินสุขภาพใจตนเองได้ตลอดเวลา มีระบบตอบกลับเร็วและส่งต่อผู้มีความเสี่ยงความเป็นส่วนตัวที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ออกแบบให้ผู้ใช้สามารถ “ปรึกษาได้โดยไม่ต้องเปิดเผยตัวตนในที่สาธารณะ” ลดอคติ และความกลัวการเข้ารับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยา การเชื่อมโยงระบบดูแลนักศึกษารายบุคคลผนวกการดูแลทางจิตใจเข้ากับระบบกิจการนักศึกษา ส่งต่อข้อมูลภาวะเสี่ยง (โดยได้รับความยินยอม) ไปยังผู้ดูแลหรืออาจารย์ ที่เกี่ยวข้องนวัตกรรมทางแนวคิด : สร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจในโลกออนไลน์ เปลี่ยนมุมมองของนักศึกษาจาก “การขอคำปรึกษาคือความอ่อนแอ” เป็น “การดูแลใจตัวเองคือพลังบวก” ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีอย่างมีคุณค่าเพื่อสุขภาวะที่ดี

ปัจจัยความสำเร็จ

การบริหารจัดการที่มีวิสัยทัศน์ผู้นำหน่วยงานและทีมผู้พัฒนาเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพจิตนักศึกษา มีการวางแผนอย่างรอบคอบและสอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาในยุคดิจิทัลการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมใช้ Line Official Account ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่นักศึกษาคุ้นเคย ทำให้สามารถเข้าถึงบริการไม่จำกัดสถานที่ มีนักจิตวิทยาและผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานให้คำปรึกษาด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเก็บรักษาความลับ การออกแบบบริการที่ตอบโจทย์ผู้ใช้เมนูใช้งานง่าย ครอบคลุมบริการหลัก เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต การนัดหมายพบนักจิตวิทยา นักศึกษารู้สึกปลอดภัยและไม่อายที่จะขอความช่วยเหลือ การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีระบบประเมินความพึงพอใจ และช่องให้ข้อเสนอแนะนำข้อมูลมาปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่องทำให้ตอบโจทย์ผู้ใช้ได้ดียิ่งขึ้น

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ปัญหา อุปสรรค นักศึกษาบางคนยังไม่ทราบว่ามีบริการนี้ นักศึกษาบางรายไม่กล้าใช้บริการด้วยความกังวลหรืออคติเกี่ยวกับการพบ “นักจิตวิทยา”มีผู้ทักเข้ามาพร้อมกันหลายราย โดยเฉพาะช่วงใกล้สอบ ทำให้การตอบกลับล่าช้า นักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงอาจไม่ตอบกลับอีก หรือไม่สะดวกให้ติดต่อภายหลัง แนวทางแก้ไข: เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่น่าสนใจ เช่น วิดีโอสั้น คลิปเสียงจากรุ่นพี่ หรือกิจกรรมแนะนำ Line OA จัดกิจกรรม สร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิต เพิ่มเจ้าหน้าที่หรืออบรมอาสาสมัครนักศึกษาให้ช่วยคัดกรองเบื้องต้น จัดทำระบบนัดหมายติดตามเชิงรุก และประสานกับอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เร่งด่วน มีแบบฟอร์ม “ยินยอมติดตาม” เพื่อให้ทีมจิตวิทยาสามารถติดตามต่อเนื่องได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

ขยายเวลาให้บริการนอกเวลาราชการรองรับนักศึกษาที่ต้องการคำปรึกษาช่วงกลางคืนหรือวันหยุด พร้อมอบรมอาสาสมัครเพื่อช่วยตอบเบื้องต้น และมีระบบส่งต่อกรณีเร่งด่วนพัฒนาคอนเทนต์สุขภาพจิตรูปแบบสื่อสั้นเช่น คลิป TikTok, แบบทดสอบสั้น (Mini Test) เพื่อสร้างการรับรู้ และจูงใจให้นักศึกษาเข้าถึงบริการมากขึ้น เชื่อมโยงกับระบบดูแลนักศึกษารายบุคคลประสานกับอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีพบภาวะเสี่ยง (โดยได้รับความยินยอม) และจัดระบบติดตามนักศึกษาที่เคยใช้บริการอย่างต่อเนื่องสร้างเครือข่าย “Mental Health Buddy” คัดเลือกและอบรมอาสาสมัครนักศึกษาเพื่อช่วยดูแลเพื่อนในบทบาทเพื่อนช่วยเพื่อน และเป็นสะพานเชื่อมกับทีมให้คำปรึกษา เพิ่มเมนูแบบประเมินและกิจกรรมเสริมพลังใจ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความหมาย สนุก และทำให้นักศึกษาเกิดความผูกพันกับการดูแลสุขภาพใจตนเอง















ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)

บ้านเกาะดูแลใจ เติมสุขในหัวใจ ผู้สูงวัยยิ้มได้

นางอมรรัตน์ ฉัตรอภิวันท์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
นายนครชัย ทัศจันดา *เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน*
นางสาวขวัญหทัย แสงใยมณี *นักวิชาการสาธารณสุข*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ที่มาและความสำคัญ

สืบเนื่องจากผู้สูงอายุในตำบลบ้านเกาะได้มีการรวมกลุ่มงานบุญ ทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นวันสำคัญทางศาสนาหรือเทศกาลต่างๆ ต่อมาในปี พ.ศ.2551 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะจึงเล็งเห็นว่า ควรจะมีการทำกิจกรรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ลดความเหงา เหว่ว้าในผู้สูงอายุ จึงได้รวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ใต้ถุนศาลาวัดไผ่โสมนรินทร์เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งพบว่าประสบผลสำเร็จและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ต่อมาจึงได้มีการขยายผลโดยการออกเยี่ยมบ้านและนัดผู้สูงอายุ หมู่ 5 - หมู่ 7 มารวมกัน ณ ศาลาเอนกประสงค์ของแต่ละหมู่เพื่อทำกิจกรรม โดยไม่มีงบประมาณ ต่อมาเมื่อปี 2556 นางธภัชนีย์ มีโส ผอ.รพ.สต.บ้านเกาะ (เกษียณอายุราชการเมื่อปี 2566) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุวัดไผ่โสมนรินทร์ขึ้น และได้เสนอของบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านเกาะ ในนามประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินกิจกรรม โดยให้กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุตำบลบ้านเกาะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 14.3 โดยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิต การเข้าสังคม การดูแลสุขภาพร่างกายจิตใจตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะ ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุชุมชนวัดไผ่โสมนรินทร์ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเกาะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน ได้มีการผลักดันนโยบายของจังหวัดในการดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม เพื่อนำเสนอปัญหา หาแนวทางแก้ไข นั่นจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่การดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการทั้งด้านกายและจิต เป็นประเด็น พชอ.ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาต่อเนื่องทุกปี

ขั้นตอนที่ 2 มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงวัยในชุมชน โดยชมรมผู้สูงอายุชุมชนวัดไผ่โสมนรินทร์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะ รวมทั้งภาคีเครือข่ายในตำบลบ้านเกาะ เริ่มจากการชี้แจงเส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน นำกระบวนการมาใช้ทบทวนชุมชน ทรัพยากร ร่วมกันออกแบบแผนปฏิบัติการในชุมชน จนเกิดแผนปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุในชนชม ภายใต้สโลแกน “บ้านเกาะดูแลใจ เติมสุขในหัวใจผู้สูงวัยยิ้มได้” การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และรูปแบบการติดตามผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการวัคซีนใจ

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> ติดตามผลการดำเนินงาน โดยมี รพ.สต.เป็นสื่อกลาง ในการสรุปข้อมูลและคืนข้อมูลผ่านเวทีต่างๆในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมหมายถึงการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้านของชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม โดยใช้ใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรในชุมชน เข้ามามีบทบาทร่วมในการตัดสินใจ เสนอแนวคิดและแนวทางการแก้ไขในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและมีความสุข

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผลการทบทวนชุมชนหลังการดำเนินงานกิจกรรม พบว่า ตำบลบ้านเกาะมีวัคซีนใจในระดับสูง (19 คะแนน) และพบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนตำบลบ้านเกาะ รายละเอียดดังนี้

- **ด้านการสร้างความรู้สึกปลอดภัย**
  - มีการให้ความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลด้านความปลอดภัยในบ้าน เช่น การลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
  - มีบริการรถสาธารณะในการรับส่งผู้สูงอายุ ผู้ป่วย กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือไปพบแพทย์
- **ด้านการสร้างความรู้สึกสงบในชุมชน**

- ก่อนดำเนินโครงการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 คน

มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับน้อย 1 คน มีสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป 3 คน หลังดำเนินโครงการ พบว่า ไม่พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตในระดับเท่ากับคนทั่วไปและดีกว่าคนทั่วไป 49 คน และผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 1 คน เข้าสู่ระบบการรักษาของหน่วยบริการสาธารณสุข

- มีการส่งเสริมให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตผ่านหลักสูตรของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 เช่น กิจกรรมความสุข 5 มิติ การจัดการความเครียด การป้องกันสมองเสื่อม เป็นต้น

- ด้านการสร้างความหวัง

- มีการจัดกิจกรรมสืบสานประเพณีและศาสนา เพื่อสร้างผูกพัน ความสามัคคีในชุมชน เช่น ประเพณีทอดกฐิน
- มีการระดมทุนสำหรับทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
- กศน. เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาอาชีพ สร้างรายได้ให้กับชุมชน

- ด้านการสร้างความเข้าใจดูแล

- เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. Caregiver ผู้นำชุมชนลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยได้รับเครื่องอุปโภคบริโภคสนับสนุนจากผู้ประกอบการและกองทุนผู้มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นผู้มีภาวะพึ่งพิงของ อบต.
- มีการจัดกิจกรรมเชิดชูผู้สูงอายุ โดยการประกวดผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี

ปัจจัยความสำเร็จ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ มีแกนนำที่เข้มแข็ง มีความรู้ ความสามารถ เป็นที่ปรึกษา มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ และร่วมดึงศักยภาพของผู้สูงอายุมาเป็นแกนหลักในการบริหารจัดการงาน เพื่อให้คนในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้
- คนในชุมชนตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- มีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและมีความสุข

นวัตกรรมเด่น

นวัตกรรม Line official สุขภาพจิต

ด้วยปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร มีการเข้าถึงอย่างแพร่หลายในทุกช่วงวัย จึงทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะ จึงได้จัดทำ Line official สุขภาพจิตขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้ความรู้ในงานบริการข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก และในปัจจุบันการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานไม่ค่อยได้มีโอกาสได้รับข่าวสารหรือเข้าถึงบริการสาธารณสุข จึงเล็งเห็นประโยชน์ของนวัตกรรมทั้ง 4 เมนู ในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบคัดกรองความเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า เพลงฝึกทำสมาธิ และสายด่วนสุขภาพจิต รวมทั้งบริการนัดหมายให้คำปรึกษาสุขภาพจิต โดยผู้ใช้แอพพลิเคชั่นสามารถเข้าถึงเมนูต่างๆ ได้อย่างสะดวกและง่ายดาย เช่น การใช้เพลงดั่งดอกไม้บานเพื่อผ่อนคลายได้ง่ายและสามารถทำได้เองที่บ้าน รวมถึงเกิดประโยชน์ในการคัดกรองประชาชนทุกกลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตให้เข้ารับการรักษาได้ทันเวลาและไม่เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ต่อไป



ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)

ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุบ้านกำเนิดเพชร
ตำบลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ที่มา ความสำคัญ และบริบทพื้นที่

ชมรมผู้สูงอายุบ้านกำเนิดเพชร ต.เมือง อ.เมือง จ.เลย เป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับชมรมผู้สูงอายุและระดับชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ สังคม และสวัสดิการ ประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจจะจัดตั้งชมรมและที่ต้องการพัฒนาชมรมต่อไป

วัตถุประสงค์: ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพและถ่ายทอดภูมิปัญญา สร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสวัสดิการและสุขภาพของผู้สูงอายุ สร้างความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

กระบวนการทำงาน

1. **ดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนกลุ่ม** คือ กลุ่มจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของแต่ละคนแต่ละคนในกลุ่มมีอิทธิพลและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและตามประเพณี ฮีตสิบสอง คลองสิบสี่ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวอีสานที่ดำรงชีพอยู่ในสังคมเกษตรกรรม เป็นกรอบหรือแนวทางที่ใช้ปฏิบัติระหว่างกัน ของผู้ปกครองกับผู้ใต้ปกครอง พระสงฆ์ และระหว่างบุคคลทั่วไป เพื่อความสงบสุขร่มเย็นของ บ้านเมือง

2. **รูปแบบการดำเนินงาน**
   - ไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่จัดตั้ง
   - อาจมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และสถาบันศาสนา
   - อาจมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การฝึกอาชีพ และการทำประโยชน์เพื่อสังคม

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น.

นวัตกรรมเด่น (ถ้ามี)

1. ชื่อนวัตกรรม “รำสืบสานตำนานกำเนิดเพชร”

2. ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม

การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การสร้างอาชีพเสริม และการถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับคนรุ่นหลัง

รูปแบบนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ:

หลักสูตรการเรียนรู้ที่หลากหลาย,การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม,การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้,การสร้างเครือข่าย, การถ่ายทอดความรู้,เทคโนโลยีดิจิทัล,การสร้างอาชีพ

3. อธิบายนวัตกรรม

เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ โดยโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนวัตกรรมเหล่านี้ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและใจ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ และกิจกรรมส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อชุมชนผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของนวัตกรรมเหล่านี้

4. ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

ด้านสุขภาพกายและจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงการถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง







ปัจจัยความสำเร็จ

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนผู้สูงอายุมีความสามารถในการพึ่งตนเอง หาแหล่งเงินทุนสนันสนุนและทรัพยากรที่มีในชุมชนมาให้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

ไม่มีที่ตั้งชมรมชัดเจน, ไม่ได้ทำกิจกรรมต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอดและขยายผล

ควรเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้ และปรับใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ











PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน (PCU and community Mental health)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบองค์รวมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนครราชสีมา

นายไตรวุฒิ พจน์จะโป๊ะ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนครราชสีมา

ที่มาและความสำคัญ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบการดูแล ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มปัญหา บริการทั้งด้านการรักษา มิติส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มิติบริการในระดับบุคคล ครอบครัว เชื่อมกับชุมชนสังคม และมิติร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ปัญหาด้านความเจ็บป่วย เน้นการเข้าถึง ทำให้เกิด การค้นพบแต่แรกเริ่ม มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง ส่งต่อได้เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามปัจจัย ที่สามารถส่งผลต่อสุขภาพจิตและการใช้ยาเสพติดได้ ผู้ที่ให้การดูแลต้องมีความเข้าใจในการวิเคราะห์ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรค ไม่ว่าจะเป็น โดยการดูแลผ่านกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมและยั่งยืน รพ พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงที่ก่อเหตุความรุนแรงในเขตพื้นที่อำเภอพระทองคำ 25 ราย ปีพ.ศ. 2566 มีอาการกำเริบซ้ำ 4 ราย ปี พ.ศ. 2567 มีอาการกำเริบซ้ำ 5 รายและ ปีพ.ศ. 2568 ข้อมูลถึง วันที่ 1 พฤษภาคม มีอาการกำเริบซ้ำ 2 ราย และอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสุขภาพจิต (ร้อยละ) ปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ร้อยละ 56 ปี อัตราการเข้าถึงบริการยังต่ำกว่า ตัวชี้วัดที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้คือร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ (ต่อประชากรที่คาดการว่า) ป่วยเป็นโรคจิตในพื้นที่จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนแนวทางการดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาตามมิติแห่งองค์รวมจึงได้จัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วย service blueprint mental health for primary health care เพื่อให้ผู้ดูแลได้มองเห็นเส้นทางการเดินทางการรับบริการของผู้ป่วย และค้นหาปัญหาที่ครอบคลุม ในมิติขององค์รวม มองเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ที่จะเข้ามาดูแล เห็นถึงทรัพยากรและการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเป็นแนวทางเดียวกัน และหลังการใช้ service blueprint mental health for primary health care ใน พ.ศ. 2567 อัตราเข้าถึงบริการผู้ป่วยสุขภาพจิต อยู่ที่ร้อยละ 58.5 และปี พ.ศ.2568 อัตราเข้าถึงบริการอยู่ที่ร้อยละ 59.5 ซึ่งมีแนวโนมเพิ่มขึ้น

กระบวนการทำงาน

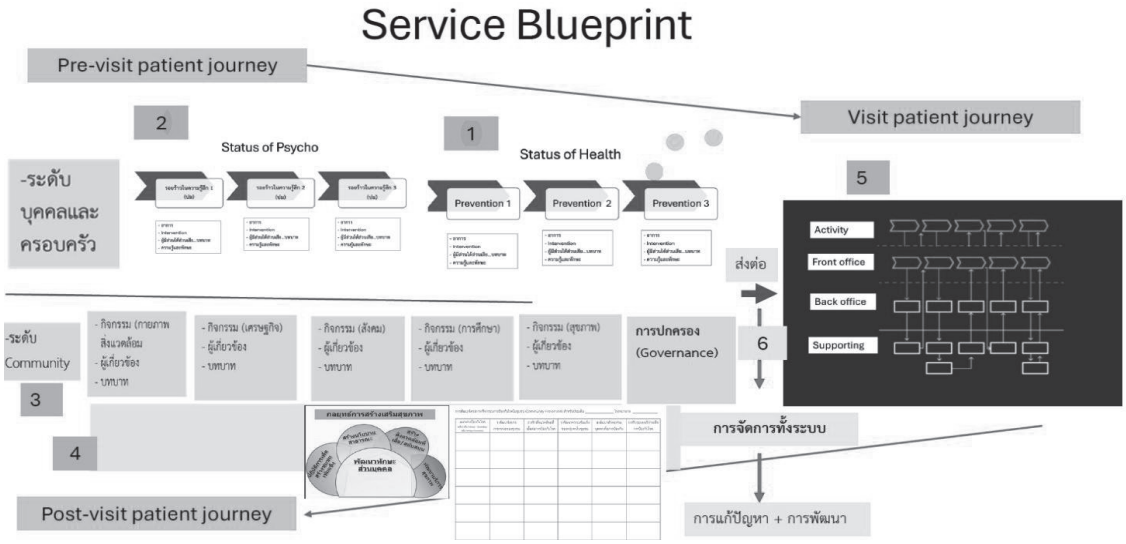
ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหาจากการวิเคราะห์จากข้อมูลโดยอาศัยหลักทางสถิติจากตัวชี้วัดที่สำคัญในการปฏิบัติงานคืออัตราของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ(ต่อประชากรที่คาดการว่า)ป่วยเป็นโรคจิตในพื้นที่ตัวชี้วัดที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้คือร้อยละ 65 ตอนนี้ซึ้งยังต่ำกว่าเกณฑ์ โดยใช้กระบวนการ RCA หาสาเหตุวิเคราะห์ ปัญหาและค้นข้อมูลจากการสอบถามจากตัวผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำ service blueprint mental health for primary health care เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และดูแลผู้ป่วยให้มองเห็นปัญหาตามปัจจัย ที่สามารถส่งผลต่อสุขภาพจิตและการใช้ยาเสพติดได้ ผู้ที่ให้การดูแลต้องมีความเข้าใจในการวิเคราะห์ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรค ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยใช้ service blueprint mental health for primary health care สามารถมาวางแผนการดูแลและการดูแลผ่านกลไกและกระบวนการในการประสานความ ร่วมมือ เพื่อ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต อ.ส.ม. ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิให้เกิดการดูและอย่างต่อเนื่องเหมาะสมและยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีการเรียนรู้การดำเนินงานในรูปแบบ service blueprint mental health for primary health care ให้กับ รพ.สต ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามผลจากข้อมูลโดยอาศัยหลักทางสถิติจากตัวชี้วัดที่สำคัญในการปฏิบัติงานคืออัตราของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ (ต่อประชากรที่คาดการว่า) ป่วยเป็นโรคจิตในพื้นที่ตัวชี้วัดที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้คือร้อยละ 65

service blueprint mental health for primary health care



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

• ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทั้งด้านการรักษา มิติส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มิติบริการในระดับบุคคล ครอบครัว เชื่อมกับชุมชนสังคม และมิติร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สามารดูแลปัญหาได้ครอบคลุมทุกมิติ

ปัจจัยความสำเร็จ

• มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน มองเห็นบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ

จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)

การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต จังหวัดบึงกาฬ

นางธาราทิพย์ เพียรปัญญาฤทธิ์ *นักสาธารณสุขชำนาญการ*
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดบึงกาฬเผชิญกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายและปัญหายาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดบึงกาฬสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด ปี 2565 9.24 ต่อแสนปชก (39) ปี 2566 9.72 ต่อแสนปชก (41) ปี2567 10.28ต่อแสนปชก(43) และปี 2568 มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง 5.98 ต่อแสนปชก(25) ปัจจัยเสี่ยงสูงที่สุด คือ ติดสารเสพติดร้อยละ 75 และมีสัดส่วนสูงของการเผชิญปัญหาชีวิต เช่น หนี้สิน ความสัมพันธ์ และปัญหาทางจิตเวชเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัญหาและความจำเป็นในการมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งต่อเนื่องโดยใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 เป็นกลไกหลักในการคุ้มครองสิทธิ ฟื้นฟูสุขภาพจิต และสนับสนุนการกลับคืนสู่ชุมชนอย่างยั่งยืนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่ชัดเจน

การขับเคลื่อนโดยผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานในประเด็นการป้องกันการฆ่าตัวตาย การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด การดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีการออกข้อสั่งการให้ทุกอำเภอจัดตั้งทีมคัดกรองสุขภาพจิตและสอบสวนเหตุฆ่าตัวตายและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ตำรวจ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้งนี้ เครือข่ายแต่ละภาคส่วนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ในการสอดส่อง มองหา แจ้งเหตุและให้การช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการค้นหาและคัดกรองสุขภาพจิตโดยใช้ mental health check in ในกลุ่มหัวหน้าส่วนราชการและองค์ของของรัฐทุกแห่ง ประชาชนทั่วไปและอสม.ให้ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่วาระของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชอ.) โดยเน้น “กลไก 3 ระดับ” ในการป้องกันและดูแลประชาชน ได้แก่

ต้นน้ำ: คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีประวัติติดยาเสพติด โรคซึมเศร้า โดยใช้ 8Q, 9Q และระบบ Mental Health Check In ให้ความรู้ สัญญาณเตือน และช่องทางแจ้งเหตุ ผ่าน“น้องรู้ใจ”

กลางน้ำ จัดทีมช่วยเหลือและบันทึกข้อมูลแบบ 506S ครบทั้ง 8 อำเภอ

ปลายน้ำ เยี่ยมบ้านและติดตามฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะการพัฒนา Application “น้องรู้ใจ” สำหรับแจ้งเหตุและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ถือเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการเข้าถึงบริการของประชาชนกับระบบดูแลแบบไร้รอยต่อ

ผลลัพธ์ที่ชัดเจนในปีงบประมาณ 2568

1. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก 10.28 ต่อแสนประชากร เหลือ 5.98 ต่อแสนประชากร (ลดลง 42%)
2. มีการรายงานและติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ครอบคลุม 100% ครบทุกอำเภอ
3. มีผู้เข้ารับบริการผ่าน Application “น้องรู้ใจ” เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเพื่อน 1,267 คน ประเมินสุขภาพจิต 3,419 ครั้ง จำนวน Click คลังความรู้ 2,485 ครั้ง เข้ารับบริการ 743 ครั้ง ตารางให้บริการ 84 ครั้ง ติดต่อเรา 65 ครั้ง
4. ประชาชนในชุมชนทราบสัญญาณเตือนและเข้าถึงระบบบริการได้เร็วขึ้น
5. มีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ปี2568 ร้อยละ 136.12%

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับจังหวัด โดยเฉพาะผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งผลักดันให้การขับเคลื่อนสุขภาพจิตเป็นภารกิจร่วมของจังหวัดและมีข้อสั่งการที่ชัดเจน
2. บทบาทเครือข่ายภาคีที่ชัดเจน ทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ และภาคีเครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย หน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรชุมชน ทำงานร่วมกันภายใต้แนวทางเดียวกัน
3. ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ลดการตีตราและสามารถดูแลกันในชุนได้อย่างยั่งยืน

นวัตกรรมเด่น

1. ระบบเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพจิตและยาเสพติดเชิงรุก การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ “น้องรู้ใจ”









2. “นาคาล้อมรักษ์โมเดล” รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดโดยจิตแพทย์, ทีมสหวิชาชีพ และทีมสนับสนุน ซึ่งมีสถานที่นอกโรงพยาบาลโดยใช้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม









ส่วนที่ 3

การนำเสนอผลการดำเนินงาน ของเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Oral Presentation)

สรุปรายชื่อพื้นที่ผลงานสุขภาพจิตดีเด่น
Oral Presentations ปี 2568 จำนวนทั้งสิ้น 78 พื้นที่

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)		
1	01	**พลังใจล้อมรักษ์** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2	02	**ทีมเนินมะปรางสร้างสุข เพื่อเนินมะปรางปลอดภัย** เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก
3	03	**พลัง บวร 2 อ หนุนสร้างชุมชนล้อมรักษ์ที่ยั่งยืน (Community-Based Treatment : CBTx)** เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี
4	04	**บางบัวทองรวมพลัง ใส่ใจสุขภาพจิต พิชิตสารเสพติด** โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
5	05	**การประยุกต์ใช้หลักวัคซีนใจในชุมชนในการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษา หัวชุกบัวชุมชนล้อมรักษ์ ตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
6	06	**มากกว่า....แค่รักษา : ทีม 6+1 พลังของชุมชนในการฟื้นฟูสุขภาพจิตและชีวิตใหม่** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง
7	07	**การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน FEWS TO HOME Model อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม** โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
8	08	**บูรณาการพัฒนาระบบเข้าถึงบริการสุขภาพจิต จิตเวช 4 สร้าง 2 ใช้ วัคซีนใจในชุมชน อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
9	09	**เส้นทางแสงแห่งพลังรัก รพ.สต.บ้านลาดชุมพล ต.เจาทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดชุมพล อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
10	010	**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี
11	011	**สานพลัง พชอ. บ้านนาสาร ล้อมรักษ์ร่วมใจ ขจัดภัยยาเสพติด สุขภาพจิตดี อย่างยั่งยืน** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
12	012	**พชอ. Mueang Songkhla สานพลังชุมชน บูรณาการแบบไร้รอยต่อ** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
13	013	**พลังชุมชนเทพลีลาดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร** เครือข่ายชุมชนเทพลีลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร
ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors: Multidisciplinary Collaboration)		
14	01	**จุดพักใจ ป้องกันฆ่าตัวตาย ภายใต้ทีม 3 หมอ บูรณาการผสานชุมชน** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
15	02	**3 หมอบูรณาการผสานภาคีเครือข่าย ค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
16	03	**พลัง พชอ.สร้างเครือข่ายชุมชน ผลสำเร็จของงาน** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์
17	04	**3 หมอดูแลใจ ป้องกันภัยร้ายจากยาเสพติด** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
18	05	**Banglen Happy Home** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
19	07	**3 หมอบูรณาการผสานชุมชน ดูแลผู้ป่วย SMI-V** โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
20	08	**“เพื่อนบ้านรู้ทัน” ทีม 3 หมอ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน โรงพยาบาลนาทม อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม** โรงพยาบาลนาทม อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
21	09	**การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลัง 3 หมอไร้รอยต่อ พชอ.ภูเขียว** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
22	010	**บูรณาการงาน 3 หมอ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร้รอยต่อ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ และ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
23	011	**วัคซีนใจคลองท่อมใต้ : 3 หมอประจำชุมชน ร่วมหยุดวิกฤตการฆ่าตัวตาย** หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม ตำบลคลองท่อมใต้ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
24	012	**ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดผ่านกลไก Nongjik SLAM mechanism model** เครือข่ายจิตเวชและสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
25	013	**ทีม 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตบางรัก** ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)		
26	01	**ป่าซาง ชุมชนสุขภาพจิตดี ด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น** สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ป่าซาง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
27	02	**ศูนย์เพื่อนใจตำบล บำบัดฟื้นฟูด้วยหัวใจ ในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
28	03	**ภาคีร่วมใจให้คำปรึกษาสุขภาวะทางจิตชุมชนตำบลหนองพยอม** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
29	04	**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และจิตเวชในชุมชนโดยใช้ “สนามแจง Model”** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามแจง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
30	05	**ล้อมรักและสร้างภูมิทางใจแบบบูรณาการ โดยเครือข่ายชุมชนคลองตาคต** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคต อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี สังกัด อบจ.ราชบุรี

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
31	06	**3 หมอราชสาส์นบูรณาการผสานชุมชน ช่วยคนพ้นฆ่าตัวตาย** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา
32	07	**คนหนองทุ่ม เบิ่งแงง ฮักแพง ใจ กาย** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือ ตำบลหนองทุ่ม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
33	08	**สุขภาพจิตดีด้วยวิถีชุมชน ตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู** ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนากลาง โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู
34	09	**4 เสาหลัก ร่วมสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape) อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
35	010	**การดูแลสุขภาพจิตโดยใช้หลัก AIMS ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตำบลค้อเหนือ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนกลอย ตำบลค้อเหนือ จังหวัดยโสธร
36	011	**ถลางสุขภาพจิตดี ชุมชนบำบัดใจ ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
37	012	**พลังชุมชนเพื่อสุขภาพจิตดี วิถีแห่งความเข้าใจ@เขาชัยสน** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
38	013	**ชุมชนบุญอยู่สุขภาพจิตดี เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร** ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)		
39	01	**Mindful Workplace : องค์กรใส่ใจ...พนักงานสุขใจ** บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) ศูนย์กระจายสินค้า RDC ลำพูน
40	02	**ความสุขใจใกล้ฉัน @ กฟผ.เขื่อนสิริกิติ์** การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
41	03	**ส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อพิชิตความสุขวัยทำงานคณะทำงานองค์กรแห่งความสุข** บริษัทเกษตรไทย อินเตอร์เนชั่นแนล ชูการ์ คอร์ปอเรชั่น สาขา 3 จังหวัดนครสวรรค์
42	04	**สุขภาพใจ คือ เรื่องใหญ่ของคนทำงาน** บริษัทไซโก้ อินสทรูเม้นท์ (ประเทศไทย) จำกัด จังหวัดปทุมธานี
43	05	**ดูแลใจ ห่วงใยกัน (Happy Heart by Dole)** แผนกความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม บริษัท โดลไทยแลนด์ จำกัด
44	06	**โครงการ FIT TO MIND FINE TO WORK** แผนกสุขภาพอนามัยโรงไฟฟ้าบางปะกง ฝ่ายแพทย์และอนามัย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย
45	07	**บ้านสบายใจ** บริษัทน้ำตาลมิตรกาฬสินธุ์ จำกัด
46	08	**3 E : สร้างสุขจากใจสู่ใจชาววิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล** **The Triple-E for Heartful Happiness: Engage, Empathize, Empower** วิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล อุดรธานี

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
47	09	**Happy Workplace (H8) & Mindfulness in Organization (MIO) หลักการบริหารคุณภาพชีวิตคนทำงานด้วย “สติ” ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย** บริษัท เจ.เอช.อุตสาหกรรม จำกัด
48	011	**โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตพนักงานในสถานประกอบการ “สร้างสุข อย่างต่อเนื่อง”** บริษัท ไทบิทูเมน จำกัด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
49	012	**พลังของใจที่เข้มแข็ง ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข** บริษัท ผลิตภัณฑ์อาหารกว้างไพศาล จำกัด (มหาชน)
50	013	**Strong Body Happy Mind วัยทำงานหัวใจแข็งแรง** บริษัท อ๊าร์ท-เสรีนา ปิสตัน จำกัด
มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา (Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)		
51	01	**CRRU CARE เสริมสร้างพลังใจ พัฒนาทักษะแห่งการใช้ชีวิตในศตวรรษที่ 21** มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
52	02	**PSRU Care : ใครไม่แคร์ PSRU แคร์** มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก
53	03	**การดูแลนักศึกษาอย่าง “ลูกและศิษย์”** มหาวิทยาลัยเจ้าพระยา จังหวัดนครสวรรค์
54	04	**TRU Student Wellness Club “มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีกับการดูแลใจนักศึกษา”** มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี (Thepsatri Rajabhat University)
55	05	**ศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษา “ระบายศิลป์”** กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์
56	06	**การขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาผ่านการประยุกต์ใช้โมเดล ACT- C เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติของชีวิตนักศึกษา มทร.ตะวันออก** กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก
57	07	**TAKASILA Model ต้นแบบดูแลสุขภาพใจนักศึกษา เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดมหาสารคาม** ศูนย์แพทย์ราชภัฏศรีสวัสดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
58	08	**ระบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจนักศึกษา** มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
59	09	**หน่วยให้บริการ SUT SURACHEEWA** มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
60	010	**เพื่อนดูแลใจ UBU Cheerful Club** มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
61	011	**ระบบดูแลใจ ให้ “เก่ง ดี มีสุข” @WU Smile & Smart Center** มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
62	012	**นวัตกรรมกลไกการส่งเสริมและดูแลสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ** ฝ่ายกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยทักษิณ
63	013	**ระบบการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจเชิงบูรณาการอย่างยั่งยืน** มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน
ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)		
64	03	**วัดขวางชุมชนคุณธรรม สานพลังบวร. ร่วมสร้างระบบการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง จังหวัดพิจิตร

ที่	เขตสุขภาพที่	พื้นที่/ชื่อเรื่อง
65	06	**ชาวดอนฉิมพลีร่วมใจดูแลหัวใจผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพจิต ชีวิตสมดุล สร้างสุขได้ทุกมิติ** สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดฉะเชิงเทรา
66	09	**การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้กลยุทธ์ 3 C (Client Caregiver Community)** กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ
67	012	**เครือข่ายดูแลช่วยเหลือติดตามสุขภาพจิตผู้สูงอายุ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมกรวด อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)		
68	01	**SUWAN Model (Suicidal Understanding Watchfulness Alliance North)** กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
69	02	**ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายและใช้ความรุนแรงโดยเครือข่ายจังหวัดพิษณุโลก** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
70	05	**การบูรณาการภาคีเครือข่ายจังหวัดราชบุรี ในการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต** กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
71	06	**ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชฉุกเฉินวิกฤตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ออนไลน์ ระดับเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง
72	07	**การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ภายใต้กลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 จังหวัดกาฬสินธุ์** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน (PCU and Community Mental Health Care)		
73	01	**ปรับสุขภาพใจ เปลี่ยนสุขภาพกาย โดยทีมหมอครอบครัวบ้านพญาชมภู** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพญาชมภู อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
74	03	**การดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวมในชุมชน โดย PCU คลองคูณ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองคูณ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
75	03	**พลังใจ พลังชุมชน เพื่อสุขภาพยั่งยืน: การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว** โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท
76	05	**การพัฒนาเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ตำบลวังน้ำเขียว** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลาไหล ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
77	010	**เครือข่ายชุมชนค้อวัง หัวใจดี ร่วมประสานส่งต่อ ผู้ป่วย SMIV เข้าสู่กระบวนการรักษา** งานสุขภาพจิต กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลค้อวัง จังหวัดยโสธร
78	012	**PCU ตุยงคุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี** เครือข่ายจิตเวชและสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พลังใจล้อมรักษ์

นางวิชชุตา ครองยุติ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน*

ที่มาและความสำคัญ

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาลปายที่เพิ่มขึ้นพบว่าปี 2562 – 2566 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ 1,342, 1,484, 1,551, 1618 และ 1,633 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่อง คือปี 2562 – 2566 มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10, 8, 15, 22 และ 18 ราย ตามลำดับ และข้อมูลผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าปี 2562 – 2566 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 5, 10, 5, 8 และ 7 ราย คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร ที่ร้อยละ 16.25, 31.55, 12.6, 18.8 และ 20.69 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไม่เกิน ร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร จนทำให้อำเภอปายมีสถิติการฆ่าตัวตายที่สูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ เนื่องจากประชากรน้อย จากสถิติดังกล่าว มีหลากหลายสาเหตุและปัจจัย เช่น เป็นกลุ่มชาติพันธ์ อาศัยอยู่พื้นที่สูง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยอยู่พื้นที่ห่างไกลและธุรกันดารจากโรงพยาบาล เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าว เดิมเป็นการรับมือแก้ไขปัญหาโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปายเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ได้มีการแก้ไขร่วมกันในภาพภาคีเครือข่าย และภาคส่วนอื่นในอำเภอปาย ทั้งที่ปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญ เกิดความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปาย และผู้บริหารจึงผลักดันปัญหานี้เป็นประเด็นสำคัญในปัญหาหนึ่งของ พชอ. ปายขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ.2566 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อสร้างคณะกรรมการในการขับเคลื่อนงานการแก้ไขปัญหา ในระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วม ผ่านการดำเนินงานสู่พลังชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ พร้อมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังดักจับสัญญาณเตือนผู้มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองให้ครอบคลุมขึ้น เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การป้องกัน ส่งเสริม ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ อย่างทันท่วงที รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการมีทักษะการดูแลสุขภาพจิตประชาชนที่ถูกต้อง สร้างความเข้าใจและลดอคติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และสร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ต่อไป

กระบวนการทำงาน

1. กำหนดประเด็นปัญหาในพชอ.ปาย และพชต.แต่ละตำบล
2. ประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ SWOT 4 เสาหลักของอำเภอปายด้วย 4 pillars Pai Model
4. หากลยุทธ์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอปาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ ทั้งจัดทำคณะกรรมการ พชต. /การของบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมจาก สปสช.จาก อปท.
5. พัฒนาทักษะและศักยภาพของเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6. พัฒนาศักยภาพทีมป้องกัน บำบัด รักษา ให้คำปรึกษา ส่งต่อ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบข้อมูลให้นำมาใช้วิเคราะห์อย่างมีประโยชน์นำไปสู่การแก้ไขปัญหา

7. การติดตามและประเมินผล ถอดบทเรียนและยกย่องพื้นที่ที่จัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตต้นแบบ

8. วางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานในปีต่อไป

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ง่ายขึ้น มีช่องทางการรับรู้การขอความช่วยเหลือหรือแจ้งเหตุที่กว้างขึ้น
2. การลดอคติ การตีตรา และสร้างความเข้าใจ
3. การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม มีศูนย์รับแจ้งเหตุและช่วยเหลือส่งต่อ
4. การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ด้วยการเฝ้าระวัง ดักจับสัญญาณเตือนร่วมกันในชุมชน
5. ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีศูนย์รับแจ้งเหตุและทำให้อัตราการฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองลดลง

นวัตกรรม (ถ้ามี)

1. คลิปเสียงป้องกันการฆ่าตัวตาย 8 ภาษา
2. คลิปวิดีทัศน์ 3 ศาสนากับการป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. เครือข่ายพลังใจล้อมรักษ์อำเภอปายและศูนย์รับแจ้งเหตุช่วยเหลือส่งต่อที่เป็นระบบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปาย และสสจ.แม่ฮ่องสอน
2. ผู้บริหารในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปายและสสจ.แม่ฮ่องสอน
3. ประธานพชอ.และคณะกรรมการ พชอ.ปาย และคณะกรรมการพชต.ทุกตำบล
4. คณะอนุกรรมการ พชอ.ปาย ประเด็นพลังใจล้อมรักษ์
5. ผู้นำชุมชน อสม.และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
6. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ กรมสุขภาพจิต

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

1. การกระจายเสียงประชาสัมพันธ์คลิปเสียงป้องกันฆ่าตัวตาย 8 ภาษายังน้อยในหอกระจายข่าวตามหมู่บ้าน

การแก้ไข ใช้รถเสียงตามสาย Sport โฆษณาในพื้นที่เสี่ยงนำร่องก่อน/การใช้สื่อบอร์ด3ทบแจกแทนสถานบริการทุกแห่งควบคู่

2. การอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายพลังใจในชุมชนยังไม่ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน

การแก้ไข จัดทำแผนงาน/โครงการ กิจกรรมอบรมเชิงรุกพัฒนาศักยภาพเครือข่ายพลังใจในชุมชนในปี 69 ร่วมกับพชต.แต่ละตำบล

3. ปัญหาการทำร้ายตนเองในสถานศึกษายังเป็นสถิติสูงสุด

การแก้ไข จัดทำแผนงาน/โครงการร่วมกับสถานศึกษาโดยเฉพาะใน ร.ร. ที่มีกลุ่มเป้าหมายเกิดอุบัติการณ์ทุกปีอย่างต่อเนื่อง

4. ประชากรพื้นที่อื่นเข้ามาอาศัยในปายและฆ่าตัวตายสำเร็จถูกนับเป็นยอดของ อ.ปาย

การแก้ไข กระจายการรับรู้ในคนทุกกลุ่มวัย และในสถานประกอบการให้มากขึ้น

5. จากการสอบสวนการฆ่าตัวตายพบว่าปัจจัยปกป้องในผู้เกิดเหตุไม่มีหรือมีน้อย

การแก้ไข ประสานขอความร่วมมือผู้นำศาสนาใช้คำสอนหลักทางศาสนาเผยแพร่สอดแทรกเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

1. จัดอบรมพรบ.สุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรงในชุมชน (SMIV) พร้อมซ้อมแผนเผชิญเหตุและการส่งต่อทุกปี

2. ประชุมถอดบทเรียนและประกวดตำบลต้นแบบ การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของทุกตำบลในอำเภอปายทุกปี

3. อบรมเครือข่ายพลังใจ และสร้างวัคซีนใจในชุมชน เชิงรุก 2569



พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

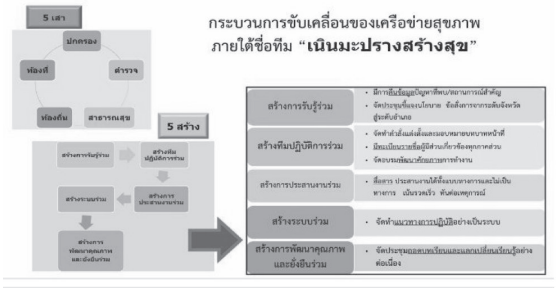
ทีมเนินมะปรางสร้างสุข เพื่อเนินมะปรางปลอดภัย
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

นางวิรุด ดารา *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
กลุ่มงานบริการด่านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

ที่มาและความสำคัญ

ด้วยปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าสาเหตุมักเกิดจาก 3 สาเหตุหลัก คือ ผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยใช้สารเสพติด และผู้ที่มีหน้าที่ดูแลในครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล มีสาเหตุอื่นร่วมประกอบด้วยคือขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง การได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนที่ไม่เพียงพอ ปี 2568 อำเภอเนินมะปรางมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการทางจิตจำนวนประมาณ 285 ราย ประเมินคัดกรองระดับอาการทางจิตและพฤติกรรมพบกลุ่มสีแดง (ควบคุมอาการทางจิตไม่ได้เสี่ยงก่อความรุนแรงสูง) ร้อยละ 4 กลุ่มสีส้ม/เหลือง (มีพฤติกรรมขาดยา ขาดนัด เสี่ยงเกิดอาการทางจิตกำเริบและก่อความรุนแรง) ร้อยละ 10 และประมาณร้อยละ 86 คือกลุ่มสีเขียว (รับการรักษาต่อเนื่องควบคุมอาการทางจิตได้) **ความท้าทายและเป้าหมายร่วมของ อ.เนินมะปรางในเวทีพชอ. คือ** การจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสีแดงให้ลดระดับความรุนแรงและดูแลเฝ้าระวังติดตามช่วยเหลือกลุ่มสีส้ม/เหลืองป้องกันไม่ให้เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยสีแดง เพื่อสร้างความปลอดภัยในการดำรงชีวิตแก่ประชาชน รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx. ชุมชนล้อมรักษ์)

กระบวนการทำงาน

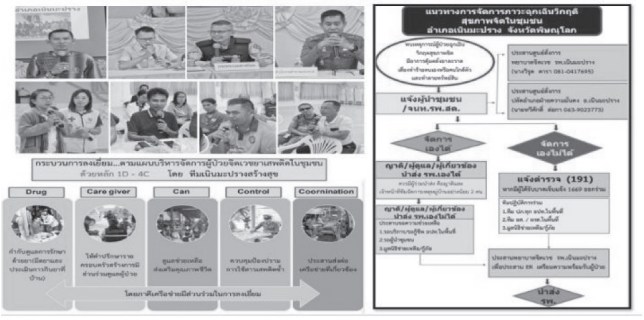








กระบวนการที่ 4 สร้างระบบร่วม : จัดทำแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ



กระบวนการที่ 5 สร้างการพัฒนาคุณภาพและยั่งยืนร่วม : จัดประชุมสรุปบทเรียน ถอดบทเรียนการทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และ**มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน** ภายใต้หลักแนวคิด "การป้องกันภัยโดยอาศัยชุมชนเป็นพื้นฐาน"



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำร้อยละ 88.89 (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ85)

2. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) ผ่านเกณฑ์

3. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง **สามารถดูแลกันอย่างเข้าใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม "คนเนินมะปราง ไม่ทอดทิ้งกัน"**

4. หมู่บ้านเป้าหมายที่มีผู้ป่วยจิตเวช มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อเป้าหมาย **"ชุมชนปลอดภัย"** แล้วพัฒนาหมู่บ้านให้เข้มแข็งไปสู่ **"สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน"**

ปัจจัยความสำเร็จ

1. เป็น**งานนโยบาย**สำคัญของรัฐบาล ที่ทุกหน่วยงานให้ความสำคัญ ทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันได้ไม่ยาก

2. การ**ทำงานเป็นทีม**ซึ่งเป็นอัตลักษณ์เด่นของอำเภอเนินมะปรางที่มีมาอย่างยาวนาน ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

3. **การมีส่วนร่วมของชุมชน** (People Participation) ผู้นำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การค้นหา ติดตาม ดูแล ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ร่วมกับทางภาครัฐ ทำให้ชาวบ้านเห็นและตระหนักรู้ถึงปัญหา จึงเข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันดูแลคนในชุมชน

4. ภาคี**เครือข่ายมีความเข้มแข็ง** ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่

นวัตกรรม



นวัตกรรม "ระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนแบบองค์รวม **ด้วยหลัก 1D – 4C โดยทีมเนินมะปรางสร้างสุข"**

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**แบบองค์รวม** โดยทีมเนินมะปรางสร้างสุข ที่บูรณาการ**ทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการดูแล**ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านการรักษาด้วยยา (Drug) เสริมพลังผู้ดูแล(Care giver) การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถดำรงชีพได้ (Can) การควบคุมป้องกันเสพสารเสพติดซ้ำ (Control) และการได้รับการส่งต่อช่วยเหลือหากเกินศักยภาพ (Coordination)

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พลัง บวร 2 อ หนุนสร้างชุมชนล้อมรักษ์ที่ยั่งยืน (Community-Based Treatment : CBTx) อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
เมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในระดับชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง การแก้ปัญหาจึงไม่อาจพึ่งพาเพียงภาครัฐหรือมาตรการด้านความมั่นคงเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง แนวทาง CBTx (Community-Based Treatment) จึงถูกนำมาใช้เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล บำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่

อำเภอเมืองอุทัยธานี เป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานโครงการขยายผลการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี เพื่อทำให้ประชาชนมีความสุข โดยใช้แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองอุทัยธานี (พชอ.) โดยมีเป้าหมายเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ลดการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอเมืองอุทัยธานี

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศป.ปส.) อำเภอเมืองอุทัยธานีร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เมืองอุทัยธานี เพื่อวางแผนการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “5 ร่วม ชวนประสานพลัง บวร 2 อ” ซึ่งประกอบด้วย บ=บ้าน/ชุมชน, ว=วัด, ร=ราชการ, อ= อปท. และ อ=เอกชน

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อม การรับมอบนโยบาย การแต่งตั้งคณะทำงานทุกระดับ เตรียมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย เตรียมชุมชน และการพัฒนาศักยภาพชุดปฏิบัติการประจำตำบล ซึ่งประกอบไปด้วย ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการค้นหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Re X-ray) การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะในประชาชนที่มีอายุ 10 – 65 ปีในพื้นที่อำเภอเมืองอุทัยธานีทุกครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการบำบัดรักษา ครั้งที่ 1-9 ดำเนินกิจกรรม จำนวน 9 ครั้ง โดย**ชุดปฏิบัติการประจำตำบล** ในการบำบัดรักษาทุกครั้งจะมีการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะและมีกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาชุมชน บำเพ็ญประโยชน์/กีฬา

ขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ครั้งที่ 10-12 ดำเนินกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง โดย**ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ระดับอปท.** เป็นกิจกรรมการสำรวจความถนัดความต้องการในการประกอบอาชีพ และกิจกรรมการฝึกทักษะอาชีพและผลิตภัณฑ์ชุมชน ในการฟื้นฟูสภาพทางสังคมทุกครั้งจะมีการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ สำหรับผู้ที่ไม่ผ่านการบำบัดจะถูกส่งต่อไปยังสถานฟื้นฟูสมรรถภาพพลเมืองกองร้อยอาสารักษาดินแดนจังหวัดอุทัยธานีที่ 1 จำนวน 120 วัน

ขั้นตอนที่ 6 กิจกรรมการติดตาม ครั้งที่ 13 – 20 ดำเนินกิจกรรมการติดตาม จำนวน 8 ครั้ง โดยชุดปฏิบัติการประจำตำบล เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน/การรายงานตัวของผู้ที่ผ่านการบำบัด ในการติดตามทุกครั้งจะมีการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ

การพัฒนารูปแบบพลัง บวร 2 อ. หนุนสร้างชุมชนล้อมรักษ์ที่ยั่งยืน (Community-Based Treatment : CBTx) อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี



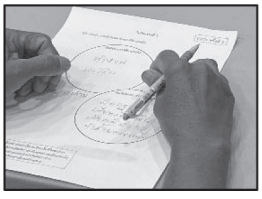
ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 17,345 คน ได้รับการ Re X-ray จำนวน 17,345 คน คิดเป็น 100%
- ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด CBTx จำนวน 89 คน และผู้ที่ผ่านการบำบัด จำนวน 62 คน คิดเป็น 69.66%
- ผู้ที่ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา ประกอบอาชีพ หรือทำกิจกรรมในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการยอมรับกลับเข้าสู่สังคมและมีความมั่นใจในการเริ่มต้นชีวิตใหม่
- ผู้ที่ผ่านการบำบัดมีแรงจูงใจในการเลิกยาเพิ่มขึ้น จากการได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน
- ชุดปฏิบัติการประจำตำบล ทำหน้าที่ดำเนินการขับเคลื่อนและดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดภายใต้แนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community-Based Treatment : CBTx) ในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการลดลงของพฤติกรรมเสี่ยงและเหตุอาชญากรรมในพื้นที่อำเภอเมืองอุทัยธานี ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างชัดเจน
- ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเหมาะสมและยังสามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ด้วยตนเอง
- ลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (Relapse) ด้วยระบบการดูแลต่อเนื่องจากชุมชน และกลุ่มสนับสนุนในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนช่วยลดโอกาสกลับไปใช้ซ้ำ

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการบูรณาการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ภายใต้กลไก พชอ. อย่างมีเป้าหมายและทิศทางเดียวกัน
- การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัว และประชาชนในพื้นที่ในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยยาเสพติด
- มีระบบการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ ติดตาม และป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำอย่างเป็นระบบ
- ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากกองทุนแม่ของแผ่นดินและกองทุน พชอ.เมืองอุทัยธานี รวมถึงการประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตในชุมชน
- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคน เงิน ของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ
- ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบพลัง บวร 2 อ. หนุนสร้างชุมชนล้อมรักษ์ที่ยั่งยืน (Community-Based Treatment : CBTx) อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

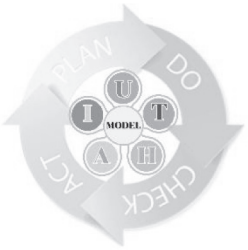



ปัจจัยความสำเร็จ

UTHAI Model แนวทางบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ผ่านกลไก พชอ. เมืองอุทัยธานี

U = Unity (รวมพลังทุกภาคส่วน) พลัง บวร 2 อ.
T = Technology (ใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์)
H = Healing with Community (เยียวยาร่วมกับชุมชน)
A = Appreciate (ยกย่อง ให้โอกาส)
I = Inclusion (การมีส่วนร่วมของทุกคน)





พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

บางบัวทองรวมพลัง ใส่ใจสุขภาพจิต พิชิตสารเสพติด
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

นางสาวจินดามาศ ซีมหาสัจคุณ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลบางบัวทอง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 3 ราย ในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 16 ราย และในปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 ราย โดยจากการคัดกรองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งมาจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นเฉพาะในโรงพยาบาลหรือระบบสาธารณสุขอย่างเดียวคงไม่เพียงพอนี้ จึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ร่วมกันหาแนวทางการค้นหาคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อไม่ให้ก่อเหตุซ้ำ ด้วยเหตุนี้ทางอำเภอบางบัวทองจึงขับเคลื่อนเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยการประชุมปรึกษาหารือ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดกลไกเชิงระบบ ดูแลเชิงรุก พร้อมทั้งพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดให้ครอบคลุมทุกตำบล ตามนโยบายขับเคลื่อนของรัฐบาลเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต สารเสพติดอย่างครบวงจร ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว และครอบคลุม ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ชุมชนบางบัวทองปลอดภัย

กระบวนการทำงาน

นำหลัก 4 สร้าง 2 ใช้ กรอบแนวคิด การสร้างวัคซีนใจ



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- เพื่อให้ประชาชน และผู้ป่วยจิตเวช อำเภอบางบัวทองได้รับการดูแลสุขภาพจิต โดยผ่านการทำแบบประเมิน QR code สุขภาพจิตของโรงพยาบาลบางบัวทอง หรือ ด้วยแบบประเมิน 2Q Plus, 9Q, 8Q, ST-5 และ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบ (5 Red Flags) จึงจัดทำโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการค้นหา คัดกรอง ดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น การประสานส่งต่อ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ของอำเภอบางบัวทอง ให้แก่ อสม. รพ.สต. รพ. แกนนำ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เทศบาล ฝ่ายปกครอง คุณครู/อาจารย์ระดับชั้นมัธยมศึกษา/วิทยาลัย ในเขตอำเภอบางบัวทอง ผลการดำเนินการ พบว่า 1) ผู้ผ่านการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลจัดการผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดได้ ร้อยละ 100 2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 0 ต่อแสนประชากร (ผลงานปีงบประมาณ 2568 ต.ค.2567 – พฤษภาคม 2568)
- เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด เข้าถึงบริการจิตเวชและสารเสพติดที่รวดเร็ว ปลอดภัยทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมถึงชุมชน และเจ้าหน้าที่ จึงเกิดระบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ของอำเภอบางบัวทองตั้งแต่ระดับ Pre-In-Post hospital ผลการดำเนินการ พบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเข้าถึงบริการ รวดเร็ว ปลอดภัย ร้อยละ 100 2) ไม่พบรายงานการก่อเหตุรุนแรงในชุมชนจากผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในปีงบประมาณ 2568

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอบางบัวทอง
- การกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ โดยการขับเคลื่อนตั้งแต่ระดับนายอำเภอบางบัวทอง จนมาถึงระดับผู้ปฏิบัติงานทุกภาคส่วน
- มีแนวทางการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และช่องทางติดต่อที่เข้าถึงง่าย รวดเร็ว ในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดตั้งแต่ระดับ Pre-In-Post hospital ของอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

- ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา ไม่มาตามนัด ไม่มีญาติ **แนวทางการแก้ไข** ประสานอสม. ผู้นำชุมชน ให้ช่วยสอดส่องดูแลในการรับประทานยา การลงเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามต่อเนื่องในชุมชน
- ผู้ป่วยจิตเวชเร่ร่อนจากนอกพื้นที่ เข้ามาอาศัยในชุมชน **แนวทางการแก้ไข** ประสานพมจ. เพื่อช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอดและขยายผล

- ควรมีค่าตอบแทนหรือสวัสดิการสำหรับอสม. แกนนำชุมชน ในการดำเนินการดูแลจัดการนำส่งในยามวิกาล เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจของคนทำงาน

นวัตกรรมเด่น “ส่งต่อ รวดเร็ว ฉับไว ด้วย Line SOP”



ที่มา : ระบบการสื่อสารประสานส่งต่อที่ไม่ชัดเจน ไม่สะดวกรวดเร็ว ต้องประสานงานทีละส่วน ทำให้ขาดการเชื่อมโยง ประกอบกับการไม่ให้ความสำคัญในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ทำให้มีปัญหาในการส่งต่อ
นวัตกรรม : “ส่งต่อ รวดเร็ว ฉับไว ด้วย Line SOP” เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารประสานงานนำส่งผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดฉุกเฉินโดยมีทีม จิตแพทย์ ทั้งของรพ.ศรีธัญญา รพ.บางบัวทอง พยาบาล ER รพ.สต. และชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. แกนนำ รวมถึงฝ่ายปกครอง ในการประสานนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด
ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม : ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับเข้าถึงบริการ ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ปลอดภัย ร้อยละ 100

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การประยุกต์ใช้หลักวัคซีนใจในชุมชนในการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษา หัวชุกบัว ชุมชนล้อมรักษ์ ตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

นายธนาธิป บุญญาคม *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลสระพัฒนา จังหวัดนครปฐม

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ตำบลสระพัฒนาเป็นความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่ทำงานกลางคืนและเผชิญภาวะเครียดสูง ความเปราะบางทางเศรษฐกิจและครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งเสริมการใช้สารเสพติด ในพื้นที่ตำบลสระพัฒนา ได้เกิดนวัตกรรม “วัคซีนใจในชุมชน” ที่มุ่งเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจผ่านกลไก 4 สร้าง 2 ใช้ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการไม่ตีตราผู้ใช้ยา ส่งเสริมการฟื้นฟูด้วยความเข้าใจและการยอมรับ

จากการสำรวจพบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานในตำบลสระพัฒนาจำนวนไม่น้อยมีความเชื่อว่า การเสพยาบ้าช่วยให้ทำงานได้มากขึ้นโดยไม่เหน็ดเหนื่อย ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว เช่น ความยากจน การหย่าร้าง และการขาดโอกาสในชีวิต ล้วนเป็นตัวเร่งให้เกิดการใช้สารเสพติดซ้ำ นอกจากนี้ ผู้ที่ผ่านการบำบัดจำนวนมากต้องเผชิญกับการตีตราและการไม่ยอมรับจากสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการกลับคืนสู่ชีวิตปกติ

กระบวนการทำงาน

กระบวนการเริ่มจากการประชาคมเพื่อเปลี่ยนมุมมองของชุมชนต่อผู้เสพยา จากผู้กระทำผิดเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟู สร้างพื้นที่ปลอดภัยผ่านข้อตกลงร่วมระหว่างชุมชนกับภาครัฐ โดยผู้สมัครใจบำบัดจะไม่ถูกดำเนินคดี การดำเนินงานใช้รูปแบบ CBTx (Community-Based Treatment) โดยมีการตรวจคัดกรองระดับครัวเรือน จัดตั้งศูนย์คัดกรอง และดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และอาชีพ โดยมีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ตั้งแต่การเริ่มต้นสร้างความเข้าใจ (ต้นน้ำ) ไปจนถึงการฟื้นฟูและสร้างความยั่งยืน (ปลายน้ำ) ผ่านกระบวนการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวัคซีนใจในชุมชนผ่าน 5 ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ขั้นตอน 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอน 2 เตรียมการและวางแผน ขั้นตอน 3 การดำเนินการ ขั้นตอน 4 การติดตามประเมินผล ขั้นตอน 5 สะท้อนบทเรียน ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐ และองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบไปด้วยนายอำเภอกำแพงแสน ผู้นำชุมชมชน สถานีตำรวจภูธรกระตีบ องค์การบริหารส่วนตำบลสระพัฒนา วัดสระสี่มุม โรงเรียนวัดสระสี่มุม พัฒนาชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระพัฒนา ภายใต้บริบทชุมชนที่มีความเป็นเอกลักษณ์ ของชาวไทยทรงดำ ที่มีความรักความสามัคคี มีความรักและหวงแหนชุมชนพร้อมที่จะช่วยเหลือกันและกัน ประชาคมสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างความร่วมมือจากคนในชุมชน ให้รับรู้ตระหนัก **ใช้สายสัมพันธ์ที่มีอยู่ในชุมชน (Community Connectedness) สร้างความตระหนัก ไม่ตระหนก (Calm)** ชุมชนได้รับการให้ข้อมูลและการสื่อสารอย่างมีเป้าหมาย เพื่อเข้าใจว่า “ผู้ติดยา=ผู้ป่วย” ไม่ใช่อาชญากร ช่วยลดอคติ และความตื่นตระหนกในชุมชน เปลี่ยนความกลัวเป็นความเข้าใจ และเปลี่ยนการตีตราเป็นการยอมรับ และให้คนในชุมชนเห็นถึงความเสี่ยง และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับคนในชุมชน หากชุมชนไม่เข้ามาร่วมมือแก้ไขปัญหา การประชาสัมพันธ์ผ่าน

หอกระจายข่าวของหมู่บ้านเพื่อให้คนชุมชนรับรู้และเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ **สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety)** มีการสร้างข้อตกลงร่วม (MOU) ระหว่างชุมชน หน่วยงานรัฐ และตำรวจ ว่าผู้ใช้ยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดจะไม่ถูกดำเนินคดี เป็นการสร้าง “พื้นที่ปลอดภัย” ที่เอื้อให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตัวตนและเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยไม่รู้สึกกลัว การฟื้นคืนประเพณีวัฒนธรรมของชาวไทยทรงดำ เช่น การรำแคน และพิธีกรรมบรรพบุรุษ ช่วยเสริมคุณค่าภูมิหลังและความภาคภูมิใจ ในรากเหง้า ลดการแยกตัวจากสังคมของผู้ใช้ยา และเปิดโอกาสให้กลับเข้าสู่ชุมชน **สร้างระบบการดูแลช่วยเหลือในชุมชน** โดยใช้กลไกคณะกรรมการคุ้มบ้าน และครอบครัวล้อมรักษ์ มีบทบาทหลักในการติดตามผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง ผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา จะได้รับการให้ข้อมูลเพื่อการดูแล อันเป็นการ**สร้างความรู้สึกสงบ** ลดความวิตกกังวล และมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เสริมสร้างความสามารถในการเผชิญกับแรงกดดันทางจิตใจอย่างสร้างสรรค์ และเพิ่มความมั่นคงในการดำรงชีวิต สร้างความหวังให้กับผู้ป่วย **สร้างความเข้าใจดูแล** ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว คนที่รัก และชุมชน กิจกรรมบำบัด มุ่งเน้นไป**การใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน (Community Efficacy)** ดึงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์

ผลการดำเนินงานและบทเรียน

ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานในชุมชนหัวชุกบัว ตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ได้ดำเนินการคัดกรอง “บุคคลสีขาว” และ “ครัวเรือนสีขาว” รวมทั้งสิ้น 246 ครัวเรือน โดยมีผู้สมัครใจเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดจำนวน 10 ราย ผลการติดตามพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาดจำนวน 6 ราย ลดปริมาณการใช้ได้ 3 ราย และอีก 1 รายอยู่ระหว่างกระบวนการทางกฎหมาย โดยปัจจุบันได้อุปสมบทเป็นพระภิกษุ

จากบทเรียนการดำเนินงาน พบว่า การดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและสร้างกลไกสนับสนุนในระดับครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน และภาคีเครือข่ายในตำบล มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างยั่งยืน แนวทางการบำบัดรักษาในชุมชนที่เน้นความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้น (social connectedness) ได้ช่วยสร้างแรงจูงใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย ขณะที่กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ระดับการวางแผนไปจนถึงการปฏิบัติจริง ส่งผลให้เกิดการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม กลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนกระบวนการนี้ ได้แก่ “ครอบครัวล้อมรักษ์” และ “คณะกรรมการคุ้มบ้าน” ซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนผู้บำบัดด้วยหลัก “เข้าใจ ไม่ตัดสิน และไม่ทอดทิ้ง” นำไปสู่รูปแบบการดูแลที่ไม่เน้นการลงโทษแต่เน้นการสร้างโอกาส ฟื้นฟูศักดิ์ศรี และส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณค่า สะท้อนให้เห็นว่า แนวคิด “วัคซีนใจในชุมชน” มิใช่เพียงกรอบทฤษฎีด้านสุขภาพจิตที่เป็นนามธรรม หากแต่เป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถขับเคลื่อนจริงในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีความเข้มแข็งและภาคีเครือข่ายที่พร้อมสนับสนุน การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวสามารถเปลี่ยน “ผู้ใช้ยา” ให้กลายเป็น “ผู้ฟื้นคืน” และเปลี่ยน “ชุมชนที่เคยตีตรา” ให้กลายเป็น “ชุมชนที่ล้อมรักษ์” ได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการขยายผล ควรส่งเสริมการบูรณาการแนวทางวัคซีนใจควบคู่กับ CBTx ไปยังพื้นที่อื่นๆ พร้อมทั้งจัดทำระบบติดตามผลระยะยาว และบรรจุหลักคิดนี้ในนโยบายท้องถิ่นและแผนสุขภาพจิตชุมชน เพื่อเสริมพลังให้ชุมชนสามารถเป็นฐานในการฟื้นฟูผู้ใช้ยาอย่างยั่งยืน แนวคิดวัคซีนใจในชุมชนมิใช่เพียงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี แต่เป็นแนวทางที่นำไปปฏิบัติได้จริง ชุมชนหัวชุกบัวได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าการใช้พลังภายในชุมชนและการไม่ตีตราผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ใช้ยา และสร้างระบบดูแลที่ยั่งยืน โดยมีหัวใจสำคัญคือ “ความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และไม่ทอดทิ้ง”



พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

มากกว่า....แค่รักษา : ทีม 6+1 พลังของชุมชนในการฟื้นฟูสุขภาพจิตและชีวิตใหม่ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

นางสุนันท์ เสียงเสนาะ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของยาเสพติดและสุขภาพจิตในอำเภอบ้านฉาง พบว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการการบำบัดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอบ้านฉาง ปี 2566 จำนวน 149 ราย ปี 2567 จำนวน 73 ราย ในปี 2567 มีจำนวนผู้รับบริการลดลงซึ่งเป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจบำบัดมากกว่าผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับ ในปี 2568 มีผู้ป่วยติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 238 ราย ด้วยนระบบการคัดของของเครือข่ายในชุมชนตามนโยบายของจังหวัดเร่งด่วน ปัญหาที่พบในชุมชนและก่อให้เกิดความรุนแรงก้าวร้าว มีสาเหตุเนื่องจากบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา พบว่าผู้ป่วยติดยาเสพติด มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด 2566, 2567 และ 2568 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและมีความรุนแรงก้าวร้าว 9, 38 และ 18 ราย ตามลำดับ จากสถิติการคัดกรองสุขภาพจิต ปี 2566-2568 พบว่าผลการคัดกรองครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 80.12 ,76 และ 67 (มี.ค 68) ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยซึมเศร้าและเข้าถึงระบบบริการ มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2566 -2568 จำนวน 429, 489 และ337 ราย (มีนาคม 2568) ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์จากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนเพิ่มขึ้น ปี 2566-2568 จำนวน 17 ,15 และ 26 ราย

จากข้อมูลพบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบทางจิตและความรุนแรงก้าวร้าว ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ในปี 2568 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด ผู้มีอาการทางจิตกำเริบจากการรักษาไม่ต่อเนื่องร่วมกับการใช้สารเสพติด ปัญหาครอบครัว สัมพันธภาพ และทักษะการแก้ไขปัญหา ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดทุพพลภาพรุนแรง มีผลต่อการใช้ชีวิตและการทำงาน จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำและปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นอำเภอบ้านฉางจึงมีการการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ป้องกันการเกิดปัญหาความรุนแรงก้าวร้าวของผู้ป่วยและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ โดยใช้กระบวนการความร่วมมือของทีม 6+1 สร้างพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ทีมประกอบไปด้วย สาธารณสุข (โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ) ปกครองอำเภอ ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายสนับสนุน (ศูนย์ไร้ที่พึ่ง พัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์ฝึกอาชีพ กองทุนแม่ของแผ่นดิน) และครอบครัวผู้ป่วยต้องผนึกกำลังร่วมดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในการค้นหา ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

กระบวนการทำงาน

1. สร้างทีมเครือข่ายในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูล ประชุมในระดับอำเภอ คืนข้อมูลกลับชุมชน
2. ประชุมทีมในระดับพื้นที่ ให้ เดือนละ 1 ครั้ง ประชุม Case Conference เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หาสาเหตุ หาแนวทางการช่วยเหลือ โดยสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเป็นเจ้าของ

3. การพัฒนาระบบการ การประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึมเศร้า อาการทางจิต ติดสุรา สารเสพติด การติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงก้าวร้าว การนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ซักซ้อมแผนวิกฤติจิตเวชฉุกเฉิน จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4. นำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ มีการทำข้อตกลงร่วมกัน แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน หากมีการกลับไปใช้ซ้ำ ปรับระบบบการบำบัดรักษา

5. มีการวางแผนก่อน ขณะรับผู้ป่วยดูแลรักษา และก่อน จำหน่ายกลับบ้าน

6. จำหน่ายผู้ป่วย เยี่ยมบ้านก่อนจำหน่าย เตรียมความพร้อมให้ครอบครับ อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจและปกครอง แนะนำครอบครัวในการสังเกตอาการ/เฝ้าระวังสัญญาณเตือน

7. มีการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระดับอำเภอ ตำบล ร่วมกับนักพัฒนาสังคมฯ เครือข่ายในชุมชน และครอบครัว เพื่อสร้างความยอมรับและความช่วยเหลือในชุมชน จัดหางาน ฝึกงานให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จัดกิจกรรมร่วมกันจากภาคส่วนอื่นๆ ดนตรีบำบัด

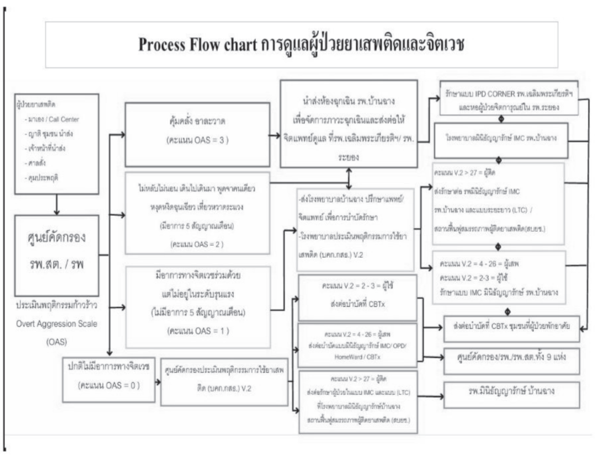
8. มีการนัดติดตามในคลินิก การติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน ตรวจสอบเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องและการฉีดยาตรงตามใบนัด พร้อมให้คำแนะนำญาติ ผู้ดูแล กำกับการรับประทานยาต่อหน้า รพ.สต.ใกล้บ้านฉีดยาให้ และการสุ่มตรวจปัสสาวะ ให้บริการฉีดยา การกำกับติดตามการรับประทานยา

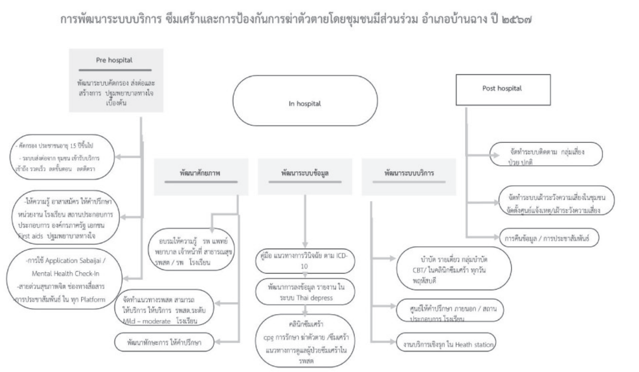
9. มีช่องทางในการประสานส่งต่อข้อมูลและจัดทำหนังสือแจ้งแก่เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตำรวจ ปกครอง อสม. และผู้นำชุมชน ในการสอดส่องดู ระบบไลน์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกฉิน

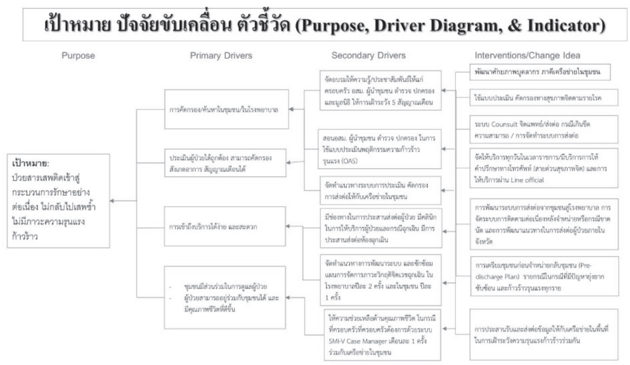
10. มีการจัดประชุมทบทวนรายกรณี เพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน

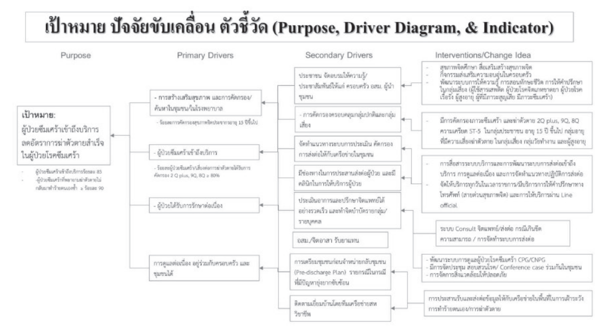
11. สรุปผลการดูแล และส่งข้อมูลกลับ เพื่อประสานงานในระดับอำเภอ ในทีม 6+1 ให้รับทราบความคืบหน้าของผู้รับบริการ ชื่นชมและกิจกรรมบุคลตัวอย่าง หน่วยงานสนับสนุนกิจกรรมตัวอย่างเพื่อเสริมพลัง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดโรงพยาบาลบ้านฉาง









ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ

2. ผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช ที่มีภาวะก่อความรุนแรงก้าวร้าว ได้รับการติดตามครบ 1 ปี ไม่ก่อความรุนแรงก้าวร้าวซ้ำ ร้อยละ 100 และวางแผนการติดตามครบ 5 ปี หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหา จิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชน เกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

3. ผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองในปี 66,67, และ 68 มีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี มีจำนวน 1 ราย จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเอง มีการให้คำปรึกษา/จิตบำบัด และมีการติดตามต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน

4. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน

5. ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการของญาติที่เครือข่าย 6+1 มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 85 ในการเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6. ผู้ป่วยจิตเวชมีการจ้างงาน จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการสงบมีงานทำ มีงานทำ 5 ราย ในปี 2658

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน ในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอและผู้บริหารโรงพยาบาล
- มีการมอบหมายหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอและจังหวัด
- ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 6+1 ในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาสมีส่วนร่วมและมีการมองเห็นปัญหาร่วมกัน ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง ให้โอกาสผู้ป่วย และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อในระดับ อำเภอและระดับจังหวัด

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน FEWS TO HOME Model อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

นางสุจิตรา ยะวร *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลโดยมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างการใช้สารเสพติดกับความผิดปกติทางจิตใจ ปัญหาความรุนแรงผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการก่อความรุนแรงทั้งตนเองและผู้อื่นในสังคม ส่งผลกระทบกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นวงกว้าง จึงเห็นได้ว่าเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการ จากสถานการณ์ยาเสพติดโรงพยาบาลเชียงยืนในปี 2567 นโยบายการบำบัดผู้ติดสารเสพติดสมัครใจบำบัดโดยอาศัยกลไกระดับอำเภอที่มีหน่วยงานหลายภาคส่วนในการคัดกรอง ค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นเป็น 413 ราย โดยแบ่งการจำแนกผู้ป่วย คือผู้ใช้ 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.08 เป็นผู้เสพ 380 ราย คิดเป็นร้อยละ 92 และผู้ติด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 (โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม, 2566) ดังนั้นโรงพยาบาลเชียงยืนร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอชียงยืน (ศป.ปส.อ. เชียงยืน) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบวางแผน กำหนดนโยบาย ทุกระดับ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ โดยเน้นภาคีเครือข่ายโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง สามารถแก้ไขปัญหาจากสาเหตุ กลไก และผลกระทบของปัญหายาเสพติดโดยคนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มศักยภาพ

กระบวนการทำงาน

หลักการสำคัญ “ เข้าถึง เข้าใจ พัฒนา ”

1. **การเตรียมความพร้อม : เข้าถึงข้อมูล** วิเคราะห์สถานการณ์ คืนข้อมูลประชุมวางแผนบูรณาการแผนงานระหว่างองค์กร ผ่านกลไกการขับเคลื่อนงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอชียงยืน (ศป.ปส.อ. เชียงยืน) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประชุมวิเคราะห์สภาพชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติ รวมถึงการบูณาการทรัพยากรต่างๆในการขับเคลื่อนการทำงาน

2. **การค้นหา การคัดกรอง :** สร้างความปลอดภัยและความสงบในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพทีมให้เข้าใจองค์ความรู้ จัดตั้งทีมปฏิบัติการต้านยาเสพติดค้นหาคัดกรองและสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนภายใต้แนวคิด“ผู้เสพ คือผู้ป่วย” และ “ลดการตีตรา” ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนแกนนำครัวเรือนเข้าร่วมประชาคม จัดเวทีประชาคมกำหนดข้อตกลงและระเบียบชุมชนรวมถึงประกาศใช้ในชุมชน

3. **นำเข้าสู่การบำบัด :** สร้างความเข้าใจใส่ใจดูแล โดยการประชุมวางแผนพัฒนาแนวทางในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติด17หมู่บ้าน 8ตำบล ประชุมโรงเรียนล้อมรักฮักแพงเชียงยืน มีการวางแผนการดำเนินงานเข้าระบบบำบัดตามระดับความรุนแรงที่วิเคราะห์จำแนก โดยบำบัดในชุมชนเป็นศูนย์กลาง จัดโปรแกรมกิจกรรม 9 สัปดาห์ FEWS TO HOME Model โดยกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการดำเนิน

กิจกรรมในชุมชน มีระบบเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ ครอบครัวบำบัดโดยนวตกรรม อสม.แม่ฮัก และมีการพัฒนาอาชีพเพื่อสร้างโอกาส ความหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น “บำบัด ช่วยเหลือ ให้โอกาส คืนคนดีสู่สังคม”

4. การลดอันตราย : ค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่พร้อมเลิกเสพ สร้างแรงจูงใจให้สมัครใจเข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดบริการเยี่ยมบ้านรายบุคคล (Home visit) กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับมีทีมเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้สารเสพติดในชุมชน “สร้างความปลอดภัย ลดอัตรายในชุมชน”

5. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับหมู่บ้าน โดยมีการบายศรีสู่ขวัญคืนคนดีสู่สังคม และถอดบทเรียนการดำเนินงานเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชนล้อมรักษ์ฮักแพงเชียงยืน ในเวทีระดับอำเภอ ประกวดพื้นที่ดำเนินการต้นแบบ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. เกิดรูปแบบกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมโดยทีมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม EWS TO HOME Model เชียงยืน

2. ผลจากการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม FEWS TO HOME Model เชียงยืน พบว่าอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 65.28 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ใช้สารเสพติดหลังหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Mean = 103.12, S.D. = 6.42) สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัด (Mean = 87.42, S.D. = 8.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

3. ชุมชนเกิดความรู้สึกปลอดภัย เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ร่วมใส่ใจดูแล สร้างความหวัง กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว และให้โอกาสคืนคนดีสู่สังคม เกิดภูมิคุ้มกันทางใจที่ดีในชุมชน “วัคซีนใจในชุมชน” โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การมีทีมภาคีเครือข่ายผู้นำเข้มแข็ง ร่วมคิดร่วมทำร่วมวางแผนดำเนินงานและประเมินผล

2. มีการค้นหาความเข้มแข็งในชุมชนชนะยาเสพติด ค้นหาผู้กล้านวตกรรม Re X-ray ครอบคลุม

3. มีเวทีระดับอำเภอ ระดับหมู่บ้านสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้น สะท้อนการวางแผนแก้ไขปัญหายาเสพติด โรงเรียนชุมชนล้อมรักษ์ฮักแพงเชียงยืน

4. มีการกำหนดกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมโดยทีมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม FEWS TO HOME Model เชียงยืน

5. ทีมชุมชนล้อมรักษ์ระดับอำเภอ และระดับตำบล มีการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน

6. มีระบบเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ ครอบครัวบำบัดโดยนวัตกรรม อสม.แม่ฮัก

7. มีการสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยระบบติดตามศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในระดับตำบล

8. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จระดับอำเภอ โดยกิจกรรมประกวดการดำเนินงาน ชุมชนล้อมรักษ์ระดับอำเภอ มีเวทีเสริมพลังใจเชิดชูเกียรติชุมชน และครอบครัวเข้มแข็ง





นวัตกรรมเด่น

FEWS TO HOME Model เชียงยืน คือ รูปแบบกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมโดยทีมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยระบบติดตามศูนย์ฟื้นฟูสภาพ ทางสังคม ในระดับตำบล องค์ประกอบ FEWS To Home ประกอบด้วย

1) สร้างต้นแบบครอบครัวอบอุ่น (Family)
2) ให้ภูมิคุ้มกัน ฝึกทักษะชีวิต (Education)
3) การฝึกอาชีพสร้างรายได้ (Work)
4) การติดตามช่วยเหลือการสนับสนุนทางสังคม (Social support)
5) สร้างเสริมกิจกรรมชมรมสร้างสรรค์คนดี (To be number one)
6) เยี่ยมบ้านเยี่ยมใจช่วยเหลือแบ่งปัน (Home visit)



กิจกรรมการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน ตามโปรแกรม FEWS To Home ดำเนินการต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ 9 กิจกกรรม 9 ครั้งต่อชุมชน

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

บูรณาการพัฒนาระบบเข้าถึงบริการสุขภาพจิต จิตเวช 4 สร้าง 2 ใช้ วัคซีนใจในชุมชน อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

นางแววดาว กินนะลีโดน *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ที่มาและความสำคัญ

แนวโน้มปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง มีแนวโน้มมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม จากสถิติการเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีวิไล ปี 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 38 ราย, 56 ราย และ 72 ราย ปัจจัยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาการใช้สารเสพติด โดยสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลศรีวิไล ปี 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 292 ราย, 326 ราย และ 352 ราย ข้อมูลสถิติอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2565, 2566 และ 2567 อัตรา 7.8 ต่อแสนประชากรคน (3 ราย), อัตรา 7.58 ต่อแสนประชากรคน (3 ราย) และ อัตรา 5.18 ต่อแสนประชากรคน (2 ราย) ตามลำดับ ซึ่งการนำผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรุนแรงเข้าสู่ระบบบำบัดรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน

ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยดังกล่าว มีการใช้สุรา สารเสพติด อีกทั้งการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและรับการรักษาที่ถูกวิธี มีความเสี่ยงอันตรายต่อบุคคลอื่นและผู้ป่วยเองโดยมีภาวะซึมเศร้า กลุ่มใช้สารเสพติด เสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายตามมา อีกทั้งกลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาซึมเศร้าจากการใช้สุรา สารเสพติด การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องในระยะยาว และมีโอกาสมีอาการกำเริบซ้ำจากการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและภัยคุกคามสุขภาพจากปัญหายาเสพติดเกิดปัญหาซับซ้อนในการดูแล อาศัยทีมฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายปฐมภูมิ 3 หมอ

กระบวนการทำงาน

ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือขั้นวางแผน (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล(Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ระยะที่ 3 ระยะประเมิน โดยการคืนข้อมูลสถานการสภาพปัญหาที่ได้จากประเมินวินิจฉัยชุมชน ผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ชุมชนและ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาส่งเสริมชุมชนให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและภัยคุกคามจากปัญหายาเสพติดในชุมชนร่วมกัน วางแผนการดูแลแก้ไขปัญหาร่วมกัน กำหนดเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพพื้นที่ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอผ่านกลไกการขับเคลื่อน (พชอ.) เชื่อมโยงสู่ระดับตำบล (พชต.) ครอบคลุม 5 ตำบล ในการดำเนินการขับเคลื่อนสร้างความเข้มแข็งเชิงรุก 4 สร้าง 2 ใช้ วัคซีนใจในชุมชน บูรณาการเสร้างพลังชุมชน เครือข่าย 3 หมอ

ให้มีศักยภาพและองค์ความรู้ในการดูแล เชื่อมโยงการพัฒนาระบบเข้าถึงบริการและการสร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพสู่ระดับตำบล ด้านการพัฒนาเครือข่าย ในการค้นหา เฝ้าระวังสัญญาณเตือนเสี่ยงก่อความรุนแรง 5 Red flags การสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ส่งต่อเข้าระบบการดูแลบำบัดรักษา (SMIV – Scan, SMIV – Care, SMIV - Case Manage, SMIV - Suicide, 3L : Look, Listen, Link) พรบ.สุขภาพจิต ประมวลกฎหมายยาเสพติด ภายใต้กลไกการสร้างความเข้มแข็งเชิงรุก 4 สร้าง 2 ใช้วัคซีนใจในชุมชน เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- การเสริมพลังชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในชุมชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ยาเสพติด
- การคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อร่วมกันระบุปัญหา ถอดบทเรียน พัฒนาระบบการดูแลร่วมกัน การประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดการมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักให้ความสำคัญส่งผลเชิงบวกต่อระบบการบริการ
- เกิดแกนนำเครือข่ายเข้มแข็งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดครอบคลุม 5 ตำบล จำนวน 250 คน
- ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการจัดระบบดูแลระยะยาวร่วมกับชุมชน เครือข่าย เสริมพลังบวกให้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- มีศูนย์คัดกรองให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด ครอบคลุม 5 ตำบล ครอบคลุมทั้งอำเภอ
- เครือข่าย อปท.,อบต. สนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ 5 ตำบล กำหนดเป็นวาระท้องถิ่นในการดำเนินการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง
- ระบบ Mobile Psychiatryติดตามผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับภาคีเครือข่าย เสริมพลังครอบครัว ชุมชนในการดูแลติดตาม

ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ชุมชนมีความเข้มแข็ง ผู้นำผู้บริหารให้ความสำคัญ การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมคิดวางแผน ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ ร่วมประเมินผล มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตและในระบบสุขภาพอำเภอสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพพื้นที่





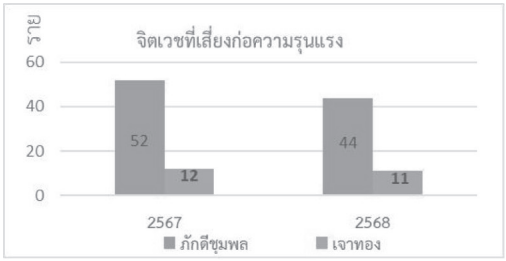

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

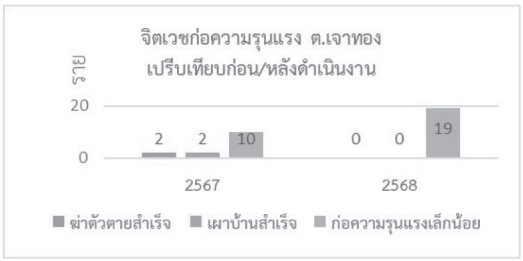
เส้นทางแสงพลังแห่งรัก รพ.สต.บ้านลาดชุมพล ต.เจาทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ

นายธนานนท์ ภู่เทศ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดชุมพล

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาด้านจิตเวชและยาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังของอำเภอภักดีชุมพล ปีงบประมาณ 2567 - 2568 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อเหตุความรุนแรง (SMI-V) มีจำนวน 52 และ 44 ราย จำนวนครั้งความเสี่ยงก่อเหตุก้าวร้าวรุนแรง 67 ,48 ครั้ง ตามลำดับ และตำบลเจาทอง พบว่ามีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ SMI-V มากที่สุดในอำเภอ คือ จำนวน 12 และ 19 ราย จำนวนครั้งความเสี่ยงก่อเหตุความรุนแรง 16 และ 11 ครั้งตามลำดับ และในจำนวนนี้เกิดเหตุรุนแรง ปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย เผาบ้านสำเร็จ 2 หลัง (ข้อมูล รพ.ภักดีชุมพล พ.ศ. 2568) จึงได้ดำเนินงานตำบลวัคซีนใจ และกำหนดปัญหาในพื้นที่ โดยใช้กลไกล 4 หัวใจแห่งขุนเขาในการดูแลนักเรียน (ผู้ป่วย) จากการจัดตั้งโรงเรียนแสงแห่งพลังรัก ให้เกิดความต่อเนื่อง ประกอบด้วย ครูดิน (อสม.) ครูน้ำ (ผู้นำชุมชน) ครูลม (สาธารณสุข) ครูไฟ (ตำรวจ/ปกครอง/อบต.) และมี นายก อบต. ร่วมเป็น ผอ.โรงเรียนดังกล่าว เป็นกลไกสนับสนุนด้านงบประมาณ ซึ่งบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเข้ากับ พชอ./พชต. โดยการมีส่วนร่วมจาก อปท.





กระบวนการทำงาน





ขั้นตอนที่ 1 จัดกิจกรรมประชาคมในพื้นที่เพื่อคืนข้อมูลให้ชุมชน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผนปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งโรงเรียนแสงแห่งพลังรัก ต.เจาทอง โดยขับเคลื่อนนโยบาย พชอ.สู่ พชต. และชักชวนภาคีเครือข่ายมาร่วมดำเนินงานในโรงเรียน ในโครงสร้างคุณครู 4 หัวใจแห่งขุนเขา ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ขั้นตอนที่ 3 ติดอาวุธทางปัญญา จัดอบรมหรือเสริมความรู้ให้กับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 จัดตั้งกลุ่มช่องทางสื่อสาร Line app เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมพลัง หรือให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 5 เสริมพลังใจให้ภาคีเครือข่าย ทีม 4 หัวใจแห่งขุนเขา เช่น ใบประกาศเกียรติคุณ ของรางวัลการดำเนินงานยอดเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 6 ส่งเสริมกิจกรรมความสุขของคนทำงานให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น บูรณาการงานเยี่ยมผู้ป่วยกับงานประจำอื่นๆ กิจกรรมถ่ายรูปคลิปวีดีโอสื่อสารสารความสุข สนุก ผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 7 ประชาสัมพันธ์งานผ่านสื่อโซเชียล เช่น Tiktok/Youtube เป็นรูปแบบนการติดอาวุธทางปัญญาให้กับกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 8 ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท และพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 9 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Soft skill) ที่มุ่งเน้นการให้ความรัก ความเห็นใจ กรให้คุณค่า โดยใช้สัมพันธภาพบำบัด







ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

การใช้ชุมชนเป็นเครื่องมือการบำบัด มีเครือข่ายสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตใจและยาเสพติดในชุมชนที่สามารถดำเนินงานได้เองโดยชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ภาคีเครือข่ายสามารถค้นหาและคัดกรองพบรายใหม่เพิ่มขึ้น จาก 12 ราย เป็น 19 ราย
- ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ ปี 2568 ไม่มีเหตุการณ์รุนแรง เช่น ฆ่าตัวตาย/เผาบ้าน
- ความพึงพอใจของครอบครัว/ชุมชนรูสึกปลอดภัย มากกว่าร้อยละ 80
- ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายทำงานได้ง่ายขึ้น มากกว่าร้อยละ 80

ปัจจัยความสำเร็จ

- การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชน ชุมชนดำเนินงานเกิดความเข้าใจและสร้างชุมชนต้นแบบเกิดขบวนการเรียนและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแลสอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ และการกำกับติดตามจากผู้บริหารและคณะกรรมการ พชอ./พชต.อย่างต่อเนื่อง

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

ภาคีเครือข่ายบางส่วนยังมีเจตคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ทำให้ได้รับการดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพไม่ครอบคลุม จึงควรจัดเวทีในการให้เพิ่มข้อมูลและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับชุมชนนั้นๆ หากยังไม่ลงมือจริงจังในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอดและขยายผล

ขยายผลนวัตกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถนำไปปรับใช้ สะดวก เหมาะสมกับทุกบริบทชุมชน

นวัตกรรมเด่น **แผงลอตเตอรี่คู่ใจ มีความห่วงใยมาให้**

กลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะแฝงอยู่ในชุมชน และจะเข้าถึงการบำบัดรักษาที่ล่าช้า แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือเกิดความยุ่งยากของการใช้เครื่องมือในการคัดกรองอาการทางจิต หรือขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพในการคัดกรองหรือให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น สังเกตจาก ปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วย/จำนวนครั้งของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ต.เจาทอง เพิ่มมากขึ้น และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ การเผาบ้านสำเร็จเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถคัดกรองภาวะสุขภาพจิตได้เพิ่มมากขึ้น ส่งต่อและติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อเหตุความรุนแรงด้วยนวัตกรรมดังกล่าว

วิธีการใช้งาน

1. ผู้ผ่านการอบรมนำนวัตกรรมไปใช้บูรณาการร่วมกับงานคัดกรองสุขภาพต่างๆในชุมชน
2. ผู้รับบริการเลือก Emotional Scale อารมณ์ที่ตนเองเผชิยอยู่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. เลือกใบน้าสีเขียวจะได้รับคำแนะนำเป็นเอกสารวิธีการดูแลสุขภาพจิต ประเมินซ้ำทุก 1 เดือน
4. เลือกใบหน้าสีเหลือง/แดง ให้ใบคำแนะนำเป็นเอกสารวิธีการดูแลสุขภาพจิต และเข้าใช้งาน Mental Health Check – in โดยประเมินด้วยตนเอง/ผู้อื่น หากไม่สะดวกให้ อสม.เก็บรายชื่อ/เบอร์โทรศัพท์ให้ รพ.สต. ประเมินติดตามต่อไป
5. เลือกใบหน้าสีดำ ให้ประเมินด้วยใบคำถาม 2Q Plus และส่งรายชื่อให้ รพ.สต.ทันที

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

1. ภาคีเครือข่ายมีการคัดกรองและให้คำปรึกษาภาวะสุขภาพจิตในชุมชน มากกว่าร้อยละ 80
2. อสม.มีการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับรับการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 80





พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน

นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอสำโรง ปี 2565 -2567 พบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 291, 298 และ 316 ราย ตามลำดับ และพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น เผาบ้าน ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้ชุมชนหวาดกลัว ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ขาดการติดตามต่อเนื่อง เสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำ จากสถิติปี 2567 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อความรุนแรงในชุมชนถึง 78 คน (24.68%) โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ ขาดยาเพราะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (80 %) ญาติไม่สามารถดูแลได้ (86%) และมีประวัติใช้สารเสพติดร่วม (74%) จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและลดการก่อความรุนแรงซ้ำอย่างยั่งยืน ครอบคลุมตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ในข้อที่ 17 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ข้อที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีก่อนหน้าและปีปัจจุบัน และข้อที่ 19 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตาม ดูแล เฝ้าระวัง ตามแนวทางที่กำหนด

กระบวนการทำงาน

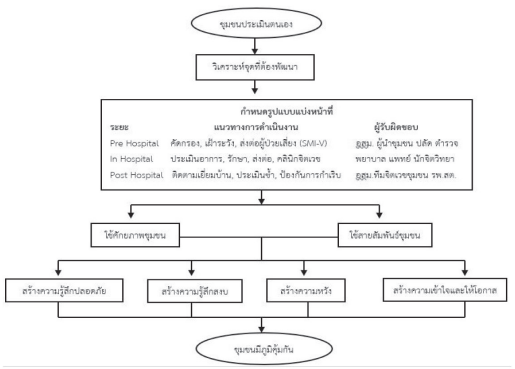
หลักการสำคัญ “ เข้าถึง เข้าใจ พัฒนา ”

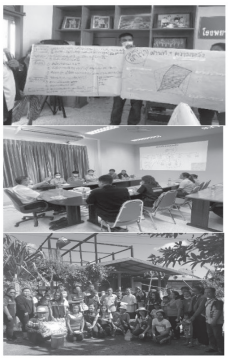
โดยใช้ **“วัคซีนใจ”** ซึ่งเป็นแนวคิดในการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักตามแนวคิด “P-A-O-R” ดังนี้

ขั้นที่ 1 วางแผน (Plan) มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน การแก้ไขปัญหาในชุมชน ครบทุกขั้นตอน ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นโยบายขับเคลื่อน สำโรง “กินดี อยู่ดี มีสุข”โดยวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ วางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการตามแผน ร่วมกับชุมชน บูรณาการกระบวนการ 4 สร้าง 2 ใช้ โดย**สร้างชุมชนให้สงบและปลอดภัย** ในระบบดูแล ตั้งแต่การดูแลป้องกันในชุมชน (Pre Hospital) การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล (In Hospital) และการดูแลหลังการบำบัด (Post Hospital) **สร้างชุมชนรู้สึกมีความหวัง** ระดมสมองออกแบบการดูแลร่วมกับชุมชน ประชุมเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้และชี้แจงแนวทางปฏิบัติ มีการกำหนดหน้าที่ในการปฏิบัติ **ขั้นที่ 2 ลงมือปฏิบัติ (Act)** โดย 1) Pre Hospital มีการคัดกรองเฝ้าระวัง ค้นหา วางแผนค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 2) In Hospital การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง วางแผนระบบดูแล โดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบแต่ละจุดในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ 3) Post Hospital เมื่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีอาการรุนแรง อาการทุเลา จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน **ขั้นที่ 3 สังเกตการณ์ (Observer)** มีการรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานตามแผน เพื่อการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น พบว่า การใช้รูปแบบแผนการดูแลโดยระบบ Pre Hospital, In Hospital และ Post Hospital ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลตามระบบ ตั้งแต่การเฝ้าระวังในชุมชน การได้รับ

การรักษาเมื่ออาการกำเริบฉุกเฉิน และได้รับการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง **ขั้นที่ 4 สะท้อนผล (Reflect)** จากกระบวนการดังกล่าวพบว่า “วัคซีนใจ” ไม่เพียงลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำ แต่ยังส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้ป่วย สร้างความเข้าใจและโอกาสจากชุมชน ก่อให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืน ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ภาพกระบวนการทำงาน





ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล ติดตาม เฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลตามระบบ

2. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเภท ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปี 2568 จำนวน 156 คน พบความเสี่ยงก่อความรุนแรง 123 คน (78.84%) สามารถติดตามประเมินอาการ และให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ ควบคุมอาการได้และไม่ก่อความรุนแรง จำนวน 118 คน (95.93%) และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอาการไม่ได้นำส่งโรงพยาบาลโดยปกครอง และตำรวจ จำนวน 33 คน (10.34%)

3. อัตราการก่อความรุนแรงลดลง ปี 2567 พบ จำนวน 78 คน (26.17%) ปี 2568 พบ 33 คน (10.34%)

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและยาเสพติด ต่อเนื่องในชุมชน

2. มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยาเสพติดในชุมชนทุกหมู่บ้าน อสม. ผู้นำชุมชน ปลัดอำเภอ อปท.ตำรวจ และคณะกรรมการ พชอ. ของอำเภอสำโรง

3. เกิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและยาเสพติด 5 รูปแบบ การประชุมระดมสมองผู้มีส่วนร่วม การอบรมให้ความรู้ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง มีมาตรการป้องกันการก่อความรุนแรง มีการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วเป็นระบบ มีการกำกับการกินยาและมาตรวจตามนัด

ปัจจัยความสำเร็จ

มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือบูรณาการ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ การทำงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นโยบายขับเคลื่อน สำโรง “กินดี อยู่ดี มีสุข” ทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น “วัคซีนใจ” คือรูปธรรมของพลังชุมชนในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ผ่านการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกระดับ ทั้งการวางแผน การดูแลผู้ป่วย และการติดตามต่อเนื่อง ไม่เพียงทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการฟื้นฟูชีวิต แต่ยังสร้างสังคมที่เข้าใจ เห็นคุณค่า และพร้อมดูแลกันและกันอย่างยั่งยืน

นวัตกรรมเด่น รูปแบบการติดตามอาการเตือนทางจิตกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการติดตามอาการเตือนทางจิตกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทและยาเสพติดในชุมชน เมื่อพบอาการกำเริบทำให้ประเมินอาการและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดอัตราการก่อความรุนแรงในชุมชนได้ ซึ่งนวัตกรรมนี้ได้รับ **รางวัลชนะเลิศ** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ระดับเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

สานพลัง พชอ. บ้านนาสาร ล้อมรักษ์ร่วมใจ ขจัดภัยยาเสพติด สุขภาพจิตดี อย่างยั่งยืน

นายสมชาย นาคทุ่งเตา *ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่มาและความสำคัญ

จากสถิติคดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอำเภอบ้านนาสารในปี 2567 พบว่าอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนทั้งสิ้น 612 คดี แยกเป็นดังนี้ คดีผลิต 32 คดี คดีจำหน่าย 32 คดี คดีครอบครอง 52 คดี คดีครอบครองเพื่อเสพ 24 คดี และคดีเสพยาเสพติด 472 คดี นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากการเสพสารเสพติด จำนวน 32 ราย การแพร่ระบาดของยาเสพติดถึงแม้จะดำเนินการแก้ไข แต่ยังพบปัญหาทั้งด้านตัวยาที่เข้าถึงได้ง่าย มีผู้ค้าในพื้นที่ สิ่งแวดล้อมในที่เอื้อต่อผู้ใช้ยาเสพติด การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาไม่ครอบคลุม ซึ่งบางส่วนได้สร้างความเดือดร้อน ก่อเหตุรำคาญ และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในหมู่บ้าน/ชุมชน จึงถือเป็นความเร่งด่วน ในการดำเนินงานกับปัญหายาเสพติดในพื้นที่

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านนาสาร (พชอ.) โดยนายอุทัย เทือกสุบรรณ นายอำเภอบ้านนาสาร ได้พิจารณาปัญหาจิตเวชและยาเสพติด เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร และให้ความสำคัญในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในชุมชน ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกับองค์ความรู้ทางสาธารณสุขมาใช้ในการดูแลจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาเสพติดตามบริบทพื้นที่

กระบวนการทำงาน

อำเภอบ้านนาสาร ได้ประยุกต์ใช้เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of Health System) มาปรับใช้ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชน โดยใช้กระบวนการ 7 เสาล้อมรักษ์

1. LEADERSHIP/GOVERNMENT
   - ผู้นำมีส่วนร่วม มุ่งมั่น ตั้งแต่กระบวนการวางแผนกำหนดพื้นที่ในการดำเนินงาน จัดหางบประมาณ
   - ขับเคลื่อนงานผ่าน พชอ. ส่งเรื่องต่อ ศป.ปส.อ.บ้านนาสาร
   - จัดทำ MOU มหาดไทยสีขาว สร้างพื้นที่ปลอดภัย หยุดยั้งยาเสพติด (Safe Zone No Drugs)
2. SERVICE DELIVERY

   - กำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด การส่งผู้ป่วยเข้าบำบัด และระบบการส่งต่อ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

   - มินิธัญญารักษ์ 10 เตียง 1 แห่ง
   - ศูนย์คัดกรองยาเสพติด 15 แห่ง
   - ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม 12 แห่ง
   - ศูนย์สร้างอาชีพในชุมชน 1 แห่ง

3. HEALTH WORKFORCE

   - มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน CBTx และมินิธัญญารักษ์เพื่อพัฒนาระบบบริการของอำเภอบ้านนาสารให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

- ส่งต่อความรู้ ให้กับหน่วยงานอื่น ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่าง ๆ เช่น การดำเนินงานการป้องกันภาวะวิกฤติอันตราย และการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx จัดโดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, การขับเคลื่อนสานพลัง กลไก พชอ. และเครือข่ายชุมชน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยชุมชนล้อมรักษ์ จัดโดย สสส.ภาคใต้

4. HEALTH INFORMATION SYSTEM

- ให้ศูนย์คัดกรองยาเสพติดสามารถบันทึกระบบ บสต.ได้อย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน โดยมี รพ.บ้านนาสารเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ
- มีกลุ่มไลน์ต่าง ๆ ในการสื่อสารกัน เช่น กลุ่มไลน์วิทยากร กลุ่มไลน์ ศป.ปส.อ. กลุ่มไลน์ค่ายบำบัดแต่ละค่าย

5. ASSESS TO ESSENTIAL MEDICINES

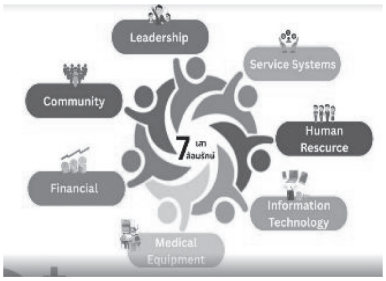
- กำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาล ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในการดูแลผู้เข้ารับการบำบัด
- แนวทางในการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่สามารถเลิกยาได้ เข้ารับการบำบัดต่อในระบบมินิธัญญารักษ์

6. FINANCING

- จัดหาทุนทั้ง ภาครัฐ และเอกชน เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรม

7. Community

- กิจกรรมคืนคนคุณภาพให้กับชุมชน เพื่อติดตามดูแล และสร้างอาชีพให้ผู้ผ่านการบำบัด โดยศูนย์คัดกรองยาเสพติด จะส่งข้อมูลในระบบ บสต. ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอำเภอบ้านนาสาร เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือ หรือ ส่งต่อไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม อปท.เพื่อให้การช่วยเหลือ ต่อไป



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. โครงการชุมชนล้อมรักษ์ ตำบลคลองปราบ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเหมืองแร่ 60,000 บาท กองทุนแม่ของแผ่นดิน 10,000 บาท สนามยิงปืนศรีสุราษฎร์ 5,000 บาท กลุ่มเป้าหมายจำนวน 43 คน

2. โครงการชุมชนล้อมรักษ์ ตำบลเพิ่มพูนทรัพย์ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากที่ปกครองอำเภอบ้านนาสาร 70,000 บาท สสจ.สุราษฎร์ธานี 25,000 บาท กลุ่มเป้าหมายจำนวน 43 คน

3. โครงการชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืนในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดยาเสพติด หมู่ที่ 2 และ 4 ตำบลน้ำพุ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 25 คน

4. โครงการชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืนในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดยาเสพติด หมู่ที่ 2 และ 6 ตำบลควนสุบรรณ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 29 คน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. นายอำเภอมีภูมิลำเนาเป็นชาวอำเภอบ้านนาสาร ให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ต้องการพัฒนาบ้านเกิดและมีนโยบายที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานราบรื่นด้วยแรงสนับสนุน ส่งเสริม และผลักดัน

2. ศักยภาพของผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชน มีความเข้มแข็ง มีจิตสาธารณ มีความเสียสละทุ่มเท ให้ความร่วมมือ เห็นความสำคัญกับปัญหาและการแก้ไขปัญหา สร้างระบบสู่ความยั่งยืนต่อไป

3. ความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในทุกระดับ ตั้งแต่ อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน มีการบูรณาการ การทำงานร่วมกัน

4. ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ของทีมบุคลากรบำบัดรักษาจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร อันประกอบด้วย โรงพยาบาลบ้านนาสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และลงตัว

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พชอ. Mueang Songkhla สานพลังชุมชน บูรณาการแบบไร้รอยต่อ

นางสาวสอาดะ พันธุสะ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่งคง เศรษฐกิจ และสังคม จังหวัดสงขลามีการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตาม Patient Journey ของจังหวัดสงขลา สถานการณ์ของอำเภอเมืองสงขลา พบ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1,300 คน จำแนกเป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด 845 คน ผู้เสพสารเสพติด 130 คน ผู้ติดสารเสพติด 325 คน ผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่ง SMIV จำนวน 102 คน (ข้อมูลจากระบบบสต., ระบบรายงาน DCIR รพ.สงขลา, รพ.จิตเวชฯ, 2567) เข้าสู่กระบวนการบำบัดตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดยังไม่สามารถเลิกได้ นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง SMI-V จำนวน 15 คน ที่ยังไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัด เนื่องจากครอบครัว ชุมชน และกฎหมายยังไม่เข้มข้นพอ ทั้งภาครัฐ ชุมชน แต่ละภาคส่วนต่างคนต่างทำยังไม่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ยังไม่มีการดึงศักยภาพในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลติดตามอย่างเป็นระบบก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนเป็นวงกว้าง

กระบวนการทำงาน

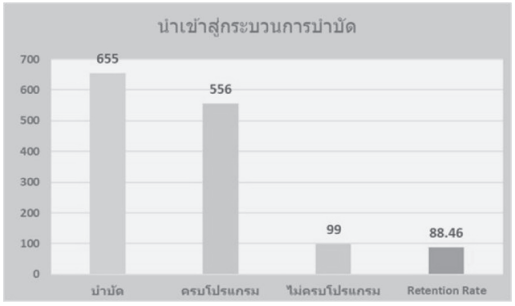
(1) เริ่มจากความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนล้อมรักษ์ ในแต่ละพื้นที่ มีการทำประชาคมในชุมชนเพื่อวิเคราะห์และกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของยาและสารเสพติดในชุมชน

(2) จัดทำฐานข้อมูลผังชุมชน วางแผน และ X-ray ชุมชน ค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยเฝ้าระวังแยกกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดเขียว เหลือง แดง และผู้ป่วย SMI-V เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามมาตรฐานตาม Patient Journey

(3) ด้านรักษา ฟื้นฟู ส่งต่อความยั่งยืน กลุ่มสีเขียวใช้กระบวนการ Mueang Model ไร้รอยต่อ ในการบำบัดและมีการขยายผลการจัดตั้งมินิธัญญารักษ์ในชุมชน เพื่อรองรับกลุ่มสีเขียว ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และ SMI-V รับการส่งต่อจากจิตเวชฯ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา และ CBTx

(4) การติดตามดูแลต่อเนื่อง 2 ศาสน์ในชุมชน Mueang Model ไร้รอยต่อ

(5) การบำบัดครบโปรแกรมส่งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อรับการช่วยเหลือในด้านส่งเสริมอาชีพ การศึกษาและคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ส่งต่อความยั่งยืนในชุมชน



ผลลัพธ์

(1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

(2) ผลลัพธ์ถึงประชาชน



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

(1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนการดำเนินงานและขานรับนโยบายประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน

(2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยกลไก พชอ. และความร่วมมือทุกภาคส่วน

(3) มีระบบแนวทางการเฝ้าระวัง ส่งต่อ ที่เชื่อมประสานแบบ 360 องศา

(4) มีการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน โดยครอบครัว ชุมชน สังเกตพฤติกรรมเสี่ยงได้จาก 5 สัญญาณเตือน หากพบสัญญาณเตือน 1 ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชนได้ตลอดเวลา

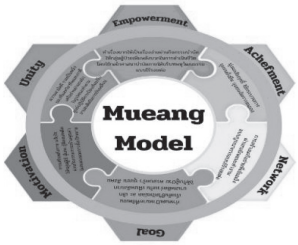
(5) การยอมรับ การให้โอกาส ลดการตีตราจาก ครอบครัว ชุมชน สังคม “ลดนักเสพหน้าใหม่ ใส่ใจคนเก่าเพิ่มการเข้าถึงบริการ”

นวัตกรรมเด่น

“ชุมชนล้อมรักษ์ต้นแบบ เกิดเป็น MUEANG Model”

แนวคิด **“MUEANG Model”** เพื่อทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืนการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบ มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมถึงการสร้างการยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้เสพกลับสู่สังคมและไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวซ้ำ โดยใช้กระบวนการ ดังนี้

M=Motivation การเสริมพลังกาย พลังใจให้กลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดผ่านกิจกรรม **ทักษะชีวิตการสร้างคุณค่าในตนเองและการตั้งเป้าหมาย**



U=Unity ความสามัคคี รวมเป็นหนึ่งของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายผ่านกลไกในรูปคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันแก้ไขยาเสพติดในการขับเคลื่อน

E=Empowerment ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่ายผ่านกิจกรรมบำบัดให้กลุ่มผู้ป่วยเพิ่มพลังบวกในการดำเนินชีวิตโดยใช้**กลไกศาสนาบำบัด**ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรมแบบไร้รอยต่อ

A=Achefment มุ่งผลสัมฤทธิ์ ใช้กระบวนการชุมชนยั่งยืน ชุมชนจัดการตนเอง

N=Network การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งผ่าน**กลไกคณะทำงานแบบบูรณาการแบบไร้รอยต่อ**

G=Goal กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เริ่มต้นชีวิตใหม่ลด ละ เลิกยาเสพติดร่วมกัน เพิ่มพลังบวกให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม

ผลลัพธ์การดำเนินงาน MUEANG Model

ตารางที่ 1 แสดงการ ลดการใช้สารเสพติดและกลับมาเสพซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน

จำนวน	ติดตามครบ	ลดการใช้สารเสพติด ระยะเวลา 3 เดือน	ไม่กลับมาเสพซ้ำ ระยะเวลา 3 เดือน	ลดการใช้สารเสพติด ระยะเวลา 6 เดือน	ไม่กลับมาเสพซ้ำ ระยะเวลา 6 เดือน
40	40	35	34 (85)	35 (87.5)	32 (80)

ตารางที่ 2 แสดงการติดตามกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด หลังการบำบัด ภายในระยะเวลา 1 ปี

กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด	Retention Rate	ร้อยละ	มีอาชีพ	ว่างงาน
ผู้ใช้ /ผู้เสพ	35	87.5	29	11

พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

พลังชุมชนเทพลีลาดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร

นางสาวเกศรา สุขทรัพย์สิน *หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คลินิกก้าวใหม่ พลัสลาดพร้าว,*
นางสาวโสภิต แกล้วกล้า *นักกสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว,*
นายไพรัช ใยมงคล *ประธานกรรมการชุมชนเทพลีลา*
และนางอารีภรณ์ อยู่ชั่วกัลป์ *หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม*

ที่มาและความสำคัญ

ในพื้นที่เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด รายเก่าจากปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ไม่พบรายใหม่ จำแนกตามระดับการประเมิน เป็นสีเหลืองทั้งหมด 9 ราย มีบันทึกผลติดตามดูแล จำนวน 1 ราย โดยมีชุมชนเฝ้าระวัง จำนวน 10 ชุมชน ชุมชนรักษาสภาพ จำนวน 3 ชุมชน ชุมชนเทพลีลาเป็นรักษาสภาพ ได้มีดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายสเสพติดตามโครงการชุมชนเข้มแข็ง โดยมีการตรวจพบผู้ใช้สารเสพติด 25 ราย เป็นชาย 17 ราย หญิง 8 ราย และเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรของชุมชนฯ ตามแผนของรัฐบาลที่เป็น “วาระแห่งชาติ” ซึ่งถือเป็นโครงการที่มีหลายหน่วยงาน ราชการเข้ามาเกี่ยวข้องโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายหน่วยงานที่รับผิดชอบในโครงการนี้คือ สถานีตำรวจนครบาลวังทองหลาง ทำงานบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) กับส่วนราชการอื่นๆได้แก่ สำนักงานเขตวังทองหลาง คลินิกก้าวใหม่ พลัส ลาดพร้าว ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว สำนักงานเขตวังทองหลาง คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและแกนนำชุมชนเทพลีลา ซึ่งนอกจากบทบาทของภาครัฐที่รับผิดชอบ โดยตรงต่อปัญหายาเสพติดแล้ว การแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ต้องอาศัยความร่วมมือผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ร่วมสร้างพลังร่วมในระดับชุมชนถึงระดับเขต

กระบวนการทำงาน

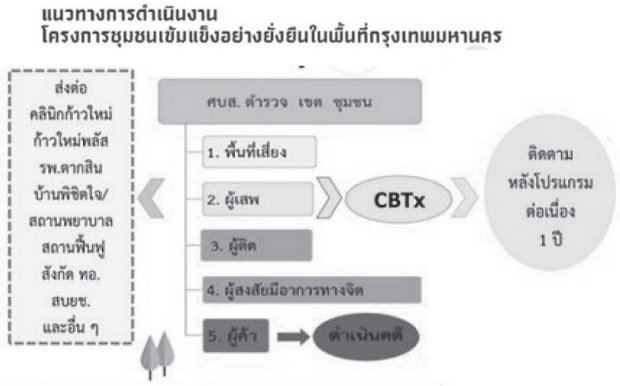
ขั้นตอนที่ 1 การทำงานเชิงรุกของผู้นำชุมชน บทบาทเด่นของผู้นำฝ่ายปกครองร่วมกับแกนนำในชุมชนในการปราบปรามและฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ ในการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของปัญหา สำรวจสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตในชุมชน พบว่ามีผู้เสพแต่ไม่มีผู้จำหน่ายยาเสพติด ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของปัญหาไม่มาก ผู้นำชุมชนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ง่ายขึ้น โดยเน้นการปราบปรามผู้จำหน่ายจนหมดจากพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูในชุมชน (บ้านยั่งยืน) ลดการตีตราผู้เสพและสนับสนุนให้เข้าถึงการบำบัดในชุมชนตนเอง ผู้นำมีบทบาทสูงในการขับเคลื่อนการทำงานทุกด้าน ทั้งการบำบัด ป้องกัน และสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของชุมชน “บ้านยั่งยืน” เพื่อรองรับผู้เสพที่ต้องการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้เยาวชน ผ่านกิจกรรมกีฬา ศิลปะ และอบรมคุณธรรมเพื่อป้องกันการเข้าสู่วงจรยาเสพติด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติดส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลลูกหลาน

ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะเยาวชนและผู้ปกครอง เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางและดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีการจัดตั้งกฎระเบียบภายในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางควบคุม ส่งเสริมพฤติกรรม และปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ส่งเสริมให้เยาวชนและผู้ปกครองร่วมมือในการป้องกันและฟื้นฟูปัญหา อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การแพร่ระบาดของยาเสพติด นักค้าในพื้นที่หมดไป ปัญหาอาชญากรรมต่างๆ ในพื้นที่ลดน้อยลง

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนาเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน ขยายผล “โมเดลเทพลีลา” เป็นต้นแบบของชุมชนเข้มแข็งในเขตเมือง โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการฯทั้งสิ้น 25 คน ผ่านการบำบัดแล้ว 23 คน โดยอีก 2 คน รอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลับคืนสู่สังคมและส่งเสริมให้มีงานทำแล้ว 19 คน โดยมี 4 คนส่งต่อของบทุนประกอบอาชีพจากเขตวังทองหลาง (คนละ 5,000 บาท)



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ประชาชนได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต เข้าใจสถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่มากขึ้น และรู้สึกปลอดภัยเมื่อไม่มีผู้จำหน่ายในชุมชน
- ประชาชนรู้สึกมีคุณค่า มีบทบาทร่วมในกิจกรรมของชุมชน เกิดความภาคภูมิใจ และพัฒนาศักยภาพผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนอื่น
- เด็กและเยาวชนมีทางเลือกเชิงสร้างสรรค์ ลดความเสี่ยงจากยาเสพติด ขณะที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นและมีบทบาทในการป้องกัน
- ผู้นำชุมชนมีบทบาทชัดเจน เข้มแข็ง และเป็นที่ไว้วางใจ สามารถผลักดันให้ผู้เสพเข้าถึงการบำบัดได้โดยไม่รู้สึกอับอายหรือต้องหลบซ่อน
- ผู้เสพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนฟื้นฟูได้จริง ขณะที่ชุมชนโดยรวมมีความร่วมมือ เข้มแข็ง และสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้นำชุมชนมีบทบาทเข้มแข็งและเชิงรุก ทำงานจริงจัง เด็ดขาด มีระบบ มีวิสัยทัศน์และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน สามารถความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประชาชน ผู้นำท้องถิ่น หน่วยงานรัฐ และองค์กรเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงสร้างพลังร่วมในระดับชุมชนถึงระดับเขต
- บริบทของชุมชนเอื้อต่อการดำเนินงาน ไม่มีผู้จำหน่ายยาเสพติดในพื้นที่ ทำให้ควบคุมปัญหาได้ง่าย ชุมชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหา ทำให้ชุมชนมีแผนงานและแนวทางการทำงานที่เป็นระบบครอบคลุม รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์บำบัดในชุมชน “บ้านยั่งยืน” ช่วยให้ผู้เสพเข้าถึงการดูแลฟื้นฟูอย่างใกล้ชิด ลดความรู้สึกตีตรา และสร้างความเป็นมิตร
- กิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมที่หลากหลายเด็กและเยาวชนมีทางเลือกที่ดี เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันและเฝ้าระวัง อีกทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอนจากการวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม ไปจนถึงการประเมินผล ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ (ownership) และความต่อเนื่อง
- การพัฒนาเครือข่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ขยายผล “โมเดลเทพลีลา”เพิ่มศักยภาพของชุมชนและยกระดับการทำงานร่วมกัน





นวัตกรรมเด่น

เครือข่ายเรียนรู้ “เทพลีลาโมเดล” พัฒนาชุมชนให้เป็นต้นแบบ และขยายผล ผ่านเครือข่ายระหว่างชุมชน เปลี่ยนภาพลักษณ์ของชุมชนเป็นชุมชนต้นแบบด้านการแก้ปัญหายาเสพติด คนในชุมชนมีความภาคภูมิใจ กล้าพูดถึงอดีตอย่างเรียนรู้ ไม่หลบซ่อน เยาวชนและผู้เสพได้รับโอกาส ไม่ถูกทอดทิ้งจากสายตาสังคมอีกต่อไป ชุมชนเทพลีลากลายเป็น “พื้นที่แห่งแรงบันดาลใจ” ให้กับชุมชนเมืองอื่น

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

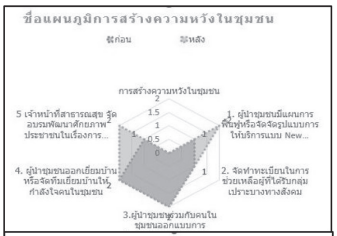
จุดพักใจ ป้องกันฆ่าตัวตาย ภายใต้ 3 หมอ บูรณาการผสานชุมชน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

นางสาวนริฌา สายยืด นางสาววิลาวัลย์ สุเดชมารค นางสาวอมรรัตน์ ปินคำ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันจังหวัดเชียงรายจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา จัดเป็นกลุ่มพื้นที่สีแดงในระดับประเทศไทยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8 คนต่อประชากรแสน จากสถิติเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมาในปี 2564 - มี.ค. 2568 ของเขตอำเภอพญาเม็งรายมีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 109 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 52 ราย ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่มีด่านกั้น (Barrier) ไม่มีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย, ครอบครัวหรือในพื้นที่ไม่มีความเข้มแข็ง, ไม่มีการปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตาย สาเหตุปัจจัยที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายคือภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.44, ติดสุราและสารเสพติดร้อยละ 28, ปัญหาความครอบครัวร้อยละ 22 และการเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 5.56 ตามลำดับส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องการพยายามฆ่าตัวตายอันดับแรกคือ ติดสุราและสารเสพติดร้อยละ 57.14, เจ็บป่วยโรคทางกายเรื้อรังรุนแรงร้อยละ 28.57, และความรักร้อยละ 14.29 จากที่ผ่านจึงมีโครงการต่างๆ เช่น การปฐมพยาบาลทางใจด้วย 3 ส, SMIV Care ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง,โครงการป้องกันฆ่าตัวตาย 4 Pillar, บำบัดสารเสพติดในชุมชนล้อมรักษ์ (CBTX) รวมถึงการพัฒนาและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

กระบวนการทำงาน



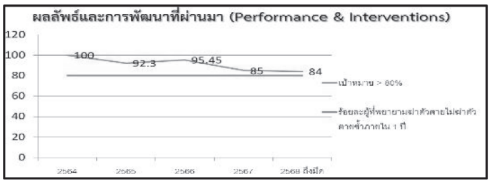


ขั้นตอนที่ 1 ในป้องกันการฆ่าตัวตัวตายด้วยการเสริมสร้าง “วัคซีนใจ” ในชุมชนเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน ให้ชุมชนมีสร้างเครือข่ายในชุมชน พระสงฆ์/ผู้นำศาสนา และเครือข่ายการศึกษาที่ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิต รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และมีประสานความร่วมมือทุกฝ่ายทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด ส่งเสริมการมีกิจกรรมที่ช่วยให้จิตใจแข็งแรง

ขั้นตอนที่ 2 นำหลักการ ทีม 3 หมอ พัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดโดยมี อสม./อสส. (หมอ 1) ดูแลเชิงรุก “เคาะประตูบ้าน” ให้การช่วยเหลือแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงและญาติครอบครัวส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. (หมอ 2) หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ร่วมกับสังเกตสัญญาเสี่ยงฆ่าตัวตายให้การช่วยเหลือเบื้องต้นปรึกษาส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) ให้คำปรึกษาแก่หมอ 2 เกี่ยวกับการดูแลวินิจฉัย รักษาโรคร่วมที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตายเช่นติดสุราสารเสพติดและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางจิตเวชในกรณีที่อาการจิตรุนแรงเพื่อบำบัดรักษา(ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ)พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแล Telepsychiatry ที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างทันท่วงที

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

จากกิจกรรม 3 หมอ ทำให้เกิดปัจจัยสำเร็จติดตามเพื่อพัฒนาต่อยอดการเฝ้าระวังครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปี ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิมร้อยละ 10 และได้รับการรักษาติดตามต่อเนื่อง ร้อยละ 80 ชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกันมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงานการประสานความร่วมมือบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอชุมชนเข้าใจและให้โอกาสใส่ใจดูแลสอดส่องมองหาแจ้งเหตุใส่ใจรับฟังและส่งต่อเชื่อมโยงภาคเครือข่าย





นวัตกรรม

ชื่อ “กล่องเซฟใจ SafeBox” ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม โรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้ปฏิบัติตามนโยบายทางด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการให้คำปรึกษาเคลื่อนที่และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึงรวดเร็ว ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “คนไทยมีหมอประจำตัวหรือ 3 หมอ”ที่ผลักดันให้แกนนำชุมชนและจิตอาสาร่วมกับบุคลากรจากรพ.สต.และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด **ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม** ลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้วยนวัตกรรมกล่อง SafeBox” กล่องพักเวลา” สำหรับเก็บสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น ยาเกินขนาด,มีดหรือของมีคม,เชือกหรือของใช้รัดตัวเองการแยกสิ่งของเหล่านี้ไว้ในกล่อง SafeBox ทำให้ผู้ป่วย “ได้หยุดคิดและมีเวลาทบทวนก่อนตัดสินใจ”ได้เขียนจดหมายให้กำลังใจ (จากตัวเองหรือคนที่ห่วงใย) ทำให้ผู้ป่วยมีบุคคลที่ขอความช่วยเหลือได้ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น และได้ปรึกษาหมอประจำตัวคนที่ 1 ให้การช่วยเหลือแนะนำได้อย่างทันที อยู่ใกล้ชิดเพื่อรับฟังหากผู้ป่วยต้องการพูดหมอคนที่ 1 ได้ประสานหมอคนที่ 2 ตามระบบอย่างชัดเจน และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสูงสามารถรับการรักษาวินิจฉัยส่งต่อแพทย์เฉพาะทางจิตเวชดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ

ปัจจัยความสำเร็จ

การป้องกันเป็นการดำเนินการที่จำเป็นต่อการลดอัตราการฆ่าตัวตายในสังคมและการสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพจิตให้แก่ผู้ที่ใช้สารเสพติดจนสามารถผ่านพ้นไปได้และยังทำให้ชุมชนคืนสู่ภาวะปกติใช้หลักการ “4 สร้าง” ได้แก่ 1. สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) 2. สร้างความตระหนักไม่ตระหนก (Calm) 3. สร้างความหวัง (Hope) 4. สร้างความเข้าใจใส่ใจและให้โอกาส (Care) เชื่อมโยงแบบการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและการรักษาสารเสพติดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนชีวิตได้กลับมาใช้อย่างมีคุณภาพและลดความเสี่ยงจากการพยายามฆ่าตัวตาย

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

การรักษาแบบบูรณาการร่วมด้วยการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตพร้อมกับการรักษาอาการเสพติดยังไม่สามารถลดโอกาสในการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างจริงจัง การรักษาควรให้ความสำคัญทั้งด้านสุขภาพจิตและการบำบัดจากสารเสพติดไปพร้อมๆกัน และการสร้างการตระหนักรู้ในชุมชนเพื่อช่วยให้บุคคลในชุมชนสามารถตรวจจับสัญญาณที่อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการช่วยเหลือได้ทันเวลา ดังนั้นจึงได้มีนวัตกรรมขึ้นมาใหม่

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

1. ข้อเสนอแนะในการต่อยอดในการทำวิจัยเพื่อประสิทธิผลของการสร้างสุขภาพจิตและสารเสพติดในการยกระดับการให้บริการในระบบสุขภาพ เช่น พัฒนาศูนย์ดูแลร่วม (Integrated Care Center) ที่มีบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติดควบคู่กัน

2. สร้างหลักสูตรการเสริมพลัง (Empowerment) ให้กำลังใจกับอาสาสมัคร เช่น อสม.พระภิกษุสงฆ์/ผู้นำชุมชน และกลุ่มครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติด

3. สร้างเครื่องมือ/ช่องทางให้เข้าถึงได้ง่าย พัฒนาแอปพลิเคชันหรือไลน์แชทบอทที่เสถียรภาพ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยใช้หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ ในการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสร้างระบบติดตามผู้ที่อยู่ระหว่างการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ พร้อมวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตและพฤติกรรมให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น






ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

3 หมอบูรณาการผสานภาคีเครือข่าย ค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

นายสุริยา นาดี *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอวิเชียรบุรีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มปัญหาหารฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น มีสถิติของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพบว่าในปี 2565 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 27 ราย และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 12 ราย คิดเป็น 9.1 ต่อแสนประชากร ปี 2566 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 43 ราย และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 20 ราย คิดเป็น 15.43 ต่อแสนประชากร และปี 2567 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 36 ราย และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย คิดเป็น 1.54 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีกลุ่มวัยทำงานอายุ 29-59 ปี ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงสุดแต่ไม่สำเร็จโดยกินยาเกินขนาด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 50 มีโรคทางกายเรื้อรังและโรคทางจิตเวช และมีปัญหาด้านความสัมพันธ์เป็นปัจจัยกระตุ้น นอกจากนี้ จากการประชุมเครือข่ายสุขภาพจิตร่วมกับแกนนำชุมชนอำเภอวิเชียรบุรีและการให้คำปรึกษาแก่ญาติของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทำให้ทราบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจและละเลยสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย จากผลการศึกษาของโครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยพบว่า การฆ่าตัวตายของบุคคลในแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1.) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง 2.) มีปัจจัยกระตุ้น 3.) ด่านกั้นล้มเหลว 4.) การเฝ้าระวังล้มเหลว 5.) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565) (ธรณินทร์ กองสุข, 2567) ดังนั้นอำเภอวิเชียรบุรี จึงมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการใช้กลไก 3 หมอ ที่มุ่งเน้นการบูรณาการผสานภาคีเครือข่ายร่วมกับ พชอ. เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย การขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ที่ผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/จิตแพทย์ ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด เพื่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การให้ความช่วยเหลือและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

กระบวนการทำงาน

1. จัดประชุมภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตและเชิญคณะกรรมการ พชอ. /ประธานและเลขา พชอ. ทุกตำบล เข้าร่วมประชุมโดยนำปัญหาการฆ่าตัวตายและจิตเวชฉุกเฉินเข้าเป็นประเด็น พชอ.

2. มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอวิเชียรบุรี และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ

3. จัดอบรมการพัฒนาศักยภาพครู ก เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยใช้กลไก 3 หมอ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ และนำหลักการทีม 3 หมอมาใช้ดังนี้ **อสม. หมอที่ 1** หมอใกล้ตัว จะเป็นด่านหน้าที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ต้องสามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ได้ **รพ.สต.จนท.สาธารณสุข หมอที่ 2** หมอใกล้บ้าน จะเป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสม. ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนประสานความช่วยเหลือทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือการคัดกรอง/ค้นหา ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินผู้ใช้สารเสพติด เพื่อนำเข้าสู่การรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ด้วย 8Q ทุก 1 เดือน และฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้เฝ้าระวังสัญญาณเตือน **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/จิตแพทย์ หมอที่ 3** หมอใกล้ใจ จะเป็นผู้วินิจฉัยให้การดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย ที่ครอบคลุมไม่เฉพาะปัญหาทางจิตเวช แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยทางครอบครัว สังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับแพทย์เฉพาะทางได้

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้กลไก 3 หมอ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ทำให้ในปีงบฯ 2567 จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง
- ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้ กระบวนการพยาบาล ทั้ง 13 ขั้น (Patient care process) ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- มีการติดตามและเฝ้าระวังครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างต่อเนื่องในชุมชน ครบ 100% ไม่มีการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีกลไกการบริหารจัดการผ่านภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตและ พชอ. ส่งผลให้การปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกรวดเร็วทุกหน่วยงานรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น
- ชุมชนมีความเข้าใจและให้โอกาสผู้พยายามฆ่าตัวตาย ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง



นวัตกรรมเด่น

“นวัตกรรม สติ๊กเกอร์ 3 หมอ 3 ส. ขอดูแลคุณ”



ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

พลัง พชอ.สร้างเครือข่ายชุมชน ผลสำเร็จของงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

นายพลภัทร คณานนท์ *ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอไพศาลี*
หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

ที่มาและความสำคัญ

ในปี 2567 อำเภอไพศาลี มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 426 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 163 ราย ประกอบกับในปี 2567 อำเภอไพศาลีพบปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 15 ราย และพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 32 ราย ในปี 2568 (ต.ค.67 - มี.ค.68) ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 11 ราย และพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 14 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงนับเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนของอำเภอไพศาลี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไพศาลี (พชอ.) ได้คัดเลือกเป็นปัญหาสำคัญลำดับที่ 1 มีแนวทางแบ่งค้นหาและแบ่งผู้ป่วยจิตเวชผ่านการคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยจิตเวช แยก เป็นสีเขียว 407 คน สีเหลือง 18 คนและสีแดง 1 คน คิดเป็นรอยละ 83.68, 13.25 และ 3.07 ตามลำดับ

อำเภอไพศาลีจึงกำหนดเป็นนโยบายสำคัญ ใช้กลไกการประชุม พชอ.กำหนดแนวทาง ร่วมวางแผน และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนเชิงรุกในชุมชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุม ผ่านกลไกการทำงาน 3 หมอ ผลักดันให้ทำงานร่วมกับชุมชนเป็นเครือข่ายในทุกหมู่บ้าน มีระบบการประสานงานอย่างไร้รอยต่อ เกิดประโยชน์สูงสุดให้ประชาชน

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนในการแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดการฆ่าตัวตายในชุมชน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล โดยมีทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นพี่เลี้ยง เริ่มตั้งแต่ การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน ดำเนินการตามแผน สร้างความร่วมมือในทุกระดับทุกด้าน ทั้งด้านทรัพยากร คน เงิน ของ ด้านกลวิธีปฏิบัติ ฯ

ขั้นตอนที่ 2 นำหลักการทีม 3 หมอมาใช้ดังนี้ ให้ อสม. (หมอ 1) หมอประจำบ้าน ร่วมทีมกับ 5 กัลยานิมิตในชุมชน ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. ญาติ และขวัญใจ มาเป็นด่านหน้า ซึ่งมีความใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว สังเกตสัญญาณเตือน ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ติดตามการทานยาและสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากรพ.สต. (หมอ 2) เป็นทีมพี่เลี้ยงเชื่อมต่อในการดูแล และคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต สามารถความช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง และการติดตามการบำบัดของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหมอครอบครัว (หมอ 3) เป็นผู้วินิจฉัยให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยสารเสพติด ร่วมวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทางครอบครัว สังคม เพื่อให้เกิดการดูแลชวยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ

ขั้นตอนที่ 3 คณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชต.มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านกลไกการทำงานอย่างมีส่วนร่วม แก้ไขปัญหา ประสานส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การทำงานอย่างต่อเนื่อง





ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ผู้ป่วยสุขภาพจิต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาการก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชนเกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริม พลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน
- มีระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยเครือข่ายชุมชนในทุกหมู่บ้าน ลดปัญหาการฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยยาเสพติด มีรูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยกลไกการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การดำเนินงานผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเชื่อมโยงการทำงานผ่านกลไกการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
- รูปแบบการดำเนินงานการทำงานผ่านแนวทาง เก้าเลี้ยวโมเดล ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน
- ภาคีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ผ่านแนวทาง 3 หมอ มีการประสานงานแบบไร้รอยต่อ







นวัตกรรมเด่น

ไพศาลีโมเดล ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไก พชอ. เชื่อมต่อ พชต. สู่ 5 กัลยาณมิตรในชุมชน

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

3 หมอดูแลใจ ป้องกันภัยร้ายจากยาเสพติด งานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี

นางสาวกันวีย์ ถาวรีย์พัฒน์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในพื้นที่ตำบลบางสีทอง พบว่า ในปี 2568 มีรายงานผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาโรงพยาบาลบางกรวยจำนวน 79 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาจำนวน 3 ราย ผู้ที่ได้รับการคัดกรองยาเสพติดกำลังเข้ารับการบำบัดจำนวน 4 ราย และจากข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต.บางสีทอง ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชอื่นอีก ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง จากข้อมูลการติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่า ผู้ป่วยและญาติโดยส่วนใหญ่ยังมี **“ความรู้สึกเป็นตราบาป”** อายและกลัวการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ไม่ยินยอมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยบางรายที่มีความต้องการแหล่งสนับสนุนพลาดโอกาส นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หลายคนยังขาดความรู้ความเข้าใจ มีความกลัวและกังวลในวิธีการและขั้นตอนการคัดกรองเบื้องต้น ขาดความมั่นใจที่จะดูแลผู้ที่มีปัญหา โดยเฉพาะในรายที่ต้องเฝ้าระวังอาการที่สุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนยังต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง ซึ่งความสำเร็จของการดำเนินงานในชุมชนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนโดยเฉพาะทีม 3 หมอและทีมคลินิกหมอครอบครัว(PCU) ในการสร้างความตระหนักรู้ สร้างความรู้ความเข้าใจในการ คัดกรองและให้การดูแลที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดจะเป็นบันไดขั้นแรกที่จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาและความรุนแรงในชุมชนได้

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 การคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดและการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด พร้อมสถาปนาหมอคนที่ 1 ให้เป็นหน้าที่ของทุกคนที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการใน 2 เวที ได้แก่ เวทีการคืนข้อมูลของโรงพยาบาลบางกรวย เวทีการพัฒนาศักยภาพเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตและการสังเกตสัญญาณเตือน S-MIV ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนเพื่อหาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยมีการดำเนินกิจกรรมผ่านทีม 3 หมอ โดยมีการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะความร่วมมือของทีม 3 หมอและทีมคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) ในพื้นที่ **นอกจากนั้นแล้วจากประเด็นการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1** พบว่า ต้องติดอาวุธทางปัญญาให้หมอคนที่ 1 เพื่อให้ค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ให้กำลังใจ เห็นช่องทางช่วยเหลือเอื้อเฟื้อ และส่งต่อ (Look Listen & Link) ค้นหาผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2 q+ ค้นหาผู้มีอาการทางจิตเวช ด้วย 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอนเดินไปมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง โดยชุมชน หากพบความเสี่ยง ส่งต่อหมอคนที่ 2 ประเมินอาการให้คำปรึกษา โน้มน้าวและหากลวิธีในการประสานและส่งต่อหมอคนที่ 3 เพื่อประเมิน วินิจฉัยโรค และให้การบำบัดรักษา รวมถึงการประสานและส่งต่อ CM ระดับอำเภอดำเนินการต่อในขั้นตอน post hospital “ใช้ชุมชนเป็น ward”

ขั้นตอนที่ 3 นำหลักสูตร 3 หมอ การดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด มาพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอ ดังนี้

- **หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน** คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน คัดกรอง ให้คำแนะนำ ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น
- **หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข** คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย
- **หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว** คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและแนวทางการพัฒนากระบวนการดำเนินงานการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการใช้เวทีตามขั้นตอนที่ 1 ซึ่งกล่าวมาแล้วนั้นในการพูดคุยระดมสมองเพื่อประเมินผลและพัฒนาเชิงระบบ พบว่า **key success factor คือ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหมอที่ 1 (พบเร็ว ส่งต่อ ติดตาม)** ซึ่งมีแนวทางในการพัฒนา คือ การกำหนดบทบาทหน้าที่และมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างชัดเจน รวมถึงการบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- เกิดทีม Mental Health Leader ในชุมชน จำนวน 32 คน ที่สามารถสังเกตสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือน S-MIV สามารถใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้
- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการติดตามผู้มีปัญหา พร้อมให้การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบได้
- วางแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงร่วมกับ อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- สรุปผลการดำเนินการคัดกรองและติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน พร้อมร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ปัญหาการใช้สารเสพติดและจิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว S-MIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของสมาชิก อสม. และเครือข่ายในชุมชน
- ความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน ทั้งจากประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชน ทีม 3 หมอในพื้นที่และทีมหมอครอบครัว (PCU) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) หน่วยงานปกครองอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลบางกรวย ตำรวจ และเทศบาลตำบลบางสีทอง
- การจัดทำโครงการและมี MOU ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดำเนินงาน “พื้นที่สีขาว ปลอดยาเสพติด”

นวัตกรรมเด่น

MindCheck+ (นวัตกรรมการ์ดคัดกรองสุขภาพจิตและยาเสพติด)





การ์ดคำคัดกรองสุขภาพจิตและสารเสพติด พร้อมสมุดคู่มือการใช้งาน เป็นเครื่องมือสำคัญที่ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้ อสม. สามารถประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของคนในชุมชนได้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น เพราะมีการรวมคำถามหลายชุดไว้ในเครื่องมือเดียว ไม่ต้องใช้แบบแยกกัน ทำให้ลดความยุ่งยากและประหยัดเวลาได้มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้คนที่อาจกลัวหรืออายที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง รู้สึกสบายใจและเปิดใจมากขึ้น เพราะการ์ดนี้ออกแบบมาให้ดูเป็นกันเองและสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สามารถบันทึกและติดตามข้อมูลได้เป็นระบบ ทำให้เมื่อมีการประเมินแล้ว สามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องและกรณีที่พบเจอความเสี่ยงสามารถส่งต่อให้เข้าสู่ระบบบริการต่อไปได้

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

Banglen Happy Home

นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมเป็นอำเภอขนาดใหญ่ที่ใกล้พื้นที่กรุงเทพมหานครมีประชากรตามทะเบียนราษฎร์จำนวน 71,319 ราย อีกทั้งมีประชากรแฝงจำนวนมากทั้งคนไทยและต่างชาติ ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ตั้งแต่ปัญหาการระบาดของผู้ใช้ยาและสารเสพติด พบว่ามีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในเรื่องปัญหาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น จากสถิติตั้งแต่ พ.ศ.2565 - 2568 พบว่า ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จำนวน 40, 201, 75, 286 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) จำนวน 7, 16, 32, 26 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อเหตุซ้ำ จำนวน 3, 1, 6, 1 ราย ตามลำดับ จากสถิติตั้งแต่ พ.ศ.2566 - 2568 พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 29, 57, 44 ราย ตามลำดับ และพบประชาชนในพื้นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 5, 6, 4 ราย ซึ่งการดูแลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดในผู้ป่วยรายเดิมและผู้ป่วยรายใหม่ ดังนั้นการพัฒนาระบบรูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดด้วยระบบ 3 หมอ จึงเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และต่อเนื่องนั้น ต้องพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ ความสามารถและความร่วมมืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนทั้งต่อประชาชนผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด เจ้าหน้าที่และชุมชน

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 บทบาทหมอที่ 3 ในการสร้างความรู้ เรื่องสุขภาพจิต ปัญหาจิตเวชและยาเสพติด และการเฝ้าระวังการกำกับติดตามความรุนแรงในชุมชนจากปัญหาจิตเวชและยาเสพติด ด้วยหลักการ KAP (Knowledge – Attitude - Practice) ได้แก่ การสร้างความรู้ที่จำเป็น การปรับทัศนคติ และการฝึกปฏิบัติให้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะในการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือเบื้องต้น ในการป้องกันเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 บทบาทหมอที่ 2 ในการสร้างกระบวนการทักษะการทำงานสุขภาพใจด้วยหลักการ Cure ที่เน้นการประเมิน คัดกรอง ประชาชนในชุมชนเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาเพื่อนำผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา โดยใช้กระบวนการ 7 A (Add & Ask – Awareness – Acknowledge – Acceptance – Assessment – Action - Appreciation) ได้แก่ การสร้างความมีส่วนร่วมและลดข้อสงสัยต่อกัน การสร้างความตระหนักรู้ในปัญหาตนเอง การร่วมหาข้อมูลที่แท้จริงในชุมชน การยอมรับปัญหาสถานการณ์อย่างแท้จริง การร่วมประเมินข้อมูลในพื้นที่ร่วมกัน การลงมือปฏิบัติร่วมกัน และการชื่นชมซึ่งกันและกันตลอดกระบวนการร่วมกับ

ชุมชน โดยหมอ 2 เป็นผู้ดูแลบริหารจัดการระบบให้มีคุณภาพและมีความต่อเนื่อง หมอ 3 เป็นพี่เลี้ยงกำกับติดตามในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 บทบาทหมอที่ 1 ในการนำความรู้สู่การปฏิบัติ ด้วยหลักการ Care ที่เน้นการดูแล เฝ้าระวัง ประคับประคอง โดยใช้กระบวนการ 3 อยู่ (อยู่ด้วย - อยู่ได้ - อยู่ดี) โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแนวคิดจากการลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน เป็นความเข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกัน ได้แก่ 1) อยู่ด้วย คือ การสร้างความรู้สึกปลอดภัยด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในการอยู่ร่วมกันในชุมชน 2) อยู่ได้ คือ ความรู้สึกปลอดภัยและการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย) 3) อยู่ดี คือ ความรู้สึกปลอดภัย การรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร่วมกับชุมชนและประชาชนในพื้นที่

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดทุกราย จำนวน 26 ราย ด้วยระบบ 3 หมอร่วมกับชุมชน โดยพบการเกิดความเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 1 ราย และสามารถนำเข้าสู่การบำบัดรักษาก่อนเกิดเหตุก้าวร้าวรุนแรง
- สามารถเฝ้าระวังป้องกันการเกิดเหตุก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในรายเดิมได้ทุกราย และสามารถนำเข้าสู่การบำบัดรักษาได้เร็วก่อนเกิดเหตุไม่พึงประสงค์
- ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่ได้รับการยอมรับในการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน “ลดการตีตรา” สามารถเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมชุมชนได้มากขึ้น จากเดิมต้องแอบ แยกตัวจากชุมชน
- ประชาชนในพื้นที่มีความรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัยในชุมชนตนเอง

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และชัดเจน
- ความร่วมมือจาก ทีม 3 หมอ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่รับผิดชอบร่วมกันด้วยความรู้สึก “เป็นเจ้าของชุมชน”
- การกำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ ร่วมกันด้วยความซื่อสัตย์ ตั้งใจรับฟัง ไม่ตัดสิน ไม่กล่าวโทษ เคารพซึ่งกันและกัน แต่ใช้วิธีการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกันแทน






นวัตกรรมเด่น



ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

3 หมอบูรณาการผสานชุมชน ดูแลผู้ป่วย SMI-V

นางสาวยุพา ฝาดแสนศรี *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์สุขภาพจิต อำเภออุบลรัตน์ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มปัญหาหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง SMI-V ที่สูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วย SMIV 3 ราย ในปี 2567 มีผู้ป่วย SMIV 13 ราย และในปี 2568 มีผู้ป่วยSMI-V จำนวน 20 ราย จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการค้นหาและการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนต่อไป และยังมีผู้ป่วยที่ อำเภออุบลรัตน์ จึงกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “คนไทยมีหมอประจำตัวหรือ 3 หมอ” ที่ผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด

กระบวนการทำงาน

Pre hospital

1. พัฒนาศักยภาพทีมนำในชุมชน หมอ อสม.ประชาชนทั่วไป ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy) ในแต่ละกลุ่มวัยและกลุ่มเฉพาะ เช่น วัยรุ่น หรือกลุ่มเปราะบาง ผ่านช่องทางออนไลน์ และระดับหน่วยงาน หรือชุมชน **ให้สามารถค้นหา เฝ้าระวังสัญญาณเตือนสุขภาพจิตและจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรง SMIV ในชุมชน**
2. ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

- **โรงเรียน** จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ที่พบบ่อยในวัยรุ่น และในชุมชน โดย เน้นกิจกรรมที่โรงเรียนและสร้างสื่อ online เกี่ยวกับให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และยาเสพติด และมีช่องทางให้คำปรึกษาหรือประสานงานหากพบภาวะเสี่ยง เกิดระบบดูแลช่วยเหลือโรงเรียนและโรงพยาบาล
- **ชุมชน** สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยการสื่อสารองค์ความรู้ สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด และสัญญาณสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรง

In hospital

1. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการและการดูแลต่อเนื่อง ให้เหมาะแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัย กลุ่มปัญหาเฉพาะด้าน เช่น จิตเวชยาเสพติดและนิติจิตเวช เป็นต้น จนผู้ป่วยสามารถคืนสู่สุขภาวะ (Recovery) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. มีการให้บริการเชิงรุก และการติดตามอาการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่อง สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ประสานเครือข่ายในชุมชนให้ความช่วยเหลือ

Post hostpital

1. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องและติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ขาดนัด

2. การประสานงานเพื่อเตรียมชุมชนกรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพิ่มช่องทางการประสานทีมสหวิชาชีพผ่านระบบ Social media เช่น Line กลุ่ม

3. สร้างวัคซีนใจในชุมชนผลักดันการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตเวชและการทำร้ายตนเองผ่านการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ผลลัพธ์ถึงประชาชน



1. มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติดที่ชัดเจนในระดับอำเภอและสามารถเชื่อมต่อกับชุมชนได้แบบไร้รอยต่อ

2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติดได้รับการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด ฟื้นฟูดูแลและติดตามเยี่ยม จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ปัจจัยความสำเร็จ



1. มีภาคีเครือข่ายบูรณาการทำงานที่เข้มแข็ง ประสานความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

2. มีการลงพื้นที่เชิงรุกทั้งในชุมชน โรงเรียน เพื่อค้นหา คัดกรองและสื่อสารความรอบรู้สุขภาพจิต รวมถึงการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ชุมชนให้ความสำคัญ เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนปลอดภัย



นวัตกรรมเด่น

เครือข่ายทีมอ้อมรัก : ทีมชุดปฏิบัติการอ้อมรักเครือข่ายชุมชนผู้ใกล้ชิดกับต้นน้ำของปัญหาอย่างแท้จริง จะทำให้เราช่วยเหลือดูแลแก้ปัญหาได้ตรงจุด และเกิดความยั่งยืนที่แท้จริงขอเพียงชุมชนร่วมมือกันในท้ายที่สุดผู้ป่วยต้องกลับเข้าสู่ชุมชน และต้องอยู่ร่วมกับชุมชน

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

“เพื่อนบ้านรู้ทัน” ทีม 3 หมอ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน โรงพยาบาลนาทม อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

โรงพยาบาลนาทม อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

ที่มาและความสำคัญ

การฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดนครพนม จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในช่วงที่ผ่านมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 - 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ 8.3 ต่อแสนประชากร คือ 9.05 และ 8.50 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 มีแนวโน้มลดลง คือ 7.70 ต่อแสนประชากร แต่ในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็น 8.90 ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์รายอำเภอพบว่าปีงบประมาณ 2567 อำเภอนาทมมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 12.62 ต่อแสนประชากร โดยปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาคือติดสารเสพติด ร้อยละ 66.67 และป่วยด้วยโรคจิตเวช (โรคจิตเภท) ร้อยละ 33.33 ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ เกิดพิษหรือฤทธิ์สารเสพติดที่เสพ ร้อยละ 66.67 และประสบปัญหาชีวิต ร้อยละ 33.33 มีสัญญาณเตือน ร้อยละ 33.33 จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดสร้างกลยุทธ์ระบบการดูแลและป้องกันที่ครอบคลุม ยั่งยืน และมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตลอดจนประหยัดงบประมาณ นวัตกรรม “เพื่อนบ้านรู้ทัน” แอพลิเคชั่นกลุ่มไลน์ของเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการส่งต่อความรู้ให้กับประชาชน และรายงานส่งต่อข้อมูล (ม้าเร็ว) จากการสอดส่องผู้ที่มีความเสี่ยงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือก่อนเกิดผลกระทบ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ทีม 3 หมอดูแลประชาชนครอบคลุมในมิติส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา

กระบวนการทำงาน

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย วางรูปแบบเป็น 3 ระยะ ดำเนินการพัฒนารูปแบบ R&D เป็นระบบที่มีการพัฒนาและบูรณาการขึ้นเพื่อทำการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยวางรูปแบบเป็น 3 ระยะดังนี้

1. **การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับชุมชน** เริ่มจากการประชุมร่วมกันของ หมอ 1: อสม. หมอ 2: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. และหมอ 3: บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในรพช. การชี้แจงวัตถุประสงค์ และการกำหนดแนวทางการสร้างกลุ่มไลน์ของแต่ละเขตรับรับผิดชอบ ตลอดจนการกำหนดบทบาทของทั้ง 3 หมอ
2. **การเสริมสร้างศักยภาพ**
   - **หมอที่ 1** ในการให้ข้อมูล และคำแนะนำเบื้องต้น รวมถึงการเฝ้าระวังคัดกรองปัญหาในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
   - **หมอที่ 2** ในการคัดกรองอย่างละเอียด และประเมินให้การดูแลเบื้องต้น
   - **หมอที่ 3** ในการประสานงานส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะทางและติดตามผลการรักษา
3. **การติดตามผลความก้าวหน้าและวัดผลความสำเร็จของการใช้มาตรการ**

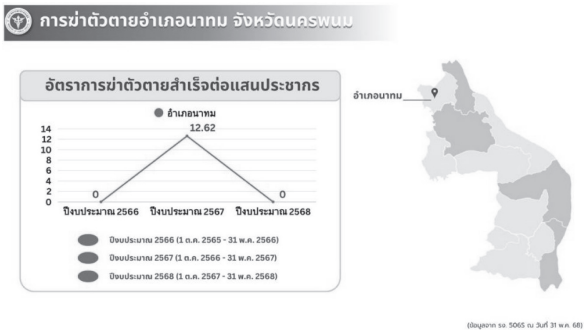
ผลลัพธ์

1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 3 ตำบล 38 หมู่บ้าน พบว่ามีการสร้างกลุ่มไลน์จำนวน 6 กลุ่มไลน์ ครอบคลุมทุกเขตรพ.สต. โดยในกลุ่มไลน์มีอสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในรพ.นาทม

2. ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ก่อนเกิดนวัตกรรมพบว่า อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเขตอำเภอนาทมในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566) และ 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 พฤษภาคม 2567) เท่ากับ 0 และ 12.62 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับห้วงเวลาเดียวกันปีงบประมาณ 2568 พบว่าลดลงเหลือ 0 ต่อแสนประชากร ผลลัพธ์จากนวัตกรรม “เพื่อนบ้านรู้ทัน” พบว่ามีจำนวนรายงานติดตามเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 4 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มติดตามในระบบเฝ้าระวัง



นวัตกรรมเด่น

1. ชื่อนวัตกรรม

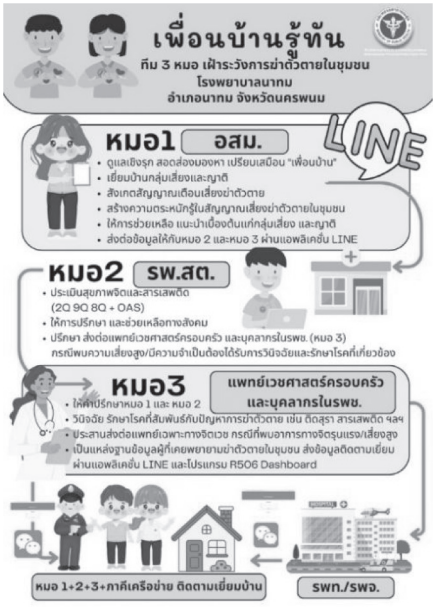
“เพื่อนบ้านรู้ทัน”

2. ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม

เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนแผนกปฏิบัติหน้าที่จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มายังกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด พบว่าช่วงปีงบประมาณ 2566 - 2567 นั้น มีอัตราการฆ่าตัวตายในระดับสูง ได้แก่ 16.8 และ 12.62 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จึงคิดค้นวิธีแก้ปัญหาที่ยั่งยืนและไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ ประชาชนได้รับความรู้ในเรื่องโรคทางจิตเวชและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายได้เพิ่มมากขึ้น จึงได้สร้างกลุ่มในแอพลิเคชั่น LINE ขึ้น โดยการดึง หมอที่ 1: อสม. และหมอที่ 2: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. แต่ละเขตรับผิดชอบในอำเภอนาทม และส่งต่อข้อมูลความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จิตเภท ยาเสพติด บุหรี่ สุรา สัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย รวมถึงการติดตามผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ป่วยขาดนัด ผ่านผู้รับผิดชอบประจำพื้นที่นั้นๆ

3. อธิบายนวัตกรรมคืออะไร ใช้อย่างไร กับใคร โดยใคร

นวัตกรรม “เพื่อนบ้านรู้ทัน” จะเป็นการสร้างเครือข่ายในทีม 3 หมอ โดยส่วนที่มีความสำคัญมากที่สุดเนื่องจากใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคือ ทีม หมอที่ 1: อสม. ทั้งในด้านการส่งต่อความรู้และการแนะนำเบื้องต้นให้กับประชาชน และสอดส่องรายงานส่งต่อข้อมูลให้แก่ หมอที่ 2 และ 3 ต่อไป เพื่อเป็นการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที



4. ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

จากนวัตกรรม “เพื่อนบ้านรู้ทัน” ทำให้มีการกระจายข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์มากขึ้น มีประชาชนตระหนักถึงสัญญาณเตือน กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วย และกล้าที่จะเข้ามารับคำปรึกษามากขึ้น ซึ่งลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงไปมาก เมื่อเทียบจากปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยมีการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากหมอ 1 เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา 3 ราย

ปัจจัยความสำเร็จ

การที่ทีม 3 หมอ โดย หมอที่ 1: อสม. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวชมากขึ้นนั้น สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำ เบื้องต้น เฝ้าระวัง คัดกรองปัญหาในระยะเริ่มต้นและสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้อัตราฆ่าตัวตายลดลง เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้และเฝ้าระวังสังเกตอาการได้

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

อุปสรรคที่จะพบนั้นในเรื่องของการตีตราทางสังคม (Social Stigma) จึงมีวิธีการแนะนำทีม หมอที่ 1: อสม. ให้แจ้งข้อมูลผู้ป่วยในช่องสนทนาส่วนตัว หรือให้ข้อมูลโดยตรงด้วยตนเองแก่ทีมหมอที่ 2 หรือ 3 ได้ ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอดและขยายผล

ติดตามระบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการถอดบทเรียน ขยายขอบเขตกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมผู้มีโอกาสฆ่าตัวตายทั้งหมดทั้งกาย จิต สังคม และการพัฒนาศักยภาพทักษะสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของอสม.









พลังชุมชนดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (Together for Mental Wellness)

การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลัง 3 หมอไร้รอยต่อ พชอ.ภูเขียว โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

นางวรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ

ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอภูเขียวตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563-2566 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ17.7, 15.4, 12.4, และ 13.6 ตามลำดับ และปี 2567 อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 7.5 (เป้าหมายการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสน จากการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอภูเขียว ในการเก็บข้อมูลรง. 506 3 ปีย้อนหลังปี 2565-2567 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบเพศชายมีจำนวน 33 รายคิดเป็นร้อยละ 80.5 ในระหว่างนี้กลุ่มวัยที่พบมากที่สุด คือ ช่วงวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) พบจำนวนมากถึง 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.17 รองลงมา คือวัยสูงอายุจำนวน 9 รายคิดเป็นร้อยละ 21.95 พบปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องสัมพันธภาพกับครอบครัวคนรัก และปัญหาการติดสุรา/สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 31.70 เท่ากัน รองลงมาคือปัญหาประสบวิกฤตในชีวิตร้อยละ 14.63 ซึ่งเมื่อแยกตามโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 29.26 จากปัญหาดังกล่าวจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานเชิงระบบในภาพของภาคีเครือข่าย โดยในการบูรณาการเข้ากับ พชอ.อำเภอภูเขียว ในการขับเคลื่อน ในการเข้าถึงบริการ อีกทั้ง รพ.ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติมีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาล และมีหอผู้ป่วยในเพื่อรับการรักษา จึงมุ่งเน้น การรวมพลังทั้ง 3 หมอดูแลให้เกิดประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ได้คุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กระบวนการทำงาน

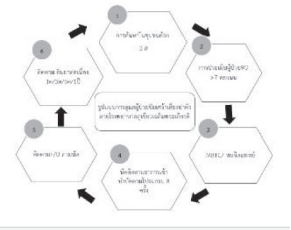
การดำเนินงานได้พัฒนาทั้งในและนอกโรงพยาบาลดังนี้

- **การดำเนินงานการขับเคลื่อนในชุมชน / ภาคีเครือข่าย (นอกโรงพยาบาล)** บูรณาการงานจิตเวชและยาเสพติดในระดับสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อนงาน มีการลง MOU ปี 2566 **ดำเนินงานภายใต้ศูนย์พญาแล ค้ำจุนในระดับอำเภอและระดับตำบล และสามหมอไร้รอยต่อ คปสอ. ภูเขียว** โดยมีแนวทางการดำเนินงานหมอ 1-2 คัดกรองเชิงรุก ใช้ หลัก 3 ส . (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) / **การสร้างวัคซีนใจ** ในบุคล ครอบครัว ชุมชน / เฝ้าระวังสัญญาณเตือน 10 สัญญาณ / 5 ธงแดง / ธงเทา ส่งต่อ ดูแลรักษา ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง มีระบบดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ แบ่งความรุนแรง สีเขียว สีเหลืองและสีแดง ในการดูแลที่เหมาะสม **ใช้โปรแกรม Mental Health Check In** ประเมินภาวะเครียด ST-5 ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย 9Q 8Q และภาวะเหนื่อยล้าจากการงาน สร้างพลังชุมชนให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย**มี Facebook Page:** กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ **ในการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการบริการให้การช่วยเหลือในโรงพยาบาล** ดำเนินการตามแผนเชิงรุกในการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยและให้สุขภาพจิตศึกษา อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การดำเนินงานการขับเคลื่อน (ในโรงพยาบาล)

1. มีระบบคัดกรอง 2Q 9Q ทั้งใน IPD OPD หากผิดปกติส่งปรึกษา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
2. กรณีผู้ป่วยที่ OPD 9Q ≥ 7 คะแนน พบแพทย์ และเข้าโปรแกรมจิตบำบัดตามความเหมาะสมทุกราย

3. การนำโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) มาใช้ในการทำจิตบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดซึมเศร้า



เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ และส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับแพทย์เฉพาะทาง **การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยพลัง 3 หมอ ไร้รอยต่อ พชอ.ภูเขียว**

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จ ภายหลังการพัฒนามีแนวโน้มลดลง (อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร) ปี 2567 = 9ราย คิดเป็นร้อยละ7.47 ต่อแสนประชากร และ ปี2568 (ต.ค.67- มี.ค.68 =1 ราย) เป็นผลงานเชิงประจักษ์ของการแก้ปัญหาที่มีรูปแบบการดำเนินงาน และแนวทางการดูแลของอำเภอภูเขียวที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมาก **และมีนวัตกรรมการนำสติบำบัดมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา** ทำให้สามารถช่วยผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิผลจนทำให้แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จแนวโน้มลดลง และยังได้พัฒนางานแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีนโยบาย แนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และมีเป้าหมายที่ชัดเจน
2. มีการทำงานเป็นทีม ทำงานด้วยความเข้าใจกัน ตามบทบาทหน้าที่
3. สายสัมพันธ์ในชุมชนในการเข้าใจ ร่วมมือ ร่วมใจ ดูแลกันทั้งภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ
4. ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือ แก้ปัญหาร่วมกันทั้งในและนอกโรงพยาบาล













นวัตกรรมเด่น

การใช้โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC) : ในการดูแลบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา โดยเฉลี่ย 60 นาที / ครั้ง จำนวน : 8 session นัดห่าง 1-2 สัปดาห์ ติดตามหลังจบโปรแกรม 1เดือน ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับปกติถึงซึมเศร้าเล็กน้อย ทั้งหมด 25 คนมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 100 และใน 25 คนสามารถลดขนาดยาได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12 มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง รวมทั้งลดปริมาณยาในการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

บูรณาการงาน 3 หมอ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างไร้รอยต่อ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาวเพียงฤทัย วงษ์ธรรม *พว.ปฏิบัติการ,*
นายเอกภพ สว่างอารมณ์ *นักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์*
*และ***นางสาวจิตราพร เรือนเจริญ** *นว.ปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี*

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คิดเป็นอัตรา 3.19, 12.79 และ 3.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (เกณฑ์อัตราไม่เกิน 8.08 ต่อประชากรแสนคน) พบว่าปี 66 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 25 ราย และมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4 ราย คิดเป็น 12.79 ต่อแสนประชากร ต่อมาในปี 67 พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 10 ราย และมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็น 3.19 ต่อแสนประชากร จากการสอบสวนการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมดเป็นเพศชาย วัยทำงาน ช่วงอายุ 26-60 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่ปัญหาสุราและสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 80 และรองลงมาเป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 80 ไม่พบสัญญาณเตือน พื้นที่กลุ่มเสี่ยงที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จต่อเนื่องมากที่สุดคือตำบลบุ่งมะแลง คิดเป็นร้อยละ 60 ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ทีมสุขภาพเครือข่ายอำเภอสว่างวีระวงศ์และเทศบาลตำบลบุ่งมะแลง สานพลังร่วมกันเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตให้แก่ทีม 3 หมอ แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและสร้างแผนการดำเนินงานในการเฝ้าระวังการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนร่วมกัน

กระบวนการทำงาน






ขั้นตอนที่ 1 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ร่วมกับ คปสอ.สว่างวีระวงศ์ ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยเข้มแข็ง โดยจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอ ในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ดำเนินการจัดอบรมทีมนำ Mental Health Leader เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (Community set Zero) สสอ.สว่างวีระวงศ์ร่วมกับ รพ.สว่างวีระวงศ์ จึงได้นำกระบวนการที่ได้จากการอบรมมาประยุกต์ใช้ในชุมชน ต.บุ่งมะแลง (มีปัญหาการฆ่าตัวตายมากที่สุด) เพื่อให้เกิดความรู้การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้วยกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย อสม. แกนนำชุมชน ประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 30 คน เกิดแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจชุมชน แก้ปัญหาการฆ่าตัวตายเชื่อมโยงกับกิจกรรมและบริบทของชุมชน โดยการผสานความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเทศบาลต.บุ่งมะแลง ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน

รูปแบบการทำงาน



ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

- มีแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนร่วมกัน
- ทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อน รวมถึงทรัพยากรที่มีในชุมชนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
- ร่วมกันสร้างแผนปฏิบัติการในชุมชน
- มีเครือข่ายที่เป็นแกนนำประกอบด้วย ผู้นำชุมชน, อสม., อปท., ประชาชนทั้งหมด 30 คน
- บทบาทหน้าที่ชัดเจน หมอคนที่ 1 → หมอคนที่ 2 → หมอคนที่ 3 + ภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในตำบลบุ่งมะแลง อ.สว่างวีระวงศ์ จ.อุบลราชธานี จากปี 2565 – 2568 คิดเป็นอัตรา 0, 27.92, 13.88 และ 0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลบุ่งมะแลงปี 2567 ลดลงจากปี 2566 ร้อยละ 50 และในปี 2568 (พฤษภาคม 2568) ในตำบลบุ่งมะแลง ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
- ผลการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ตำบลบุ่งมะแลง จำนวน 1,134 คน มีเสี่ยงซึมเศร้า 28 คน เสี่ยงฆ่าตัวตาย 4 คน และผู้มีสัญญาณเตือนอาการทางจิต (SMIV) 26 คน
- มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 100%
- ติดตามและเฝ้าระวังครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยภาคีเครือข่าย อย่างต่อเนื่องในชุมชนครบ 100 %

ปัจจัยความสำเร็จ

- ชุมชนให้ความความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย การร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและทีม 3 หมอในการร่วมกันค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา
- มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในต.บุ่งมะแลง
- ประสานความร่วมมือการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้ใช้สุราและสารเสพติด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิต

นวัตกรรมเด่น

สื่อรัก สายด่วนสุขใจ เครือข่ายสุขภาพจิตสว่างวีระวงศ์ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ โดยใช้รูปแบบป้ายสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย + QR Code (แบบประเมิน 2 q plus และสัญญาณเตือนอาการทางจิต) พร้อมทั้งมีเบอร์โทรศัพท์ 3 หมอที่สามารถโทรแจ้งเหตุได้ในชุมชนติดไว้ในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว



ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

วัคซีนใจคลองท่อมใต้ : 3 หมอประจำชุมชน ร่วมหยุดวิกฤตการฆ่าตัวตาย

นางปวริศา เอ่งฉ้วน *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
ปฐมภูมิและองค์รวม ตำบลคลองท่อมใต้ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

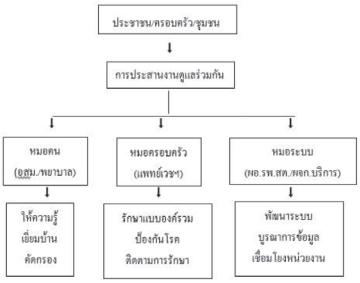
อำเภอคลองท่อมในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มปัญหาหารฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2565 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 30 รายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 รายคิดเปน 3.84 ต่อแสนประชากร และในปี 2566 มีผู้พยายามฆาตัวตาย 44 รายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 8 รายคิดเป็น 10.25 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 21 รายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย โดยเป็นผู้สูงอายุ ใน ต. คลองท่อมใต้ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายเชิงรุกใน ชุมชนต่อไป อำเภอคลองท่อมจึงกำหนด นโยบายทางด้านสาธารณสุขผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเขาถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึงรวดเร็ว ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย” คนไทยมีหมอประจำตัวหรือ 3 หมอ “ที่ผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมูบานร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพ ตำบล และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนในการแกไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธิ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคลองท่อม และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ

ขั้นตอนที่ 2 นำหลักการทีม 3 หมอมาใช้ดังนี้ อสม. หมอประจำบ้าน จะเป็นด้านหน้าที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ต้องสามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ได้รพ.สต. หมอสาธารณสุข จะเป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสม. ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนประสานความช่วยเหลือทั้งในและนอกระบบส่าธารณสุข ตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือการคัดกรอง/ค้นหาประเมินผู้ใช้ สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย Assist หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุราเข้ารับการรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ด้วย 8Q ทุก หนึ่งเดือน เพิ่มการคัดกรอง 2Q plus NCD คลินิก และฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้เฝ้าระวังสัญญาณเตือน และประสานรายงานแพทย์เวชศาสตรครอบครัว เพื่อบูรรางานร่วมกัน

หมอครอบครัวจะเป็นผู้วินิจฉัยให้การดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงที่มีปญหาฆ่าตัวตาย ที่ครอบคลุมไม่เฉพาะปัญหาทางจิตเวช แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยทางครอบครัว สังคม ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมใน ทุกมิติ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแล ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตด้านสุขภาพจิต และยาเสพติดใน หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่



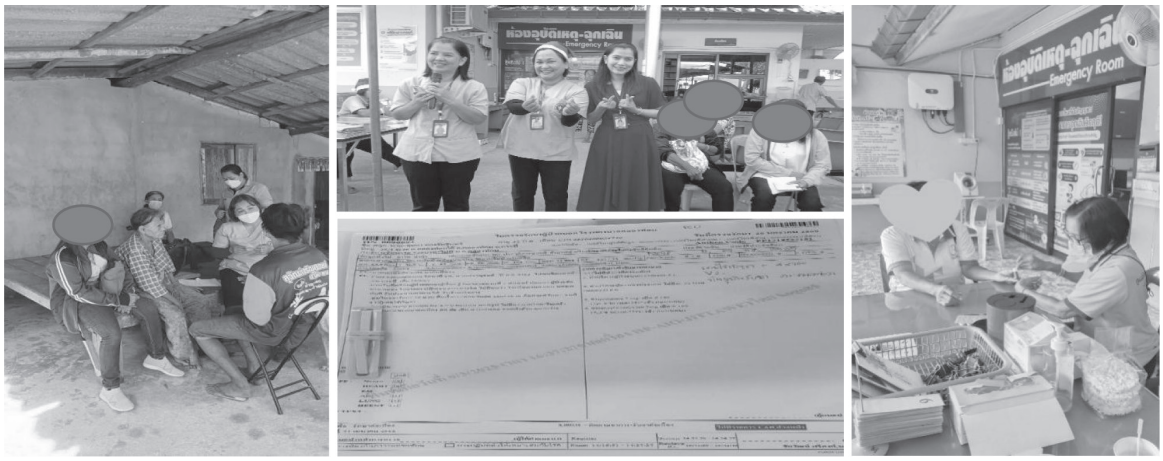
ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ประชาชนได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบท
2. ลดความซ้ำซ้อนในการดูแล
3. ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMI-V เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชนเกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การมีเป้าหมายร่วมและความเข้าใจบทบาท
2. ระบบการสื่อสารและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ มีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว เช่น กลุ่มไลน์ทีมดูแล, ระบบข้อมูลสุขภาพออนไลน์
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาทในการสื่อสาร เฝ้าระวัง และติดตาม ชุมชนรู้จักหมอประจำตัว หมอครอบครัว และเข้าใจบทบาทของแต่ละคน ประชาชนมีส่วนร่วมวางแผนสุขภาพของตนเอง
4. มีระบบข้อมูลและเครื่องมือสนับสนุนมีแบบฟอร์ม/คู่มือ มีแบบเยี่ยมบ้าน

การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านประจำเดือนติดตามอาการ ให้วัคซีนใจเสริมพลังด้านสุขภาพจิต
การคัดกรองสุขภาพจิต ในคลินิก NCDS โดยทีม 3 หมอ



เยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจิตแม่ข่ายโรงพยาบาลคลองท่อม PCU และ อสมในพื้นที่รับผิดชอบ



ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ผ่านกลไก Nongjik SLAM mechanism model

พว.อังคณา วังทอง *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
และเครือข่ายจิตเวชและสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

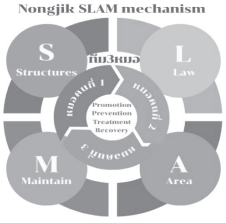
อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 90 ทำให้การดูแลสุขภาพจิตต้องอาศัยความเข้าใจถึงความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม จากข้อมูลช่วงปี 2564-2567 พบว่า กลุ่มวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (8 ราย) และไม่สำเร็จ (14 ราย) อยู่ในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุดรวม 17 ราย (ร้อยละ 77.27) กลุ่มวัยรุ่น 4 ราย (ร้อยละ 18.18) และผู้สูงอายุ 1 ราย (ร้อยละ 4.55) ผู้ลงมือทำร้ายตนเองทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 68.18 และยังพบปัญหาที่สำคัญคือมีผู้ป่วยร้อยละ 36.37 เข้าสู่ระบบล่าช้า เนื่องจากรู้สึกอาย ไม่อยากให้ใครรู้ กลัวถูกตีตรา เพราะเป็นข้อห้ามทางศาสนา เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม อำเภอหนองจิกจึงพัฒนาแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต เป็นการทำงานแบบเครือข่ายครอบคลุมและมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและศาสนา ในการสร้างวัคซีนใจ (4 สร้าง 2 ใช้) โดยทีม 3 หมอ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้กับประชาชน ผ่านกลไก **“Nongjik SLAM mechanism model”**

กระบวนการทำงาน

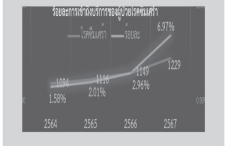
ขั้นตอนที่ 1 ใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน - กำหนด - จัดทำและดำเนินการตามแผน – ผลักดันนโยบายบูรณาการดำเนินงาน โดยคณะทำงาน พรบ.สุขภาพจิต และ คณะทำงาน พชอ. อำเภอหนองจิก ผ่านกลไก Nongjik SLAM mechanism model

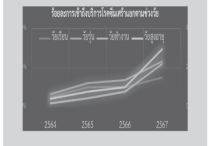
ขั้นตอนที่ 2 Nongjik SLAM mechanism model (model 1) เป็นการผสมผสาน พัฒนาเครือข่าย สร้างวัคซีนใจและทีม 3 หมอ เสริมพลังการมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน เกิดภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ประชาชน ดังนี้ **SLAM (สลาม)** ประกอบด้วย **S – Structures (โครงสร้าง):** มีทีม 3 หมอเป็นกลไกหลัก เชื่อมโยงหน่วยบริการ ผู้นำศาสนา อปท. และชุมชน เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ **L – Law (กฎหมาย/กติกา):** มีทีม 3 หมอเผยแพร่ความรู้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต และส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่ตีตรา **A – Area (พื้นที่/บริบท):** ใช้พื้นที่ (วัด/มัสยิด) เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนา โดยทีม 3 หมอ เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับชุมชนและ **M – Maintain (การฟื้นฟู):** มีทีม 3 หมอติดตามฟื้นฟูจิตใจผ่านการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงและเสริมพลังครอบครัว เพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบองค์รวม 4 มิติในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 นำไปสู่ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ **“หนองจิกตาฮู (TAHU) รู้จริง”** หลัก 3ส2ข (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง ให้ข้อมูลและให้เข้าถึงบริการ) โดยทีมหมอครอบครัว (3 หมอ)



(model 1) ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ผ่านกลไก Nongjik SLAM mechanism model





ผลลัพธ์ถึงประชาชน

(1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กราฟ 1) และผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.97 และ 9.20 ตามลำดับ แสดงถึงการทำงานเชิงรุกและความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน

(2) อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แยกตามช่วงวัยเพิ่มขึ้น (กราฟ 2) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้นอย่างชัดเจน (การเข้าถึงบริการเชิงรุกในชุมชน/รพ.สต. โดยทีมหมอครอบครัว) ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนวัยเรียนแม้จะมีอัตราน้อยกว่า แต่เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาบริการให้ครอบคลุมยิ่งขึ้นในอนาคต

(3) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่ำกว่าเป้าหมายทุกปี และร้อยละ 100 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี แสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลผู้ป่วย ใช้ความเข้าใจตามบริบทของพื้นที่และยอมรับในการเจ็บป่วยมากขึ้น ลดการ ตีตรา เป็นต้น

ปัจจัยความสำเร็จ

(1) มีการบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ด้วยเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งและภาคีเครือข่ายที่ดี

(2) ประยุกต์ใช้ Nongjik SLAM mechanism model ร่วมกับโปรแกรมวัคซีนใจ โดยทีม 3 หมอ เมื่อ 4 องค์ประกอบ (SLAM) ทำงานประสานกันอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระบบสุขภาพจิตในชุมชนมีความเข้มแข็ง นำไปสู่ผลลัพธ์ในการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีรูปธรรม

(3) ใช้กลไกของ 3 หมอ (3 หมอรู้จักคุณ, หมอประจำตัวครอบครัวละ 3 คน, หลักสูตร 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด) ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

(4) ใช้โปรแกรม 3 หมอ plus (Community set ZERO plus)



นวัตกรรมเด่น

คู่มือและแผนการดูแล (care plan) ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (1,000 วันสู่ 20,000 วัน plus) โดยทีมหมอครอบครัว (3 หมอ) ร่วมกับคณะทำงาน พรบ.สุขภาพจิตและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) **“หนองจิกตาฮู (TAHU) รู้จริง”** ประเมินอาการผู้ป่วย 10 ด้าน ให้กำลังใจ เป็นพี่เลี้ยงและแนะนำการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตตำบลมหัศจรรย์ฮูกมปากัต ลดการทำร้ายตนเอง ลดอาการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการเข้าถึง เป็นต้น





ทีม 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด (3 Doctors : Multidisciplinary collaboration)

ทีม 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตบางรัก ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

นางจิรวัฒน์ องค์พิพัฒนกุล *ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา,*
นายกรณัฐ เมธีสุทธิพรรณ *นายแพทย์ชำนาญการ,* **นางสาวชิทิมา แปรจิ้งหรีด** *พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ*
ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยาสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ที่มาและความสำคัญ

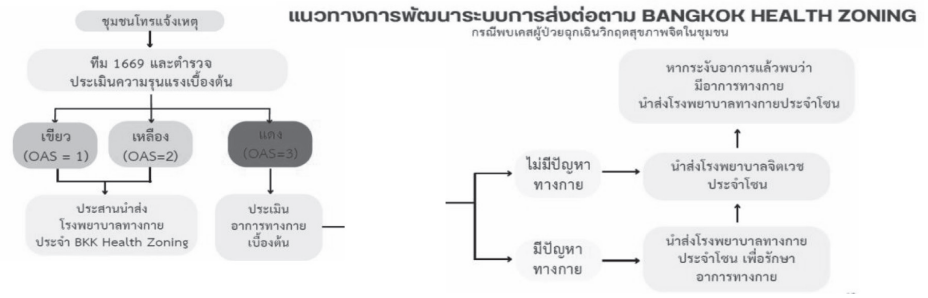
กรุงเทพมหานคร ในช่วง 2564-2568 มีสถิติปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตาย HOPE TASK FORCE โดยพบว่าในปี 2564 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 239 ราย ในปี 2565 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 222 ราย ในปี 2566 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 121 ราย ในปี 2567 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 162 ราย และในปี 2568 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 77 ราย พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จโดยได้รับการช่วยเหลือทั้งสิ้น จำนวน 828 ราย กระทำสำเร็จ 6 ราย (เสียชีวิตก่อน/ขณะค้นหาพิกัดเพื่อช่วยเหลือ) ด้านยาเสพติดเขตบางรักมีชุมชนชุมชนเฝ้าระวัง 3 ชุมชน ชุมชนรักษาสะภาพ 3 ชุมชน และมีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด จำนวน 3 ราย จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการค้นหาคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายเชิงรุกในประชาชน 3 กลุ่มต่อไป และยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท และขึ้นทะเบียน จำนวน 6 ราย และดูแลในชุมชน 4 ราย โดยเป็นสีเขียวทั้งหมด 10 ราย จึงกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “คนไทยมีหมอประจำตัวหรือ 3 หมอ” ที่ผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรจากศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน ใช้โปรแกรมคัดกรองสุขภาพจิต เช่น “Mental Health Check In” และโครงการ “Community Set Zero” เพื่อลดการฆ่าตัวตายในชุมชน มีการดำเนินงานร่วมกับหลายฝ่าย เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในพื้นที่ และหน่วยงานท้องถิ่น รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตบางรัก และประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ

ขั้นตอนที่ 2 นำแนวทาง “3 หมอ” คือ 1. อาสาสมัครสาธารณสุข (หมอที่ 1) 2. พยาบาลหรือบุคลากรเฉพาะทางสุขภาพจิต (หมอที่ 2) และ 3. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในสถานพยาบาล (หมอที่ 3) **หมอ 1 อสส.** จะเป็นด่านหน้าที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ต้องสามารถสังเกตสัญญาณเตือนเฝ้าระวัง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ได้ ผ่านโปรแกรม App sheet **หมอ 2 ศบส. หมอสาธารณสุข** จะเป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสส. ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนประสานความช่วยเหลือทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือการคัดกรอง/ค้นหา ประเมิน

ผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย Assist หรือ AUDIT เพื่อนำผู้ติดสุราเข้ารับการรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ด้วย 8Q ทุก หนึ่งเดือน เพิ่มการคัดกรอง 2Q plus ในคลินิก NCD ผ่านโปรแกรม Telegram และฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยง ให้เฝ้าระวังสัญญาณเตือน **หมอ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมอครอบครัว** จะเป็นผู้วินิจฉัยให้การดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย ผ่านโปรแกรม Telegram และTelemedicine consult ที่ครอบคลุมไม่เฉพาะปัญหาทางจิตเวช แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยทางครอบครัว สังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับแพทย์เฉพาะทางได้



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ประชาชนสามารถเข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น ผ่านเครื่องมือ เช่น “Mental Health Check In” และมีระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในการคัดกรอง 2Q Plus โดย อสส. และทีมสุขภาพจิตในชุมชน ทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือลดอัตราการฆ่าตัวตายในชุมชน
- มีระบบเชื่อมข้อมูลไว้ใน Dashboard กลางแบบเรียลไทม์ในการส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระดับทำให้ผู้มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลจนถึงการรักษา สามารถดูภาพรวมสถานการณ์สุขภาพจิตชุมชน ไม่มีการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชน เกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของชุมชน การเปิดพื้นที่ให้ประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็น และสะท้อนปัญหาในมุมมองของตนเอง แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วน มีการเสริมพลังให้ประชาชนเชื่อว่าตนเองมีบทบาทในการเฝ้าระวังได้
- การบูรณาการระหว่างภาคส่วน ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติด เขตกรุงเทพมหานคร
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ



นวัตกรรมเด่น

“Smart Community Mind Guard”

ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และเชื่อมโยงสุขภาพกาย-จิต แบบเรียลไทม์ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและพลังชุมชน

1. โปรแกรม App sheet 2. โปรแกรม Telegram 3. Telemedicine consult

ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

ป่าซาง ชุมชนสุขภาพจิตดี ด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น

นางวรรณกร สมชัย, นางภิญญาพัชญ์ ทั่งเพชร
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ป่าซาง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เป็นอำเภอที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญแห่งหนึ่งของจังหวัดลำพูน โดยอำเภอป่าซางตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดลำพูน มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอเมืองลำพูน อำเภอแม่ทา อำเภอบ้านโฮ่ง อำเภอเวียงหนองล่อง (ลำพูน) และอำเภอสันป่าตอง อำเภอดอยหล่อ (เชียงใหม่) มีพื้นที่ประมาณ 485.60 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 9 ตำบล 90 หมู่บ้าน ซึ่งมีความหลากหลายของประชากร วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆมากมาย ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตของคนป่าซางในปัจจุบันเป็นอย่างมาก

จากการรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2565 – 2567 ของ อำเภอป่าซาง พบมีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ 12 คน, 9 คน, 8 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ในปีพ.ศ. 2565 – 2567 มีอยู่ 1 ตำบล จาก 9 ตำบลของอำเภอป่าซาง ไม่พบผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ตำบลป่าซาง

การขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพจิตดีในครั้งนี้ ขับเคลื่อนผ่านการเสริมแรงเชิงบวก เพื่อการขยายผลอย่างแข็งแรงไปยังชุมชนอื่นๆ โดยการเลือกชุมชนที่มีความเข้มแข็งและมีการร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น ผ่านสถานบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ป่าซาง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

กระบวนการทำงาน

1. ประชุมเพื่อวางแผนการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน และ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
2. ประเมินสุขภาพจิตชุมชน ด้วย ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index)
3. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น : ซึ่งหลังจากการประชุมฯ ได้แผนออกมา 4 แผน ตามกระบวนการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น ดังนี้
   - ด้านทุนทางสังคม : การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพจิตดีในชุมชน
   - ด้านสิ่งแวดล้อม : กิจกรรมสวนสุขภาพสร้างสุขภาพกายสานสายใยสุขภาพจิต
   - ด้านลักษณะทางสังคมของประชากร : การพัฒนาอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับประชาชนในชุมชน
   - ด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน : การประเมินภาวะสุขภาพจิตและผู้ที่อาจก่อความรุนแรงในชุมชน
4. การดำเนินกิจกรรมตามแผน
   - การประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วย Mental Health Check In, แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด, การประเมินผู้มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
   - การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมนำในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน Community Set ZERO
   - การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอ สู่การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในชุมชน
5. การประชุมติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพจิตดี
6. การประชุมถอดบทเรียน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 และการวางแผนการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพจิตดีในปีต่อไป

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 100
2. แกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต
3. ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและได้รับความรอบรู้ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
4. ประชาชนที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ

นวัตกรรม

ชื่อนวัตกรรม : ทีมสุขภาพจิตตาสวิง วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม : 1. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิตได้รับการดูแลติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่องและขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยเป็นข้อมูลของตำบล 2. เพื่อให้ผู้ที่สงสัยจะป่วยหรือป่วยเป็นโรคทุกรายได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 3.เพื่อให้เกิดระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตให้ชุนชนมีการส่งต่อและการจัดการปัญหาในภาวะวิกฤตได้ **วิธีดำเนินการ :** 1.เจ้าหน้าที่ร่วมกับ อสม./ร่วมคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนให้เป็นปัจจุบัน 2.อบรมให้ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพจิต ตาสวิง เข้ารับการอบรมเพื่อมกระบวนการทำสุขภาพจิตชุมชนแนวทางการในการดูแลผู้ป่วย ส่งต่อระหว่างชุมชนแลสถานบริการ 3.จัดอบรมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต/กลุ่มเสี่ยงในชุมชน 4. ติดตามสุขภาพกลุ่มป่าย/กลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน 5.ส่งต่อผู้ที่สงสัยจะป่วยหรือป่วยเป็นโรคเพื่อวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐาน 6. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและญาติได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ภาวะการทำร้ายตัวเองและญาติ

ปัจจัยความสำเร็จ

1 แกนนำชุมชนเข้มแข็ง มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนชุมชน
2. ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ
3. มีแหล่งงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (สปสช. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1)
4. ผู้บังคับบัญชาเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตและการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต (อบจ.ลำพูน)

ปัญหา อุปสรรค และแนวทาง

ช่วงเวลาในการดำเนินงานจะตรงกับฤดูกาลเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรทำให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม

การแก้ไข - ดำเนินการจัดกิจกรรมโดยการแบ่งเป็น 2 รุ่น เพื่อให้ครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้
- สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น กลุ่มไลน์ เสียงตามสาย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

1. ควรมีการจัดกิจกรรมทุกปีเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรเริ่มการขับเคลื่อนการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อให้มีช่วงเวลาในการดำเนินงานที่เหมาะสม
3. ขยายผลชุมชนสุขภาพจิตดีไปยังตำบลอื่นให้ครอบคลุมในระดับอำเภอ จังหวัดและเขตสุขภาพ



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

ศูนย์เพื่อนใจตำบล บำบัดฟื้นฟูด้วยหัวใจ ในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ที่มาและความสำคัญ

ในปี 2568 อำเภอทุ่งเสลี่ยมประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกพื้นที่ โดยศูนย์เพื่อนใจอำเภอทุ่งเสลี่ยมมีผู้เข้ารับการบำบัดและติดตาม จำนวน 128 ราย และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่พฤติกรรมและใช้ความรุนแรง จำนวน 16 ราย ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน ในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน มีภาวะสมองติดยา ส่งผลต่อเนื่องถึง**พฤติกรรมที่ก้าวร้าว** การใช้ความรุนแรงในชุมชน นำไปสู่ปัญหาในวงกว้าง ทั้งครอบครัว ชุมชนอย่างชัดเจน เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน จากข้อมูลในปี 2568 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นถึง 16.02 ต่อแสนประชากร (8 ราย) สูงเกินกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุ่งเสลี่ยม มีมติให้ “การแก้ไขปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิต” เป็นประเด็นสำคัญอันดับแรก โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางและผู้มีความเสี่ยงสูง กลุ่มอายุ 20-59 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สถานการณ์นี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้าง “ชุมชนสุขภาพจิตดี” ที่เข้มแข็งและมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่อำเภอทุ่งเสลี่ยม

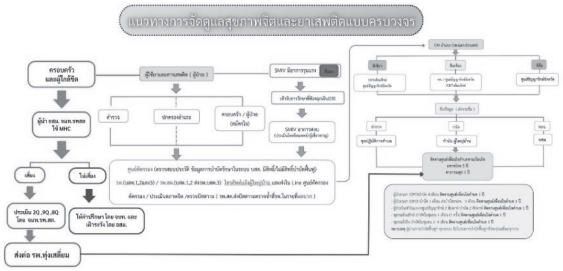
กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1: การค้นหา (Identification / Outreach) การสำรวจชุมชน โดยใช้ CMHI ประเมินสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน พบว่า ชุมชนส่วนใหญ่มีอุปสรคในการเข้าถึงปัญหาสุขภาพจิต จึงได้นำเครื่องมือการประเมินสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า mental health check in ตรวจเช็คสุขภาพใจ ประเมินผู้บำบัด และครอบครัว มีภาวะเครียด พบว่า มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.08 (23ราย) โดยเน้นการสื่อสารอย่างเข้าใจ โดยใช้วิธีการประชาคมในชุมชน เชิญชวน พูดคุยกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเข้ารับการบำบัด รักษา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง เฝ้าระวังทั้งผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด และครอบครัว มี**กิจกรรม Kick off ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน** บูรณาการความร่วมมือทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องลงพื้นที่ค้นหาเชิงรุก D-Day พร้อมกันทั้งอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2: การคัดกรองและประเมินรายบุคคล (Screening & Assessment) เป็นการตรวจสอบสภาพร่างกายและจิตใจ ทั้งผู้เข้ารับการบำบัด และครอบครัว โดยการตรวจสุขภาพพื้นฐาน การซักประวัติการใช้ยา การคัดกรองสุขภาพจิต ร่วมถึงการวางแผนฟื้นฟูแบบเฉพาะบุคคล เพื่อให้การบำบัดตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างตรงจุด สร้างความเข้าใจเชิงลึกในปัญหา ไม่ตัดสินจากภายนอก **จัดอบรมแกนนำ อสม. ผู้นำชุมชน** ส่งเสริมการใช้โปรแกรม mental health check in ตรวจเช็คสุขภาพใจ เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และยาเสพติดในชุมชน ร่วมถึงการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ การซ้อมแผน SMIV ในชุมชนและในโรงเรียน เพื่อให้เกิดความตระหนัก

ขั้นตอนที่ 3: การบำบัดฟื้นฟู (Rehabilitation) ศูนย์เพื่อนใจตำบล จะมีบทบาทหลักในการฟื้นฟู โดยใช้ **Matrix Program ประยุกต์ CBTx ชุมชนล้อมรักษ์** และ **Motivation interview** เสริมสร้างพลังให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี รวมทั้งคนในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ส่งเสริมการเยียวยาแบบองค์รวม ใช้พลังใจจากคนในครอบครัวและในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4: การติดตามผล (Follow-up & Monitoring) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านทั้งระบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การติดตามผลทางจิตใจ โดยเน้นความใกล้ชิดและไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลกับผู้ฟื้นฟู โดยชุดปฏิบัติการชุมชน ในศูนย์เพื่อนใจตำบล เป็น “ระบบพยุงใจ” สร้างพื้นที่ปลอดภัยและอบอุ่นทางอารมณ์ และติดตามด้วยโปรแกรม mental health check in ตรวจเช็คสุขภาพใจ ทุกเดือน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 1 ปี



ขั้นตอนที่ 5: การส่งต่อและเชื่อมโยงบริการ (Referral)

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ
- ติดตามผู้เสพยาเสพติดที่มีความเสี่ยง SMIV อย่างต่อเนื่องครบ 100 % ไม่มีเหตุการณ์ก่อความรุนแรง ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรม ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหายาเสพติด และการฆ่าตัวตายในชุมชน จิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยเฉพาะในมิติของสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชน เกิดวัคซีนใจในชุมชน เป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน



ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ
- ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดในอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ



นวัตกรรมเด่น

ศูนย์เพื่อนใจตำบล การบูรณาการแนวคิดให้เหมาะกับบริบทชุมชน โครงสร้างการดำเนินงานแบบทีม แบ่งบทบาทชัดเจน 3 หมวดหลัก คือ **หมวด 1 อสม. และ ผู้นำชุมชน** รับเคส ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อข้อมูลเข้าระบบ **หมวด 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.** ตำรวจประจำตำบล จัดทำทะเบียน ติดตามผล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. **หมวด 3 ทีม พี่เลี้ยง** (เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม ตำรวจ สสอ. ทีมแพทย์ สหวิชาชีพเชี่ยวชาญสุขภาพจิตและยาเสพติด) ร่วมติดตาม จัดกิจกรรมบำบัด และประเมินผล **การทำงานของศูนย์เพื่อนใจตำบลจึงไม่ใช่แค่ “บำบัดยา” แต่รวมถึง “ฟื้นฟูสุขภาพจิต”** โดยให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม จัดกิจกรรมจิตสังคม เสริมแรงเชิงบวก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ มีศูนย์เพื่อนใจครบ 5 ตำบล (100%) สร้างภาพลักษณ์ “ชุมชนช่วยกันดูแล ไม่ทอดทิ้ง” เพิ่ม resilience ของชุมชน มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทำให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมั่นใจในระบบช่วยเหลือ



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

ภาคีร่วมใจให้คำปรึกษาสุขภาวะทางจิตชุมชนตำบลหนองพยอม หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพยอม
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ที่มาและความสำคัญ

ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าอำเภอตะพานหินมีปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายที่ค่อนข้างสูง โดยในปี 2566 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.63 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.31 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวพบปัจจัยกระตุ้นเกิดจากความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.32 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด เป็นหนี้ไม่สามารถจ่ายได้หรือถูกทวงให้อับอาย จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.52 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จึงจำเป็นที่ต้องกำหนดแนวทางการค้นหา คัดกรองสุขภาพจิตเพื่อเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ รวมทั้งสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในมิติของการส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ดังนั้นภาคีเครือข่ายตำบลหนองพยอมจึงใช้เครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index) ในการประเมินสถานะสุขภาพจิตในระดับชุมชน รวมทั้งสร้างความตระหนัก และร่วมกันออกแบบกิจกรรม/โครงการด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนช่วยให้ประชาชนเกิดความเข้มแข็งทางใจนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งและมีความสุข

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตชุมชน โดยบูรณาการผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสถานะสุขภาพจิตในระดับชุมชน โดยใช้เครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น คืนข้อมูลให้กับชุมชนและสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย

ด้านที่ 1 ทุนทางสังคม เน้นการเป็นชุมชนสร้างสุขภาพดีผ่านกิจกรรมรำวง 3 ส. สนุก สุขภาพดี สามัคคีเกิด

ด้านที่ 2 สิ่งแวดล้อมในชุมชน เน้นการสร้างพื้นที่สีเขียวในชุมชน และพื้นที่สาธารณะในการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน

ด้านที่ 3 ลักษณะทางสังคม ประชากรของชุมชน เน้นการสร้างอาชีพและรายได้ เนื่องจากแต่ละครัวเรือนมีอาชีพที่หลากหลาย มีผลิตภัณฑ์ชุมชน จึงมีแผนที่จะจัดทำตลาดนัดชุมชน เพื่อให้เกิดรายได้หมุนเวียน

ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เน้นการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และจัดตั้งทีมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและจัดตั้งทีมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานให้คำปรึกษาและแนวทางการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง กำหนดการให้บริการในวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2 ของทุกเดือน และมีจุดบริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต จำนวน 11 จุด สถานที่คือบ้านผู้นำชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนของหมู่บ้าน โดยมีกิจกรรมการให้บริการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน สุขภาพจิตตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental Health Check in) แปลผลและให้บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เป็นการพูดคุย เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาให้สามารถระบายความทุกข์ใจ และคิดแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม เน้นการให้กำลังใจ การรับฟัง ทำให้รู้สึกสบายใจให้กับประชาชน โดยทีมให้คำปรึกษาสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งส่งต่อในกรณีพบกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตายให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลลัพธ์ถึงประชาชน



- ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นของตนเองและคนในครอบครัวได้ และทราบสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ประชาชนทราบถึงช่องทางการรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต และการช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชน
- ประชาชนมีความเข้มแข็งในการจัดการตนเองด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยความสำเร็จ

- ชุมชนรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิต และเกิดความตระหนักในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน
- ชุมชนมีทีมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น
- ภาคีเครือข่ายร่วมกันสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี







ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และจิตเวชในชุมชนโดยใช้ “สนามแจง Model”

นายบุญนริศ สายสุ่ม *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามแจง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
นายพงศ์พัฒน์ เพ็ชร์เจริญ *กำนันตำบลสนามแจง ที่ว่าการอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี*

ที่มาและความสำคัญ

จากสถิติรายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอบ้านหมี่ พบว่า พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากที่สุดติดอันดับของอำเภอบ้านหมี่ คือ ตำบลสนามแจง ซึ่งสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันของตำบลสนามแจง ในปี พ.ศ. 2567 จากผลจากการดำเนินงานในรูปแบบตำบลยั่งยืนและล้อมรักษ์ พบว่า มีผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 73 ราย แบ่งเป็น 1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่จำเป็นต้องต้องเข้ารับการรักษาจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.02 2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมให้เข้ารับการรักษาได้จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.78 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะเครียด และ วิตกกังวลแก่ประชาชนและครอบครัวที่ต้องอาศัยร่วมกันกับผู้ป่วยในชุมชน จึงทำให้ผู้นำชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามแจง เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยใช้รูปแบบ **“สนามแจง Model”** มาใช้ในการดำเนินงาน

กระบวนการทำงาน

ประยุกต์ใช้แนวคิด “สนามแจง” Model มาใช้ในการดำเนินงาน



ขั้นตอนที่ 1 มีการผลักดันเชิงนโยบายและสร้างความสำคัญของผู้บริหาร/ผู้นำในระดับพื้นที่ โดยการคืนข้อมูลสถานการณ์ สุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชน ในเวทีสำคัญต่างๆ เพื่อให้ผู้บริหาร/ผู้นำในระดับพื้นที่ได้รับรู้สถานการณ์และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา รวมทั้งเพื่อสร้างแรงจูงใจและแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดร่วมกัน ได้แก่ เวทีการประชุมคณะกรรมการ พชต. ของตำบลสนามแจง เวทีการพัฒนาศักยภาพของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 เวทีประชาคมหมู่บ้านทั้ง 9 หมู่

ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน และแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยดึงภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงาน ได้แก่ ปลัดอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. รพ.สต. ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 มีการนำโปรแกรมดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index) มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ เช่น กิจกรรมกีฬาพื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมความเชื่อมแน่นในชุมชน ,กิจกรรมพัฒนาอาชีพ ,กิจกรรมสื่อส่งเสริมองค์ความรู้สุขสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และการปรับปรุงพื้นที่ให้ปลอดภัย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ภายใต้เครื่องมือ Community Mental Health Index และติดตามผลการดำเนินงานผ่านการประชุมในเวทีต่างๆ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลและแนวทางการพัฒนากระบวนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยการใช้เวทีตามขั้นตอนที่ 1 ซึ่งกล่าวมาแล้วนั้น พูดคุยระดมสมองเพื่อประเมินผลและพัฒนาเชิงระบบ ซึ่งพบว่า **key success factor คือ** การงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และสำหรับแนวทางการพัฒนา คือ มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ในการช่วยเหลืออย่างชัดเจน มองเห็นทิศทางในการพัฒนาของชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมคิดร่วมทำและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างเต็มที่ นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายระดับชุมชนและระดับประเทศด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตและผลักดันให้งานสุขภาพจิตเข้าไปเป็นหนึ่งในแผนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- เยาวชนรุ่นใหม่มีภูมิคุ้มกันในการรู้เท่าทัน และป้องกันปัญหายาเสพติดไม่ให้เกิดกับตนเองและครอบครัว
- ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลให้เข้าสู่กระบวนการบำบัด/รักษา รวมถึงให้โอกาสกลับเข้าสู่ชุมชนภายหลังการบำบัด/รักษา
- ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาและยาเสพติดสุขภาพจิตและจิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชน และมีภูมิคุ้มกันทางใจเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับตำบล
- ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชน
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ
- ชุมชนมีแนวทางการใช้กองทุนท้องถิ่นในการต่อยอดโครงการสุขภาพจิตเพื่อขยายผลให้เกิดความยั่งยืน
- ชุมชนให้โอกาสผู้ป่วยยาเสพติดในการให้กลับเข้าทำงานในชุมชน

นวัตกรรมเด่น “การ์ดให้กำลังใจผู้ป่วยยาเสพติด”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมกำลังใจผู้ป่วยยาเสพติด ให้เห็นถึงคุณค่าในตนเองจนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้
2. เพื่อให้อสม. สามารถติดตามประเมินภาวะก้าวร้าวในผู้ป่วยยาเสพติดได้



วิธีการใช้นวัตกรรม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสนามแจง จะนำการ์ดที่มีข้อความให้กำลังใจไปมอบให้ผู้ป่วยยาเสพติดในทุกๆ 4 เดือน โดยแจ้งกับผู้ป่วยว่าเป็นการ์ดให้กำลังใจที่เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.เขียนฝากมาให้ เพื่อเป็นกำลังใจและมอบแง่คิดดีๆแก่ผู้ป่วย โดยนัยสำคัญของการ์ดนี้จะเป็นกุศโลบายในการเข้ามาพบผู้ป่วย เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดี ลดอาการหวาดระแวงของผู้ป่วย ที่อาจจะกังวลว่ามีคนติดตามมาด้วยหรือไม่ พร้อมทั้งเป็นการพูดคุยเพื่อประเมินสังเกตอารมณ์และภาวะความก้าวร้าวของผู้ป่วยว่ามีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร และวางแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

ล้อมรักและสร้างภูมิทางใจแบบบูรณาการ โดยเครือข่ายชุมชนคลองตาคต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคต อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี สังกัด อบจ.ราชบุรี

นางจิราพร พัฒนสุวรรณ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคต จังหวัดราชบุรี สังกัด อบจ.ราชบุรี

ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดราชบุรีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มปัญหาการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น พบว่าจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในปี 2565 มีจำนวน 356 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 43 ราย คิดเป็น 8.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2566 มีจำนวน 440 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 54 ราย คิดเป็น 9.9 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 มีจำนวน 372 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 62 ราย คิดเป็น 8.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอำเภอโพธารามในปี 2567 มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย 72 ราย และ ฆ่าตัวตายสำเร็จ 17 ราย คิดเป็น 12.57 ต่อแสนประชากร มากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด พื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.คลองตาคต พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 ราย แต่ไม่สำเร็จ และยังพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อน 3 ราย จึงจำเป็นต้องหาแนวทางค้นหาและคัดกรองสุขภาพจิตและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายเชิงรุกแบบบูรณาการในประชาชนทุกกลุ่มวัย และ มีระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย อีกทั้งยังคอยติดตามการไปตรวจตามนัด โดยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชนซึ่งได้แก่ ฝ่ายปกครองปลัดอำเภอ แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สท. อสม. แพทย์และพยาบาลจิตเวชจากรพ.แม่ข่าย อาสาสมัครมูลนิธิในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด เพื่อประชาชนชุมชนคลองตาคตมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ตามนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 มีการใช้โปรแกรมดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น มาช่วยแก้ปัญหาดูแลทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ การประเมินระดับสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต รวมไปถึงบูรณาการดำเนินงานร่วมกับแกนนำชุมชน ภาคีเครือข่าย เพื่อล้อมรักและสร้างภูมิทางใจให้ประชาชนในชุมชนรู้สึกสงบ ปลอดภัย และมีความหวังในการดำเนินชีวิต

ขั้นตอนที่ 2 ใช้หลัก SSK ได้แก่ S =สงสัย/คัดกรอง (Suspect/Screening), S = ส่งต่อ (Send) และ K= ความรู้ (Knowledge) มาแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน กิจกรรมที่ได้ดำเนินการแล้ว ได้แก่ โครงการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แกนนำในชุมชน, โครงการรณรงค์ร่วมกับโรงเรียนและชุมชนในการต้านภัยยาเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า, โครงการออกกำลังกายในชุมชน และโครงการคัดกรองสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบคัดกรอง 2Qร่วมด้วย ในรายที่พบ 2Q ผิดปกติ ก็จะติดตามประเมิน 9Q, 8Q ถ้ามีความผิดปกติได้รีบส่งต่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 มีกระบวนกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยมีผู้ดูแลผู้ป่วย คือ อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติ มีระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชโดยการรับส่งต่อข้อมูลจากรพ.แม่ข่าย ทางไลน์กลุ่มประสานงาน และใช้แอป อสม.บัดดี้ เพื่อให้อสม. ออกนัดหมายผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งกลับข้อมูลมาก่อนลงเยี่ยมบ้าน และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. อีกทั้งในผู้ป่วยบางรายที่มีความซับซ้อน จะมีทีมงานที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครองจากอำเภอ เจ้าหน้าที่จากสสอ. ตำรวจ เจ้าหน้าที่จากรพ.แม่ข่าย ออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ประชาชนในชุมชนคลองตาคตได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต ตามแบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรม ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ชุมชนเกิดระบบดูแลช่วยเหลือกันและกัน เกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นภูมิทางใจให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพจิตดี
- มีระบบการส่งต่อ ติดตาม และเฝ้าระวังครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยที่ค้นพบเป็นรายใหม่ และติดตามในรายที่ขาดนัดขาดการรักษาเพื่อกลับเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- การกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงาน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน มีช่องทางการประสานงานกับเครือข่ายได้รวดเร็ว สะดวกขึ้น มีการบูรณาการร่วมกันในชุมชนคลองตาคต
- ชุมชนมีความเข้าใจและให้โอกาส ลดการตีตรา เกิดความร่วมมือในชุมชน ชุมชนเข้มแข็งขึ้น
- การดำเนินกิจกรรมในชุมชนมีความต่อเนื่อง และมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึง



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

หมอราชสาส์นบูรณาการผสานชุมชน ช่วยคนพ้นฆ่าตัวตาย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา

นางขนิษฐา ขันทะกาศ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอราชสาส์น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มปัญหาการโดยพบว่าในปี 2565 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 4 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็น 6.79 ต่อแสนประชากร และในปี 2566 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 4 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็น 15.84ต่อแสนประชากร ในปี 2567มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 8 รายและ ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย คิดเป็น 15.84 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ทุกกลุ่มวัยมีความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการค้นหาคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในทุกวัย เชิงรุก รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางสุขภาพจิต และขึ้นทะเบียน จำนวน 373 ราย อำเภอราชสาส์นจึงกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “คนไทยมีหมอประจำตัวหรือ 3 หมอ” ผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนอย่างใกล้ชิด

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอราชสาส์น และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ ในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 นำหลักการทีม 3 หมอมาใช้ดังนี้ อสม. หมอประจำบ้าน จะเป็นด่านหน้าที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว สามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง ส่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยใช้วัคซีนใจ (ST5, 2Q+) ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ได้ **รพ.สต. หมอสาธารณสุข** จะเป็นตัวกลางเชื่อมต่อจาก อสม. ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิตซ้ำโดยใช้ 2Q+, 9Q, 8Q, OAS, 5 สัญญาณเตือน, เยี่ยมติดตามแบบติดตาม 10 ด้าน คัดกรองสารเสพติดด้วยแบบประเมิน V2 ตลอดจนประสานความช่วยเหลือทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือการคัดกรอง/ค้นหา ประเมินผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดื่มสุราด้วย Assist หรือ AUDIT เพื่อนำเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการคัดกรอง 2Q plus NCD คลินิก และฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้เฝ้าระวังสัญญาณเตือน **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจิตแพทย์ (ได้รับสนับสนุนจาก รพ.แม่ข่าย) หมอครอบครัว** จะเป็นผู้วินิจฉัยให้การดูแลรักษากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มฟื้นฟู รวมไปถึงส่งเสริมปัจจัยทางครอบครัว สังคม ชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกมิติ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับแพทย์เฉพาะทางได้ แบบไร้รอยต่อ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ติดตามดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ
- ติดตามและเฝ้าระวังครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างต่อเนื่องในชุมชน ครบ 100% รวมถึงการลงเยี่ยมเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผลลัพธ์ไม่มีการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม
- หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในครอบครัว SMIV เกิดระบบดูแลช่วยเหลือในชุมชนเกิดวัคซีนใจในชุมชนเป็นเกราะเสริมพลังชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกันและกัน

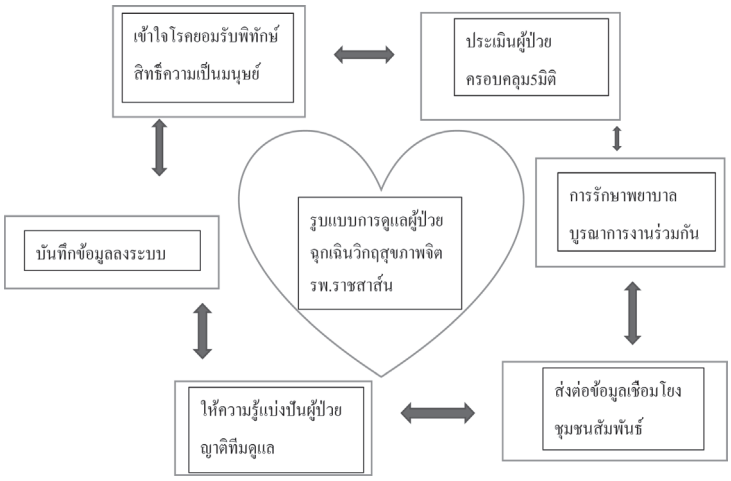
ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ
- ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดผ่านเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ CBTx ชุมชนล้อมรักษ์ โครงการชุมชนบำบัดยาเสพติดอย่างยั่งยืน ผ่านชมรมTO BE NUMBER ONE มีการ case manager จิตเวชและยาเสพติด อำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ชุมชนเข้าใจและให้โอกาส ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ



นวัตกรรมเด่น

กรุณาใส่ Framework หรือ Chart สรุปขั้นตอนหรือรูปแบบการทำงาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และยาเสพติดในโรงพยาบาลราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

คนหนองทุ่ม เบิ่งแงง ฮักแพง ใจ กาย

นางชลธิชา สนทนาวงษ์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือ จังหวัดมหาสารคาม

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลวาปีปทุม มีผู้ป่วยจิตเวชสะสม (F20 - F29) จำนวน 911 ราย ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2565-2567) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองทุ่ม อำเภอวาปีปทุม เป็นลูกข่าย ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน มีประชากร 4,166 คน มีผู้ป่วยสุขภาพจิต 48 คน คิดอัตราป่วยร้อยละ 1.15 กลุ่มป่วยสุขภาพจิตในกลุ่ม 15-34 ปี จำนวน 4 ราย กลุ่มป่วยสุขภาพจิต 35-60 ปีจำนวน 41 ราย กลุ่มป่วยสุขภาพจิต 60 ปีขึ้นไปจำนวน 3 ราย มีผู้ป่วยขาดยา 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 ปี 2566, 2667, 2568 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก้าวร้าวรุนแรง ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ 1, 5, 3 ราย ตามลำดับ ปัญหาหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตคือการขาดยา ในบางรายไม่มีผู้ดูแล ปัจจัยกระตุ้นคือสารเสพติด พฤติกรรมการกินยาไม่สม่ำเสมอและขาดยาสัมพันธ์กับผลการรักษาการป่วยซ้ำ การนอนโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการป่วยซ้ำมีมากกว่าร้อยละ 50 และยังทำให้ชุมชนเกิดความไม่ปลอดภัย การดึงคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการและวางแผนแก้ไขปัญหาจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถพัฒนาต่อยอดงานสุขภาพจิตในชุมชนที่เป็นรูปธรรมขึ้น ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือ จึงได้นำเครื่องดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community mental Health Index) มาใช้ในการสำรวจและวิเคราะห์สถานะสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้เห็นถึงสถานการณ์แต่ละด้าน รวมถึงแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างยั่งยืนต่อไป

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจชุมชนโดยประเมินผ่านเครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านด้านทุนทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ด้านลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน และด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 คืนข้อมูลผลวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือ CMIH ให้กับกลุ่มแกนนำชุมชน ประชาชน ผู้นำทางความคิด อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปกครอง และร่วมวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย

ขั้นตอนที่ 3 ประชาคมและจัดทำแผนของชุมชน ทบทวนชุมชนโดยกลุ่มผู้เข้าประชาคมในประเด็นการดำเนินงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหาจุดแข็ง จุดด้อยในชุมชน แนวทางการแก้ไขปัญหาในชุมชน ซึ่งเกิดแผนพัฒนาชุมชนตามผลการประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ด้านเศรษฐกิจ ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนร่วมกับกิจกรรมที่ดำเนินการประจำ โดย

- ให้ความรู้ในกลุ่มแกนนำที่เข้ามาดูแลช่วยเหลืองานสุขภาพจิต เป็นอสม.บัดดี้ในการติดตามประเมินภาวะสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในชุมชน คัดกรองความเครียด คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของตนเอง ให้ครอบคลุม 10 หมู่บ้านในตำบลหนองทุ่ม
- จัดทีมทุกหมู่บ้านในการออกติดตามเยี่ยม กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยด้านสุขภาพจิต เดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- เกิดแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนครบรอบด้านมากขึ้น โดยใช้ผลการประเมินและวิเคราะห์ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นสะท้อนสิ่งที่ขาดร่วมกับต้นทุนเดิมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น การฝึกอาชีพให้ผู้พิการ การพัฒนาศักยภาพอสม. การคัดกรองสุขภาพจิต การให้ความรู้ในชุมชน เป็นต้น
- เกิดจำนวนเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 10 หมู่บ้าน และอสม.บัดดี้ จำนวน 97 คน
- เกิดกระบวนการดูแลและติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 48 ราย ได้รับเบิ่งแงงสุขภาพใจ กาย, กลุ่มที่ต้องดูแลพิเศษ ได้รับการติดตามกินยา ดูแลร้อยละ 100

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อบต. ตำรวจ เจ้าหน้าที่รพสต. อสม. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่จากรพช.วาปีปทุม ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 รวมถึงประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานทั้งกระบวนการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และติดตาม ปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน
- ชุมชนในพื้นที่เข้มแข็ง เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของชุมชน ทำให้การขับเคลื่อนงานทางด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง



นวัตกรรมเด่น

คนหนองทุ่ม เบิ่งแงง ฮักแพง ใจ กายแพง ใจ กาย

จากปัญหาสุขภาพจิตที่พบในตำบลหนองทุ่ม ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจำนวน 48 คน มีปัญหาการขาดยา การไปตรวจตามนัด รวมถึงการขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผู้ป่วยจำนวน 13 คนที่ต้องติดตามการฉีดยาต่อเนื่อง การกินยา เพื่อป้องกันการกำเริบจึงได้เกิดนวัตกรรม การดูแลโดย **“คนหนองทุ่ม เบิ่งแงง ฮักแพง ใจ กาย”**



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

สุขภาพจิตดีด้วยวิถีชุมชน ตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

นางบุษลักษณ์ สาฆะ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนากลาง โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

ที่มาและความสำคัญ

WHO และกระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิต ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ แต่ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนชนบทด้วยเช่นกัน จากสถิติผู้ป่วยโรควิตกกังวลของประชาชนตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2565-2567 จำนวน 15, 20, 22 คนตามลำดับ ปัญหาปัญหาการฆ่าตัวตาย ปี 2565-2567 จำนวน 2,1,0 รายตามลำดับ รวมถึงจากการประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น ของชุมชนตำบลนากลาง (Community Mental Health Index) พบว่าด้านทุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน และการดูแลสุขภาพจิตใจชุมชน ผลการประเมิน อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ส่วนลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชนซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจน ครอบครัว วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลดังกล่าว ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนร่วมกับสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การสูญเสียวิถีชีวิตดั้งเดิม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ดังนั้นการนำ “วัคซีนใจ” มาดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนร่วมกับการใช้ “วิถีชุมชน” หรือภูมิปัญญา วัฒนธรรม ประเพณีฮีต 12 คลอง 14 ความสัมพันธ์ในชุมชน และการพึ่งพาอาศัยกัน มาเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพจิตที่ดี ให้ชุมชนที่มีความเข้มแข็งมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน และมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งแต่ละชุมชนจะมีสมาชิกที่มีสุขภาพจิตที่ดีกว่าที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน

กระบวนการทำงาน

เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ (Community Participation) และการใช้ทุนทางวัฒนธรรมที่มีอยู่ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1. การเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ (Preparation and Understanding) ขั้นตอนที่ 2. การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ขั้นตอนที่ 3. การวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning) ขั้นตอนที่ 4. การดำเนินงานตามแผน (Implementation) ขั้นตอนที่ 5. การประเมินผลและการถอดบทเรียน (Evaluation and Learning) การขับเคลื่อน “สุขภาพจิตดีด้วยวิถีชุมชน” ในตำบลนากลางเริ่มต้นด้วยการ สร้างรากฐานความเข้าใจและความร่วมมือ โดยทีมงานลงพื้นที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้นำและประชาชน เพื่อจัดตั้งแกนนำชุมชน ผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการส่งเสริมดูแลปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งข้อมูลสุขภาพจิต (ประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น) จากหน่วยบริการและเสียงสะท้อนจากคนในพื้นที่ ควบคู่กับการค้นหา ทุนทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้เห็นภาพปัญหาและศักยภาพอันหลากหลาย นำข้อมูลเชิงลึกที่ได้มาวางแผนปฏิบัติการ กำหนดเป้าหมายและออกแบบกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมบูรณาการกับประเพณีวัฒนธรรมในชุมชน เน้นการสร้างวัคซีนใจในครอบครัว ชุมชน เน้นวัคซีนพลังบวก วัคซีนพลังยืดหยุ่นและการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว ที่ยุคปัจจุบันมีการสื่อสารน้อยลง โลกโซเชียลและสังคมออนไลน์มากขึ้น และวัคซีนพลังความร่วมมือที่เน้นสัมพันธ์ที่ดี

ความเข้าใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในครอบครัว และชุมชน รวมถึงการนำประเพณีงานบุญฮีต 12 คลอง 14 ที่สำคัญของชุมชนตำบลนากลาง เช่น ประเพณีบุญผเหวด บุญบั้งไฟ รดน้ำดำหัวผู้เฒ่าผู้แก่วันสงกรานต์ และบุญข้าวประดับดิน ซึ่งเกิดการการรวมกลุ่มตามวิถีเดิม เช่นรวมตัวที่วัดเมื่อมีงานบุญประจำปี หรือแม้แต่การรวมตัวออกกำลังกาย ที่ทำให้เกิดการประยุกต์การส่งเสริมสุขภาวะทางใจของคนในชุมชนจากการร่วมกิจกรรม การปรึกษาหารือ พูดคุยระหว่างทำกิจกรรม แลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาร่วมกัน มีการติดตามอย่างใกล้ชิด มีการประเมินผลและถอดบทเรียนหาแนวทางสู่ความยั่งยืน เพื่อให้ “สุขภาพจิตดีด้วยวิถีชุมชน” เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตชาวนากลางอย่างแท้จริง

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ประชาชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น: จากเดิมที่ประชาชนมองว่าเป็นเรื่องไกลตัวหรือไม่กล้าพูดถึง จนเข้าใจว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทุกคนมีโอกาสเผชิญ และจัดการดูแลได้

2. ประชาชนมีทักษะการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นเพิ่มขึ้น: ผ่านกิจกรรมที่บูรณาการในวิถีชุมชน ตามฮีต 12 คลอง 14 เช่น ร่วมกิจกรรมบุญบั้งไฟ พาลูกหลานมาร่วมงาน ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อกัน พูดคุยยืดหยุ่นขึ้น ได้เรียนรู้การความเครียดง่ายๆ จาก อสม. หรือแกนนำ ทำให้สามารถดูแลใจตนเองและคนใกล้ชิดได้

3. ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนอบอุ่นแน่นแฟ้นขึ้น: การที่ชุมชนส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่ม ทำกิจกรรมร่วมกันตามประเพณีหรือวิถีเดิม เช่น การการร่วมงานบุญประจำปี เช่นบุญบั้งไฟ มีกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยรื้อฟื้นสายสัมพันธ์ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการพึ่งพาอาศัยกัน ทำให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ไม่โดดเดี่ยว และมีที่พึ่งทางใจ

4. เกิดระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคมในชุมชน: เมื่อความสัมพันธ์ดีขึ้น จะนำไปสู่การที่คนในชุมชนคอยสอดส่องดูแลซึ่งกันและกัน สังเกตเห็นความทุกข์ใจของเพื่อนบ้าน และพร้อมที่จะให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ หรือส่งต่อไปยังแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งเป็น “วัคซีนใจ” ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไม่ให้รุนแรงขึ้น

5. ประชาชนมีพื้นที่ปลอดภัยในการแสดงออกและรับฟัง: กิจกรรมชุมชนที่ส่งเสริมให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้สึก และรับฟังปัญหาโดยไม่ตัดสิน จะช่วยให้ประชาชนรู้สึกว่าตนเองมีพื้นที่ที่จะระบายความในใจ และได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้ความรู้สึกอัดอั้นลดลงและเกิดการเยียวยาทางใจ

6. ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจในวิถีและวัฒนธรรมของตน: การที่ชุมชนเห็นคุณค่าและนำวิถีชีวิต และวัฒนธรรมมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต จะรู้สึกภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ชุมชน จะรู้สึกมีคุณค่าและคงมั่นคงทางจิตใจ

ปัจจัยความสำเร็จ

การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากคนในชุมชน โดยมีแกนนำเข้มแข็งเป็นพลังขับเคลื่อน ควบคู่กับการบูรณาการภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นสิ่งสำคัญการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย เรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำเครื่องมือสำคัญ เช่น แบบประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น และเครื่องมือวัคซีนใจ มาใช้ในการดำเนินงาน และสุดท้ายเกิด กลไกที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจิตของชาวนากลางอย่างแท้จริง





ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

4 เสาหลัก ร่วมสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape) อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

นางปริยกร ชาลีพรม, นางนิยมพร ถาน้อย และคณะ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2565-2567 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 26 ,36 และ 42 รายตามลำดับ และฆ่าตัวตายสำเร็จ 8,11 และ 12 รายตามลำดับ คิดเป็น 10.34, 14.92 และ16.27 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และในปี 2568 ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2568 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 41 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย คิดเป็น 6.88 ต่อแสนประชากร และยังมีผู้รับบริการนอกเขตฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ 2 ราย

ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.63 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ วิธีที่ใช้ร้อยละ 100 คือ ผูกคอ และมีกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-25 ปี พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จโดยวิธีกินยาเกินขนาดจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14 ของพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ และในกลุ่มคนที่มีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง (SMI-V) เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งจากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ผ่านมาพบว่าอำเภอจัตุรัส มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นจากปี 2564-2567 จำนวน 16, 43, 58 และ120 รายตามลำดับและในปี 2568 ณ 12 มิถุนายน 2568 จำนวน 217 ราย แบ่งเป็นสีแดง 3 ราย สีเหลือง 191 รายและสีเขียว 23 ราย ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดนี้เมื่อเสพยาบ้าจะส่งผลให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในครอบครัวและชุมชน เกิดความหวาดกลัว ความไม่มั่นคงทางสังคม และเป็นภาระต่อผู้ดูแลและระบบบริการสาธารณสุข โดยเน้นการดำเนินงานตามแนวทางการค้นหาคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายเชิงรุกในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง โครงการ “4 เสาหลักร่วมสร้างชุมชน สุขภาพจิตดี (Mindscape)” จึงเกิดขึ้นโดยใช้แนวคิด Biopsychosocial Model ผสมผสานมิติจิตใจ ร่างกาย และสังคม ผ่าน 4 เสาหลัก ได้แก่ ทุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน ลักษณะทางสังคมประชากร และการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน มาบูรณาการร่วมกับทุนทางสังคมเดิมของอำเภอจัตุรัสที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง (SMI-V) จนสำเร็จ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 1 เสาเอก 5 เสาหลัก 4 เสาเสริม โดยการบูรณาการผ่านกลไก พชอ.ระดับอำเภอ เน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน อย่างทั่วถึง รวดเร็วและครอบคลุม มุ่งหวังให้ประชาชนเข้าถึงบริการและการดูแลครบทุกมิติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 มีการใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน มาใช้ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน และใช้เครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นมาวิเคราะห์สุขภาพจิตชุมชนผ่านการรับรู้ของประชาชน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออาจสามารถ และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ

ขั้นตอนที่ 2 นำหลักการ 4 เสาหลัก มาใช้โดยดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่เป้าหมาย ดังนี้

เสาหลักที่ 1 : ทุนทางสังคม – อสม.บัดดี้, อสม.แม่ฮัก, อสม.โฮมฮัก, อสม.ฟ้าใส, ชมรมสุขภาพจิตดี, โรงเรียนผู้สูงอายุ, ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสาขา อปท., กลุ่มเยาวชนรักษ์บึงละหาน,และ ชมรม To Be Number One ในระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน

เสาหลักที่ 2 : สิ่งแวดล้อมในชุมชน – ลานกีฬาต้านยาเสพติด, ศาลารวมใจ, ศาลาพักใจ, ศูนย์ CBTx ในชุมชนและปรับจุดเสี่ยงเป็นจุดเช็คอิน

เสาหลักที่ 3 : ลักษณะทางสังคมประชากร – กลุ่มอาชีพต่างๆ, ตลาดนัดชุมชนและตลาดนัดสุขภาพ

เสาหลักที่ 4 : การดูแลสุขภาพจิต – ศูนย์คัดกรองใน รพ.สต., Health Station ในชุมชน วัด โรงเรียน โครงการคู่บัดดี้ฮีลใจสูงวัยสุขภาพจิตดี

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหาผ่านกลไก พชอ. (นำเข้าเป็นประเด็นปัญหา พชอ,)
- การบูรณาการการทำงานร่วมกันจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้ง 4 M
- เกิดคณะทำงานที่มาจากหลากหลายภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/คุ้ม
- ประชาชนมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตตนเองและผู้อื่น
- ชุมชนมีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสารและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- ชุมชนมีมีกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งสาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ อสม. อปท. และภาคประชาชน
- การใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่และระบบติดตามผู้ป่วยเสี่ยงแบบ Spot Map และรายงานระดับสี
- การสื่อสารและสร้างความเข้าใจร่วมอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนาหลักสูตรแกนนำสุขภาพจิตดีในชุมชน Mindscape

นวัตกรรมเด่น

การขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ.ภายใต้ยุทธศาสตร์ 1 เสาเอก 5 เสาหลัก 4 เสาเสริม และบูรณาการการทำงานโดยใช้ชุดเครื่องมือ Mindscape (แบบประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น community mental health index)

บทเรียนที่ได้รับ

- สุขภาพจิตต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไม่ใช่ภาระของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง
- การมีพื้นที่ปลอดภัยทางกายและใจช่วยลดความเครียด และเป็นโอกาสให้คนเปราะบางได้รับการเยียวยา
- ระบบ Mindscape ช่วยสร้างเครือข่ายตอบสนองฉุกเฉินและลดความสูญเสียในพื้นที่จริง

ข้อเสนอแนะเพื่อขยายผล





- ขยายแนวทาง “Mindscape” ไปยังตำบลอื่นที่มีสถานการณ์คล้ายกัน
- พัฒนาหลักสูตรอบรมแกนนำสุขภาพจิตดีในชุมชน เช่น SMI-V การสื่อสารในภาวะวิกฤต
- ส่งเสริมระบบติดตามผู้ป่วยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ Spot Map และระบบรายงาน
- หนุนเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมแผนงานสุขภาพจิตและป้องกันปัญหายาเสพติด

ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

การดูแลสุขภาพจิตโดยใช้หลัก AIMS ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตำบลค้อเหนือ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

นางวรรณภา ทองบ่อ *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
รพ.สต.บ้านดอนกลอย ตำบลค้อเหนือ อ.เมือง จังหวัดยโสธร

ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร พบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ช่วงเดือน มกราคม - มิถุนายน 2568 จำนวน 10 ราย ร้อยละ 7.91 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย สสจ.ยโสธร) พื้นที่ตำบลค้อเหนือ จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (2563 -2568) พบว่า เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 1 ราย ปีพ.ศ. 2564 ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 ราย และข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2568 พบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย โดยแยกช่วงอายุระหว่าง 20 -59 ปี จำนวน 1 ราย ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ราย จากการสอบสวนโรคเบื้องต้นพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว การเพิกเฉย ความน้อยใจ ครอบครัวไม่ใส่ใจ คิดว่าไม่มีความสำคัญ รองลงมาคือปัญหาหนี้สิน ความยากจน ขาดคนดูแล และปัญหายาเสพติด จากข้อมูลคัดกรองสุขภาพจิตตำบลค้อเหนือทุกกลุ่มวัย จำนวน 418 คน มีภาวะเครียดสูง จำนวน 18 ราย ร้อยละ 4.31 ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 30 ราย ร้อยละ 7.18 ข้อมูลจากโปรแกรม (Mental health check in) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่ต้องเฝ้าระวังติดตาม จำนวน 27 ราย สิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง และคัดกรองเบื้องต้น ชุมชนตำบลค้อเหนือจึงได้นำ **ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index)** มาใช้เป็นเครื่องมือประเมิน และพัฒนาศักยภาพของชุมชนสู่การเป็น “ชุมชนสุขภาพจิตดี” อย่างยั่งยืน รวมถึงสามารถรับมือกับความท้าทายในชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง เป็นชุมชนที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยไม่ถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติ

ผลการประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health index) จำนวนผู้เข้าร่วมประเมิน 36 คน ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ 2568

ตัวชีวัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับแปลผล
ด้านที่ 1 ทุนทางสังคม (Social capital)	36	31.58	สูง
ด้านที่ 2 สิ่งแวดล้อมในชุมชน (Environment)	36	18.31	ค่อนข้างสูง
ด้านที่ 3 ลักษณะทางสังคม (Sociodemographic)	36	26.69	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community mental health care)	36	29.06	สูง

จากการวิเคราะห์ชุมชน จากข้อมูลตัวชี้วัดทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ทุนทางสังคม ระดับการแปลผล รับสูง ร้อยละ 31.58 ในการดำเนินงานการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ร่วมวางแผนงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข็มแข็งในพื้นที่ประกอบ ด้วย อบต ค้อเหนือ ผู้นำชุมชน ผรส. มีการเฝ้าระวัง จัดเวรยาม ตรวจความปลอดภัยในหมู่บ้าน

สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือ วันอังคาร และวันศุกร์ และมีการสนับสนุน จาก อบต. ค้อเหนือ ในการจัดกิจกรรม ถนนสายวัฒนธรรมในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

ด้านที่ 2 สิ่งแวดล้อมในชุมชน ระดับการแปลผล ระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 18.34 พื้นที่ตำบลค้อเหนือได้รับการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. มีการจัดพื้นที่ปลอดภัยทางด้านจิตใจในชุมชน ปรับปรุงภูมิทัศน์ ปลูกต้นไม้ ที่สวนสาธารณหนองขี้นาก ในการผักผ่อนหย่อนใจของประชาชนในพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนลานกีฬาต้ายาเสพติด สนามเด็กเล่นในหหมู่บ้าน จาก อบต.ค้อเหนือ เพื่อให้เยาวชนประชาชนได้ออกกำลังกายมีกิจกรรมร่วมกันในวันหยุด

ด้านที่ 3 ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน ระดับการแปลผล ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.69 พื้นที่ได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่าย เกษตรตำบล กศน. พัฒนาชุมชน ตำบลค้อเหนือ ดังนี้ การสนับสนุนอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ของคนในชุมชน เช่น การปลูกผักสวนครัว การจัดทำอาหารแปลรูปในพื้นที่ แจ่วบอง การส่งเสริมหัตถกรรมการทอผ้าพื้นบ้าน สนับสนุนส่งเสริมการศึกษานอกระบบในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และจัดหาตลาดเพื่อรองรับการจำหน่ายสินค้าในชุมชน พัฒนาการองค์ความรู้เรื่องสุขภาพจิต ในชุมชน การสร้างความสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว การมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมวันสำคัญหมู่บ้าน

ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ระดับการแปลผล ระดับสูง ร้อยละ 29.06 พื้นที่ตำบลค้อเหนือมีการคัดกรอง เยี่ยมติดตาม โดยแกนนำ อสม. เดือนละ 1 ครั้ง มีระบบการรายงาน ให้คำปรึกษา ส่งต่อ ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง ผ่านช่องทางไลน์ ฟื้นใจไทยยโสธรตำบลค้อเหนือ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

กระบวนการในการดำเนินงาน

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในตำบลค้อเหนือ ใช้ **CMHI** เป็นทั้งเครื่องมือประเมินสถานการณ์และกรอบแนวทางในการวางแผนพัฒนา ในชุมชน โดย อปท เกษตรตำบล ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน โดยมีกระบวนการทำงานที่ครอบคลุม 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจ และประเมินสถานการณ์ (Assessment & Planning) เช่น ปัญหาความเครียด การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยระบุกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ เยาวชน ผู้ว่างงาน ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 มุ่งเน้นการสร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วม (Awareness & Engagement) พัฒนาศักยภาพ อสม แกนนำชุมชน อบรมการคัดกรองสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรม Mental Health Check in สัญญาณเตือนเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และระบบการส่งต่อ ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมตามแผน (Implementation) ในกลุ่มเปราะบาง จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาในวัด หรือ อบต. โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีระบบการช่วยเหลือผ่านช่องทางระบบไลน์ และจัดสถานที่ปลอดภัยในชุมชน กิจกรรมผ่อนคลาย การทำสมาธิ หรือการออกกำลังในชุมชนทักวันพุธ หรือวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) โดยการประเมินผลความพึงพอใจ ติดตามเยี่ยม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างความยั่งยืน (Sustainability) สร้างทีมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ลดอคติที่มีต่อผู้ป่วย และให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล การผ่อนคลายความเครียด ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตด้วยตนเอง ด้วยโปรแกรม Mental Health Check in

ผลลัพธ์

1. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเครือข่ายแกนนำ โดยใช้โปรแกรม Mental Health Check in จำนวน 210 ราย
2. จัดประชุมญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช และจิตเวชจากการให้สารเสพติด สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่า ตัวตาย จำนวน 27 ราย
3. มีการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา ถนนสายวัฒนธรรมในหมู่บ้าน
4. จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพในชุมชน ณ ศูนย์การเรียนรู้ โคกหนองนาโมเดล
5. ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมิน 2 Q Puls, 9Q, 8Q จำนวน 33 คน
6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช และจิตเวชจาการใช้สารเสพติด จำนวน 27 คน
7. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด และซึมเศร้า จำนวน 6 คน
8. กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ และได้รับการส่งต่อ จำนวน 2 คน
9. การดำเนินงานได้ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรอง 8Q Positive 1 ข้อ ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง จำนวน 8 ราย

ปัจจัยความสำเร็จ

จากการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พื้นที่เกิดความร่วมมือ มีการวางแผน วิเคราะห์ปัญหา และการประสานงานภายในพื้นที่ ก่อให้เกิดความเข็มแข็งภายในชุมชน ชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ชุมชนสามารถสร้างเกราะป้องกันทางใจ และประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการความเครียด สัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และชุมชนมีมาตรการติดตามการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยแกนนำชุมชน อสม. ออกเยี่ยมติดตาม ให้กำลังใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยยึดหลักการ 2 ย 1 ช (ยาดี ญาติดี ชุมชนเข็มแข็ง) เพื่อสร้างวัคซีนใจชุมชนให้มีความเข็มแข็ง

อุปสรรคที่พบ

การการดำเนินงานพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ยังไม่เปิดใจในการพูดคุย ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปราะบางดังกล่าวยากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

ถลางสุขภาพจิตดี ชุมชนบำบัดใจ ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

นายสถาพร วาจาสัตย์ *สาธารณสุขอำเภอถลาง*
นางสาวอภิญญา ยุทธกาศ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ*
สำนักงานสาธารณสุข อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ 5 มาตรการหลักในการดำเนินงานระดับพื้นที่ อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบอัตราการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี โดยมีผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงกว่า 180 รายในช่วงปี 2566–2568 จึงพัฒนาโครงการ “ชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืน” โดยบูรณาการความร่วมมือกับสถานีตำรวจทั้ง 4 แห่งในเขตอำเภอถลาง ใช้แนวทางบำบัดแบบ CBT ผสานกับ Satir Model เพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตและลดพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

กระบวนการดำเนินงาน

เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์บริบทชุมชนโดยใช้ เครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index : CMHI) และ SWOT เพื่อประเมินทุนทางสังคมและปัจจัยสุขภาพจิต พบข้อจำกัดด้านโครงสร้างครอบครัวและการเข้าถึงบริการ ใช้จุดแข็งด้านเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวของพื้นที่ถลางมาประยุกต์ในการออกแบบการบำบัดที่เหมาะสม พัฒนาแนวทางบำบัดด้วย CBT ร่วมกับ Satir Model เพื่อเสริมพลังภายในปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ดำเนินงานร่วมกับตำรวจ ผู้นำชุมชน อปท. และหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อจัดกิจกรรมกลุ่มที่เข้าถึงง่ายและยั่งยืน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ทีมสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายคัดกรองและจำแนกผู้ใช้สารเสพติดตามระดับ
2. ประเมินความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Esteem) ประเมินก่อน–หลังการบำบัด เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตัวเองและการมองตนเองในแง่บวก
3. กิจกรรมกลุ่มบำบัด CBT–Satir จัดกิจกรรมกลุ่ม 12–16 สัปดาห์ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ แรงจูงใจ ทักษะชีวิต และความสัมพันธ์
4. การติดตามและประเมินผล 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี ด้วยการสัมภาษณ์ ลงติดตามในพื้นที่พร้อมสหวิชาชีพตรวจปัสสาวะ

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ (Output)

มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดจำนวน 55 ราย เข้ารับการบำบัดต่อเนื่อง 41 ราย คิดเป็น 74.5% ผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดครบตามระยะเวลา และประเมิน Self-Esteem ก่อนและหลังบำบัด พบว่ามีแนวโน้มการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทิศทางบวก

ผลลัพธ์ต่อประชาชน (Outcome)

ผู้เข้ารับการบำบัด 10 ราย (18.0%) ลดความถี่การใช้ยาเสพติดจาก 5–7 ครั้ง/สัปดาห์ เหลือ 1–4 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้เข้ารับการบำบัด 26 ราย (47.2%) ลดลงเหลือ 1–2 ครั้ง/เดือน และ ผู้เข้ารับการบำบัด19 ราย (35.0%) สามารถงดใช้ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องเกิน 3 เดือน Impact (ผลกระทบระยะยาว) ผู้รับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น กลับคืนสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม ขณะที่ชุมชนมีความเข้มแข็งจากกระบวนการมีส่วนร่วมและบูรณาการภาคีเครือข่าย

นวัตกรรมเด่น

"คู่มือบำบัดใจ ปรับเปลี่ยนชีวิต: CBT–Satir Community Model"

ที่มาและความสำคัญ จากข้อจำกัดของ Matrix Program ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชน จึงได้พัฒนา "คู่มือบำบัด CBT–Satir ในชุมชน"เป็นกระบวนการที่เรียบง่าย และดำเนินการโดยบุคลากรในพื้นที่ ผสานแนวคิด CBT ที่มุ่งปรับความคิดและพฤติกรรมกับ Satir Model ที่เสริมพลังภายในและการเห็นคุณค่าในตนเอง ผ่านกิจกรรมกลุ่ม 12–16 ครั้ง ภายใน 3–4 เดือน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูตนเองอย่างลึกซึ้งและยั่งยืน

ผลลัพธ์ของนวัตกรรม

ช่วยเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้เข้ารับการบำบัด ลดอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สามารถประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายกัน และเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ภาคีเครือข่าย: สถานีตำรวจ นายอำเภอ อปท. ผู้นำชุมชน ทำงานเชิงรุก
2. ผู้รับการบำบัด: เปิดใจและมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง
3. เจ้าหน้าที่: มีจิตสาธารณะและความต่อเนื่องในการดูแล
4. ภาครัฐ/เอกชน: สนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาอุปสรรคที่พบและแนวทางการแก้ไข

ปัญหาอุปสรรค สิ่งแวดล้อมยังเอื้อต่อการเข้าถึงยาเสพติด / ผู้เสพบางรายขาดแรงจูงใจ

แนวทางแก้ไข ใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) พัฒนาเครือข่ายครอบครัว ผู้นำชุมชนร่วมฟื้นฟู สร้างพื้นที่ปลอดภัยในชุมชนและกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าในตน

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

1. ควรขยายระยะเวลาการดำเนินโครงการและต่อยอดเป็นระบบฟื้นฟูในระยะยาว
2. ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด
3. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลแบบรายบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ





กิจกรรม : ค้นหาผู้ใช้/ผู้เสพ สารเสพติด ในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คัดกรองและจำแนกประเภทผู้ใช้สารเสพติด

กิจกรรม : การประเมินระดับความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Esteem)

กิจกรรม : การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวทาง CBT ร่วมกับ Satir Model และการตรวจปัสสาวะ

ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

พลังชุมชนเพื่อสุขภาพจิตดี วิถีแห่งความเข้าใจ@เขาชัยสน

นางสาวสุชาดา นวนทอง *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากนโยบายยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนให้ทั่วถึงและเป็นธรรมของกระทรวงสาธารสุข “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน” เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เสริมสร้างเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ บูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ พื้นที่อำเภอเขาชัยสนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในส่วนของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยซึมเศร้า ปัญหาความรุนแรง และปัญหาการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา 2565 - 2567 อำเภอเขาชัยสนมี อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ คิดเป็น 9.30 11.11 และ 15.45 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากปัญหาดังกล่าว อำเภอ เขาชัยสนจึงกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมโดย ผ่านกลไก ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินระดับสุขภาพจิตของชุมชน และกำหนดทิศทางการพัฒนาที่เหมาะสม กับบริบทพื้นที่เพื่อก่อให้เกิด **ชุมชนสุขภาพจิตดี** เกิด“ระบบ” ที่เข้มแข็ง โดยมีเครือข่ายชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ เชื่อมโยง“ข้อมูลเชิงประจักษ์” กับ “การขับเคลื่อนเชิงพื้นที่” เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมในการดูแลจิตใจของคนทุกช่วงวัยอย่างรอบด้านและยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

การพัฒนา “ชุมชนสุขภาพจิตดี” เป็นกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพจิตของประชาชนอย่างครอบคลุม โดยอาศัยหลัก “การมีส่วนร่วมของชุมชน” แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ขั้นการวิเคราะห์บริบทชุมชน ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาดำเนินงาน ผ่านเวทีประชาคม Mental Health Check-In และดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น CMHI ผลลัพธ์ที่คาดหวัง เข้าใจปัญหาและศักยภาพของชุมชน

(2) ขั้นการดำเนินงาน ภายใต้แนวคิด T–P–A–R กับการพัฒนาไปสู่ “ชุมชนสุขภาพจิตดี” การดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการความร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย เน้นเป้าหมายดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่ร่วมกัน เน้นประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง ผ่านกลไกและกิจกรรมที่เน้น 4 เสาหลักของชุมชนสุขภาพจิตดี

T = Team มีทีมสุขภาพจิตชุมชนที่เข้มแข็ง จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย แต่งตั้งคณะทำงานในพื้นที่

P = Plan มีแผนสุขภาพจิตชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีการจัดทำแผนงานโครงการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับ 4 เสาหลักของชุมชนสุขภาพจิตดี ทุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในสังคม ลักษณะทางสังคม และการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

A = Activity มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ดำเนินกิจกรรมที่ครอบคลุม 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

R = Result “มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ตรวจสอบได้” ชุมชนสามารถวัด “สุขภาพจิตชุมชน” เกิดการดูแลอย่างยั่งยืน

(3) ขั้นการติดตาม ประเมิน และพัฒนา ระบบการติดตามและประเมินผล ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนคือ สุขภาพจิตที่ดีขึ้น พฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมขึ้น การเข้าถึงบริการที่สะดวกขึ้น ความพึงพอใจและความมั่นใจในชุมชนเพิ่มขึ้น และชุมชนมีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น จากการดำเนินงานนี้ยืนยันว่า *“ชุมชนเข้มแข็ง ใจคนก็แข็งแรง”* หากชุมชนทุกแห่งร่วมมือกัน ช่วยเหลือกัน และได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม ก็จะสามารถยกระดับสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน **4A Framework: ACCESS** = เข้าถึงบริการ **ADHERENCE** = ติดตามต่อเนื่อง **ADVOCATES** = พัฒนาอาสาสมัคร **ASSESSMENT** = ประเมินผลด้วย CMHI **ผลลัพธ์หลัก:** อัตราการฆ่าตัวตาย = 0 **สูตรการทำซ้ำ:** ผู้นำท้องถิ่น + อาสาสมัครที่ฝึกอบรม + การติดตามอย่างเป็นระบบ + เป้าหมายครอบคลุม 100%



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

(ก) เข้าถึงบริการและการรักษาง่ายขึ้น: ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือในชุมชนคลอบคลุมมากขึ้น ไม่ มีการจัดตั้ง **“ศูนย์พักใจ”** เทศบาลตำบลโคกม่วง

(ข) ติดตามต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบ: ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 42 ราย และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 14 คน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพจิตชุมชน มีการคัดกรอง 2Q 8Q ในกลุ่มเสี่ยงทุกราย ส่งผลให้ในปี 2568 อัตราการฆ่าตัวตายเป็น 0

(ค) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและแกนนำชุมชน: จัดอบรม “นักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน” **จำนวน 60 คน** เพื่อออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุและเปราะบางถึงบ้าน มีโครงการอบรม อสม. และญาติผู้ป่วยจิตเวชให้รู้จักการคัดกรองโรคซึมเศร้า จน 80% ของผู้เข้าร่วมมีความรู้และทักษะในการคัดกรองโรคซึมเศร้าได้จริง

ปัจจัยความสำเร็จ

“ความสำเร็จของชุมชนสุขภาพจิตดีเกิดจากการผสานพลังของคนในพื้นที่ ข้อมูลที่แม่นยำ ผู้นำที่เข้าใจปัญหา และการทำงานเชิงรุกอย่างมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน”





นวัตกรรมเด่น ซาเล้งสุขภาพ คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่

แนวคิด “ซาเล้งสุขภาพ” หรือ “คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่” Mind Mobile คือการใช้พาหนะเคลื่อนที่ รถ มอเตอร์ไซค์สามล้อ เพื่อไปถึงพื้นที่ต่างๆ ในชุมชนที่มีการรวมกลุ่ม กลุ่มเปราะบาง หรือชุมชนที่เข้าถึงบริการสุขภาพยาก โดยให้บริการให้ความรู้ คัดกรอง การให้คำปรึกษา และส่งต่อ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสามารถส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสามารถ คัดกรอง ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว

ผลลัพธ์ที่ได้ : ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว ความพึงพอใจในภาพรวม 98.2



ชุมชนสุขภาพจิตดี (Mindscape)

ชุมชนบุญอยู่สุขภาพจิตดี เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร

นางสาวรุ่งระวี ชัยวิรัชติกุล *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ที่มาและความสำคัญ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี 2568 มีการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนบุญอยู่ ซอยเอกชัย 35/2 ถนนเอกชัย แขวงบางขุนเทียน เขตจอมทอง จากแกนนำชุมชนที่ตอบแบบประเมินทั้งหมด 32 คน โดยใช้เครื่องมือ Community Mental Health Index ให้เกิดการประเมินสุขภาพจิตของชุมชนตนเอง ผ่านมุมมองและการรับรู้ของประชาชนที่อยู่ในชุมชน เป็นโอกาส ในการนำผลลัพธ์การประเมินที่ได้ไปต่อยอดสู่การพัฒนาชุมชนของตนเองทางด้านสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น ด้านที่ 1 ทุนทางสังคม (Social Capital) คะแนนเฉลี่ย 27.38 (ปานกลาง) ด้านที่ 2 สิ่งแวดล้อมในชุมชน (Environment) คะแนนเฉลี่ย 16.03 (ปานกลาง) ด้านที่ 3 ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน (Sociodemographic) คะแนนเฉลี่ย 23.56 (ค่อนข้างต่ำ) ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community Mental Health care) คะแนนเฉลี่ย 22.25 (ปานกลาง) และมีสุขภาพจิตชุมชน (ค่าเฉลี่ย) ในระดับแปลผล ปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 89.22 ผลการประเมินที่ได้จากเครื่องมือ “ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น : Community Mental Health Index” จะช่วยให้เห็นโอกาสในการพัฒนาต่อยอดชุมชนตนเองต่อไป ในการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของพื้นที่เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สำนักงานเขตจอมทอง และสถานีตำรวจนครบาลบางขุนเทียน ในการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน จากแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมทั้งหมด 32 คน โดยใช้เครื่องมือ Community Mental Health Index ให้เกิดการประเมินสุขภาพจิตของชุมชนตนเอง ผ่านมุมมองและการรับรู้ของประชาชนที่อยู่ในชุมชน เป็นโอกาส ในการนำผลลัพธ์การประเมินที่ได้ไปต่อยอดสู่การพัฒนาชุมชนของตนเองทางด้านสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเพื่อทำแผนยกระดับตามผลที่ได้จากการประเมิน CMHI จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตชุมชนและผลจากการประเมิน CMHI เครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สำนักงานเขตจอมทอง และสถานีตำรวจนครบาลบางขุนเทียน ได้ร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิตเชิงรุกในชุมชนบุญอยู่ มีการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิตในชุมชน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร และมีประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ เน้นการเชื่อมโยง อาหารเป็นยา และ สุขภาพจิตชุมชนเข้าด้วยกัน โดยใช้พลังของอาหารที่มีวัตถุดิบในท้องถิ่นเป็นเครื่องมือฟื้นฟูสุขภาพจิต ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในชุมชน และสร้างความเข้มแข็งด้านทุนทางสังคม ผ่านกิจกรรมที่เชื่อมโยงระหว่าง “อาหาร – ความรู้สึก – ความสัมพันธ์”

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนทรัพยากร ความรู้ ให้แก่พื้นที่ให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร สามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว มีทีม อสส. ที่เข้มแข็งในพื้นที่ในการคัดกรองและประเมินทางด้านสุขภาพจิต การสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ เป็นตัวกลางเชื่อมต่อทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ตลอดจนประสานความช่วยเหลือ และได้รับการติดตามหนุนเสริมการทำงานสุขภาพจิตจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รวมทั้งความร่วมมือระหว่างสำนักงานเขตจอมทอง และสถานีตำรวจนครบาลบางขุนเทียนในการรวมกลุ่มแกนนำ ผู้สูงอายุ เยาวชน หรือกลุ่มเปราะบาง มาร่วม “ปรุงอาหารสุขภาพจิต” ด้วยเมนูพื้นบ้านที่เชื่อมโยงกับความทรงจำดี ๆ หรือส่งผลทางชีวภาพต่ออารมณ์ เช่น อาหารที่มีสารเพิ่ม serotonin (ข้าวกล้อง ถั่วเหลือง กล้วย มะม่วง ขิง ฯลฯ) กิจกรรมเล่าเรื่องในครัว (Kitchen Story Circle) : เวทีเล็ก ๆ ให้สมาชิกได้พูดถึงความทรงจำในวัยเด็กกับอาหาร หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนในหัวข้อ “วันนี้คุณรู้สึกอย่างไร” กิจกรรมสวนครัวสุขใจ (Community Garden for Mental Health) : ปลูกพืชสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณด้านสุขภาพจิต เช่น ตะไคร้ (คลายเครียด) ใบโหระพา (ปรับสมดุลอารมณ์) ดอกอัญชัน (ผ่อนคลาย) โดยเงินอุดหนุนชุมชนโครงการชุมชนเข้มแข็งพัฒนาตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของสำนักงานเขตจอมทอง

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ด้าน	ประโยชน์ที่ได้รับ
☑ สุขภาพจิต	community resilience มีระดับคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ความเครียดของประชาชนลดลง เพิ่มพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์
☑ ทุนทางสังคม	เพิ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน
☑ สิ่งแวดล้อม	พัฒนาพื้นที่สีเขียวและกิจกรรมที่มีความหมายร่วมกัน
☑ เศรษฐกิจพอเพียง	สนับสนุนแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงด้วยวัตถุดิบในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ บูรณาการคนเงินของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับเขต
- การบูรณาการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เครือข่ายเข้มแข็งมีความร่วมมือข้ามภาคส่วนอย่างเป็นระบบ
- การใช้ข้อมูลจริงจากการประเมิน CMHI และร่วมกันวางแผนตามบริบท เป็นฐานการวางแผนพัฒนาต่อเนื่องให้กิจกรรมมีความหมาย สร้างพลังใจ เชื่อมโยงอาหาร-ความรู้สึก-ความสัมพันธ์ โดยการใช้ทรัพยากรชุมชนได้คุ้มค่า ชุมชนพึ่งตนเองในท้องถิ่น และลดการพึ่งพาภายนอก
- การติดตามดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และมีระบบเฝ้าระวัง มี อสส.และหน่วยงานหลักคอยสนับสนุน



นวัตกรรมเด่น

“ครัวใจสุข” (Mindful Kitchen Hub) “ปรุงอาหารสุขภาพจิต” ด้วยเมนูพื้นบ้านที่เชื่อมโยงกับความทรงจำดี ๆ เล่าเรื่องในครัว (Kitchen Story Circle) ความทรงจำในวัยเด็กกับอาหาร “วันนี้คุณรู้สึกอย่างไร”

“สวนครัวสุขใจ” (Community Garden for Mental Health) : ปลูกพืชสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณด้านสุขภาพจิต

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

Mindful Workplace : องค์กรใส่ใจ...พนักงานสุขใจ

วรณัน นกเที่ยง *เจ้าหน้าที่พัฒนาองค์กร*
บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) ศูนย์กระจายสินค้า RDC ลำพูน

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ความเครียดเป็นประเด็นสาธารณสุขที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง โดยพบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคเครียด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของความเครียดนั้นมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ เมื่อพิจารณาในบริบทของการทำงาน พบว่า ลักษณะและรูปแบบการทำงานในปัจจุบันมีส่วนอย่างมากในการสร้างความกดดันและความเครียดให้กับพนักงาน ไม่ว่าจะเป็นการแข่งขันที่สูงขึ้น ความคาดหวังที่มากขึ้น ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ความไม่มั่นคงในอาชีพ การเผชิญกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรือแม้แต่บรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาวะทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout Syndrome) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลและจัดการอย่างเหมาะสม อาจทำให้พนักงานลาออกและส่งผลต่อสุขภาพได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ศูนย์กระจายสินค้า RDC ลำพูน จึงอยากเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาความเครียดในกลุ่มพนักงาน การตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างบริบทการทำงานกับสุขภาวะทางจิตใจของพนักงาน และการกำหนดนโยบายหรือโครงการที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพใจในองค์กร จึงไม่ใช่เพียงแค่เรื่องของความรับผิดชอบต่อสังคม แต่ยังเป็นสิ่งที่ส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความผูกพันธ์ของพนักงานต่อองค์กร และความยั่งยืนของธุรกิจในระยะยาว การลงทุนในสุขภาพใจของพนักงานจึงถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและจำเป็นอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน

กระบวนการทำงาน

1. **วางแผนและเตรียมความพร้อม**
   - ประชุมหารือขออนุมัติจากผู้บริหารและแจ้งวัตถุประสงค์ให้กับผู้จัดการฝ่ายทุกฝ่ายทราบ
   - ทำแบบสอบถามเพื่อประเมินปัญหาของพนักงาน เพื่อนำข้อมูลมาออกแบบเนื้อหาให้ตรงจุด
   - กำหนดวัตถุประสงค์และเนื้อหาให้ครอบคลุมความสำคัญ
   - คัดเลือกวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
   - จัดทำงบประมานและตารางการอบรม
2. **ดำเนินการอบรม**
   - มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย Workshop การระดมสมอง เล่นเกมส์แจกรางวัล
   - มีช่องทางการปรึกษาเบื้องต้นกับวิทยากร มีการถาม-ตอบหลังอบรม
3. **การติดตามและประเมินผล**
   - เก็บข้อมูลพนักงานที่เข้าร่วม
   - ให้พนักงานทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมและเสนอข้อเสนอแนะต่างๆ
   - สรุปผลและรายงานต่อผู้บริหาร

ผลลัพธ์ถึงพนักงาน

1. พนักงานมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 100)
2. พนักงานมีทักษะด้านจัดการความเครียดและอารมณ์ด้านลบ มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์มากขึ้น
3. พนักงานสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น
4. พนักงานมีประสิทธิภาพการทำงานที่ดีขึ้น
5. พนักงานมีความผูกพันธ์ต่อองค์กรเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหาร มีการจัดสรรบุคลากร งบประมาน และเวลาในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ
2. การมีส่วนร่วมของพนักงาน
3. การออกแบบเนื้อหาและการอบรมที่เหมาะสม
4. มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนระยะยาว

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ปัญหาและอุปสรรค

- พนักงานบางส่วนไม่เข้าใจมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวไม่ควรเปิดเผยกลัวถูกล้อเลียน
- กำลังคนในแผนกมีค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโควต้า

แนวทางแก้ไข

- ทำการประชาสัมพันธ์สื่อสารโครงการอย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำความสำคัญของสุขภาพจิต
- จัดเวลาการเข้าอบรมให้อยู่ในช่วงปริมานงานน้อย หน่วยงานสามารถจัดสรรพนักงานมาอบรมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

1. ประเมินผลโครงการและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. ผลักดันข้อเสนอแนะการสร้างสุขในองค์กรของพนักงานให้เกิดขึ้น

การอบรมสุขภาพจิตในการทำงาน



กิจกรรมกีฬาสร้างสุข



กิจกรรมไหว้พระ ธรรมะบำรุงจิต



กิจกรรม Hero of All และ 1 คน 1 ความดี ส่งเสริมให้ทุกคนเป็นคนดี



การส่งเสริมให้พนักงานแสดงความสารถด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการทำงาน



กิจกรรมสร้างผูกพันธ์ของพนักงาน





ผลการสำรวจความผูกพันธ์ของพนักงานที่มีต่อองค์กร
ได้คะแนน 4.68 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

ความสุขใจใกล้ฉัน @ กฟผ.เขื่อนสิริกิติ์

นางสาวพัชราภรณ์ ยองเพชร *นักวิทยาศาสตร์ ระดับ 7*
การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงตั้งแต่ปีพ.ศ.2563 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) เขื่อนสิริกิติ์ มีการประเมินความผูกพันของผู้ปฏิบัติงานกับองค์กรที่รวมไปถึงด้านจิตใจทุกปี เมื่อศึกษาข้อมูลในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมามีผลการประเมินด้านจิตใจปีพ.ศ.2565 ร้อยละ 85 และปีพ.ศ.2566 ร้อยละ 79 ซึ่งลดลงอย่างเห็นได้ชัด แปลว่าความสุขของผู้ปฏิบัติงานในที่ทำงานลดลง โดยการประเมินจะเป็นหัวข้อของการจัดการความเครียดและความมสุขในที่ทำงาน กฟผ. เขื่อนสิริกิติ์ จึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดและเพิ่มความสุขในที่ทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทั้งเชิงรุกที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพกาย ใจ รวมถึงความปลอดภัย และเชิงรับที่ใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีความเครียดหรือมีความเสี่ยงที่ต้องได้รับคำปรึกษา หรือการรักษาจากนักจิตบำบัด หรือจิตแพทย์ โดยมุ่งหวังให้คะแนนประเมินด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงานปีพ.ศ.2567 ต้องเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2565, 2566 และมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนและเขียนโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจิต ใช้ข้อคำถามจากการประเมินความผูกพันด้านจิตใจมาพิจารณา เพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยฝ่ายแพทย์และอนามัย เป็นผู้กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดยกำหนดทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่ และค่าดำเนินการ อย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานตามแผน

1. จัดทำแบบประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจ เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงเบื้องต้น และสามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวัง หรือให้การช่วยเหลือโดยการรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ข้อมูลของผู้ทำการประเมินจะถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้ที่มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้น

2. ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่วางแผนไว้ทั้งหมด 3 โครงการ คือ องค์กรแห่งความสุข สบาย MIND The Carnival และบริการปรึกษาสุขภาพใจออนไลน์ รวมไปถึงการจัดการอบรมหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพใจทั้งหมด 7 หลักสูตร เช่น เสริมสร้างสุขภาพใจวัยทำงาน, Fit to mind fine to work 67 หัวข้อ รักษ์ ใจ วัยทำงาน Bye Bye Burn-out เป็นต้น เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเครียดในที่ทำงาน และสร้างความสุขให้ตนเอง

3. การติดตามและวัดผลการดำเนินการ โดยใช้แบบประเมินความผูกพัน กฟผ. ที่มีหัวข้อเกี่ยวด้านจิตใจเพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ของโครงการ กิจกรรม การอบรม ที่จัดขึ้น ในปี 2567 และเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงในปีต่อๆ ไป

4. การดูแลสุขภาพใจอย่างยั่งยืน โดยมีการคงไว้ซึ่งแบบประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจ และผู้ที่ต้องการรับคำปรึกษาสามารถเลือกช่องทางการรับคำปรึกษาได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องผ่านบุคคลในที่ทำงาน และไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ที่ต้องได้รับคำปรึกษา หรือผู้ที่ต้องพบจิตแพทย์ กล้าที่จะพูดคุยและมั่นใจว่าข้อมูลของตนเองจะถูกเก็บเป็นความลับส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลความผูกพันด้านจิตใจเป็นประจำทุกปี เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และช่วยให้งานได้ผล คนเป็นสุข

ผลลัพธ์

- ผลการประเมินความผูกพัน กฟผ. ด้านจิตใจปีพ.ศ. 2567 มีคะแนนร้อยละ 85.37 หมายถึง เป็นปัจจัยที่มีคะแนนสูง หรือเป็นแบบอย่างที่ดีของ กฟผ.
- มีการติดตามและเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงด้านจิตใจ จากแบบประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจ
- ผู้ปฏิบัติงานมีภูมิคุ้มกันด้านจิตใจ และมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจิตของตนเอง ผ่านการประเมิน การอบรม หรือการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น สามารถรับมือกับความเครียดจากงาน และป้องกันไม่ให้เกิดโรคทางจิตเวชได้

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ
- มีทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่ และค่าใช้จ่าย สำหรับการดำเนินงานตามแผน
- ผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้ถึงการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และมีการใช้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีความไว้ใจที่จะรับบริการ
- ภูมิศาสตร์ของสถานที่ทำงาน ที่เอื้อต่อการเดินทาง การพักอาศัย อยู่ท่ามกลางธรรมชาติ และชมรมกิจกรรมต่างๆ เช่น ชมรมกีฬา ชมรมบอร์ดเกมส์ เป็นปัจจัยที่ช่วยในการจัดการความเครียดได้ดี และเพิ่มความสุขให้กับผู้ปฏิบัติงานเพราะได้ทำกิจกรรมที่ชอบ

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

ส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อพิชิตความสุขวัยทำงาน คณะทำงานองค์กรแห่งความสุข

นางสาวพรณุพา แสงสว่าง *พนักงานการเงิน คณะทำงานองค์กรแห่งความสุข*
บริษัทเกษตรไทย อินเตอร์เนชั่นแนล ชูการ์ คอร์ปอเรชั่น สาขา 3 จังหวัดนครสวรรค์

ที่มาและความสำคัญ

ในสถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มคนวัยทำงานเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับความท้าทาย ความเครียด และความล้มเหลวในการทำงาน โดยที่ปัญหาสุขภาพจิตในคนวัยทำงานรุ่นใหม่ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิต นอกจากนี้สถานการณ์ปัญหาต่างๆทั้ง ภาวะเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย โรคภัยต่างๆ ยังทำให้สุขภาพจิตของคนทำงานแย่ลงด้วย ซึ่งบริษัท เกษตรไทย อินเตอร์เนชั่นแนล ชูการ์ คอร์ปอเรชั่น สาขา 3 จังหวัดนครสวรรค์ มีพนักงานทั้งหมด จำนวน 700 คน ได้รับการประเมินสุขภาพใจ ผ่าน Mental Health Check In จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 31.29 พบว่า พนักงานมีพลังใจน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็น 4.57% เสี่ยงภาวะหมดไฟ จำนวน 4 ราย คิดเป็น 1.83% ภาวะเครียดมากที่สุด จำนวน 3 ราย คิดเป็น 1.37% เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 48 ราย คิดเป็น 21.92% แนวโน้มโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 0 ราย คิดเป็น 0% แนวโน้มการฆ่าตัวตายรุนแรงจำนวน 2 ราย คิดเป็น 0.91% และการประเมินความสุข พบว่าพนักงานที่มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไปจำนวน 55 ราย คิดเป็น 24.55% ความสุขเท่ากับคนทั่วไปจำนวน 119 ราย คิดเป็น 53.13% และความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปจำนวน 50 ราย คิดเป็น 22.32% จากผลการประเมินจะเห็นว่ามีพนักงานบางรายมีสภาวะความเครียด ดังนั้น ทางบริษัทจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตของพนักงานจึงมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานให้กับพนักงานของบริษัทฯ

กระบวนการทำงาน

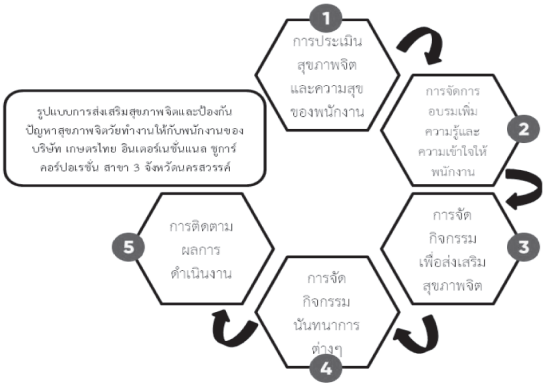
ขั้นตอนที่ 1 ทำแบบประเมิน โดยมีการตรวจเช็ค “สุขภาพใจ”ผ่านทางออนไลน์ Mental Health Check In และประเมินความสุข ของพนักงานผ่านแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินผลเบื้องต้น และนำผลประเมินเบื้องต้น วิเคราะห์ กำหนดแผนการดำเนินงาน รวมไปถึงบูรณาการการดำเนินงานผ่านทางคณะกรรมการต่างๆ ของทางบริษัท

ขั้นตอนที่ 2 จัดอบรม “กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานของพนักงาน” โดย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 เพื่อให้พนักงานเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกต้อง โดยมีพนักงานเข้าร่วม จำนวน 50 คน และมีกิจกรรม ดังนี้ การฝึกมองโลกในแง่ดี ประตูสู่ความสุข การค้นหาจุดดีของตนเองและผู้อื่น ปัญหาความเครียดและการจัดการความเครียด และหลักสมดุลชีวิต 8-8-8 รวมถึงมีแผนการดำเนินงานขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทั้งองค์กรมากขึ้นในปีถัดไป

ขั้นตอนที่ 3 จัดกิจกรรมอื่นๆ ให้พนักงานเข้าร่วม เช่น กิจกรรมทำบุญประจำปี กิจกรรมปีใหม่ กิจกรรมกีฬาสี กิจกรรมวันสงกรานต์ เป็นต้น เพื่อให้พนักงานได้ผ่อนคลายจากการทำงานผ่านกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ภายในบริษัทฯ

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามผลการดำเนินงาน โดยการพนักงานทำแบบประเมินสุขภาพใจ และความสุข หลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 1 เดือน หรือทำเมื่อพนักงานอยากทราบสภาวะจิตใจของตนเอง รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้พนักงานทำแบบประเมินสุขภาพใจอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง หรือตามความต้องการประเมินสุขภาพใจของพนักงาน

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานให้กับพนักงานของบริษัทเกษตรไทย อินเตอร์เนชั่นแนล ชูการ์ คอร์ปอเรชั่น สาขา 3 จังหวัดนครสวรรค์



ผลลัพธ์ถึงพนักงาน บุคลากร

- เพื่อให้พนักงานมีสุขภาพจิตที่แข็งแรง มีความคิดในเชิงบวกสามารถจัดการกับอารมณ์ความเครียดและความกดดันได้อย่างเหมาะสม
- ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตของพนักงาน
- ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงานเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพื่อให้พนักงานสามารถสังเกตอาการผิดปกติ และมีแนวทางในการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยความสำเร็จ

- การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆในบริษัทฯ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆได้อย่างต่อเนื่อง
- พนักงานมีส่วนร่วมในกิจกรรม และเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต ใส่ใจดูแลและคอยสอดส่องเพื่อนร่วมงาน คอยรับฟังซึ่งกันและกัน






สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)

สุขภาพใจ คือ เรื่องใหญ่ของคนทำงาน

นายวัชระ ทิพย์สุวรรณ *ผู้จัดการส่วนงานบุคคลและธุรการ*
บริษัทไซโก้ อินสทรูเม้นท์ (ประเทศไทย) จำกัด จังหวัดปทุมธานี

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของบริษัทไซโก้ อินสทรูเม้นท์ (ประเทศไทย) จำกัด ปัจจุบันพบว่า พนักงานของบริษัทมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันสืบเนื่องมาจากพนักงานเหล่านั้นไม่สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งสภาพสังคม ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อพนักงานของบริษัทเป็นอย่างมาก อาทิเช่น เมื่อพนักงานทำงานผิดพลาด สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือการว่ากล่าวตักเตือน การตำหนิ หรือการลงโทษจากเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน เป็นต้น ซึ่งพนักงานอาจได้รับความเจ็บปวดจากเหตุการณ์เหล่านั้น และส่งผลกระทบต่อจิตใจของพนักงาน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อพนักงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเมื่อปัญหาสุขภาพจิตมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเอง ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงตามมา หรือการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ที่ผ่านมา พบว่า บางส่วนของพนักงานรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ในขณะที่บางส่วนยังไม่สามารถรับรู้อารมณ์ตนเองว่ามีความผิดปกติ หรือไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา จนมีแนวโน้มของการเป็นโรคทางสุขภาพจิตตามมา

ดังนั้น บริษัทไซโก้ อินสทรูเม้นท์ (ประเทศไทย) จำกัด ได้เล็งเห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าวข้างต้น จึงได้จัดให้มี “โครงการสุขภาพใจคือเรื่องใหญ่ของคนทำงาน” ขึ้นภายในบริษัท ซึ่งเป็นโครงการที่มีกิจกรรมในการประยุกต์ใช้หลักสูตรการปฐมพยาบาลทางใจ (ภายใต้กระบวนการสอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) และระบบการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิต ตั้งแต่การคัดกรองสุขภาพจิตด้วย Mental Health check-in การให้คำปรึกษาเบื้องต้นผ่านการตรวจ Bio feedback และการส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

กระบวนการโดยภาพรวมของบริษัทฯ

- **แต่งตั้งคณะกรรมการรองรับต่อปัญหาสุขภาพจิต** และกำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของคณะกรรมการฯ

- **จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ** เพื่อจัดทำแผนการปฏิบัติงานประจำปี และทำการประเมินและคาดการต่อความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นภายในองค์กร รวมถึงการประเมินและอัพเดตกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- **จัดทำคู่มือและมาตรการรองรับต่อปัญหาสุขภาพจิต** เช่น มาตรการก่อนเกิด, มาตรการขณะเกิดเหตุ, และมาตรการหลังเกิดเหตุ รวมถึงจัดทำข้อปฏิบัติสำหรับพนักงาน ผู้จัดการ และคณะกรรมการฯ, มาตรการสื่อสารความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกองค์กร, แผนการฝึกซ้อม, แผนกฝึกอบรม, แผนการแจ้งอย่างทั่วถึง, การทบทวนมาตรการและแผนประจำปีเพื่อหาโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการให้ดียิ่งขึ้น

- **จัดให้มีโครงการรองรับต่อปัญหาสุขภาพจิต** โดยจะทำการพิจารณาจัดทำโครงการในทุกๆ ปี โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนที่ 1 นำเสนอรูปแบบโครงการสุขภาพใจคือเรื่องใหญ่ของคนทำงานต่อผู้บริหาร เพื่อให้ผู้บริหารรับทราบถึงวัตถุประสงค์การจัดทำโครงการและมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายในองค์กร พร้อมทั้งอนุมัติงบประมาณและสถานที่ในการจัดทำโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 ติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้บริษัทฯ ได้ประสานงานขอความอนุเคราะห์จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ปทุมธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตให้กับพนักงานของบริษัทฯ โดยแบ่งการอบรมเป็น 3 ระดับ เช่น ระดับผู้ให้คำปรึกษา ระดับหัวหัวหน้างาน และระดับพนักงานทั่วไป ตลอดจนขอความอนุเคราะห์ในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแบบประเมินและประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยพนักงานทุกคนจะต้องประเมินความเสี่ยงผ่าน QR Code (Mental Health Check in) และผู้ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงระดับความเสี่ยงสูงจะต้องเข้าสู่กระบวนการในลำดับถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการตรวจด้วยเครื่องตรวจวัดความเครียดและสุขภาพหลอดเลือด (Biofeedback) พนักงานที่มีผลการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึงความเสี่ยงสูง จะต้องเข้ารับการตรวจด้วยเครื่องตรวจวัดความเครียดและสุขภาพหลอดเลือด (Biofeedback) เพื่อให้ได้ค่าต่างๆ ออกมาเป็นรายงาน และให้ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ปทุมธานี วิเคราะห์ข้อมูลและให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่พนักงานเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 5 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและการให้คำปรึกษา กระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สำคัญ เพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ดังนั้นจะต้องดำเนินการอย่างรัดกุม เช่น การจัดห้องให้คำปรึกษาต้องเป็นสถานที่ปิด มีเฉพาะผู้รับคำปรึกษาและเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 6 การสรุปผลข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เจ้าหน้าให้คำปรึกษาจะสรุปข้อมูลที่ได้ให้กับบริษัท เพื่อทำการพิจารณาจัดส่งพนักงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การส่งพนักงานเข้าสู่กระบวนการรักษา บริษัทโดยผู้เกี่ยวข้องจะประสานงานกับโรงพยาบาลตามสิทธิของพนักงาน เพื่อนำพนักงานเข้ารับการรักษา

ขั้นตอนที่ 8 การเฝ้าติดตามผลหลังจากเข้าสู่กระบวนการรักษา บริษัทโดยผู้เกี่ยวข้องจะเฝ้าติดตามการรักษาของพนักงานจนกว่าการรักษาจะสมฤทธิ์ผลไปในทางที่ดีขึ้น



โครงการ “สุขภาพใจคือเรื่องใหญ่ของคนทำงาน”
บริษัทไซโก้ อินสทรูเม้นท์ (ประเทศไทย) จำกัด

ผลลัพธ์ถึงพนักงาน

- ทำให้พนักงานได้รับการปฐมพยาบาลทางใจและได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างทันท่วงที
- ทำให้พนักงานเห็นความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในครอบครัวต่อไปได้
- ทำให้เกิดแรงงานสัมพันธ์อันดีระหว่างพนักงานและบริษัท



ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การประสานความร่วมมือ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมทั้งดำเนินการตามแผนได้เป็นอย่างดี
- พนักงานของบริษัทเข้าร่วมโครงการดูแลสุขภาพใจแบบ 100%
- พนักงานร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนครอบครัวได้ดี



สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)

ดูแลใจ ห่วงใยกัน (Happy Heart by Dole)

นางสาวสุวรรณา เทียมอุทัย *พยาบาลวิชาชีพ แผนกความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม บริษัท โดลไทยแลนด์ จำกัด*

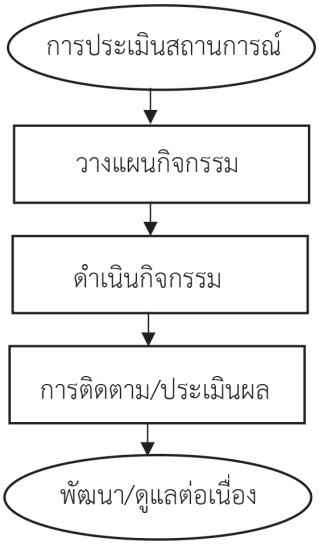
ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันปัญหาความเครียดและโรคซึมเศร้าในกลุ่มคนทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปัจจัยทั้งในและนอกที่ทำงาน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หากไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตที่รุนแรง รวมถึงการลาป่วยการขาดงาน หรือผลกระทบทางเศรษฐกิจขององค์กร

บริษัท โดลไทยแลนด์ จำกัด เป็นบริษัทขนาดใหญ่ มีพนักงานทั้งหมด 3,284 คน โดยสถิติ 2 ปีย้อนหลัง พบว่า ปี 2566 มีพนักงานมีการลาป่วย จำนวน 2,828 ครั้ง และปี 2567 จำนวน 14,142 ครั้ง เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 400 ซึ่งมีผลกระทบกับงานในหลายด้าน ซึ่งอาจมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตของพนักงาน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะหมดไฟ หรือการขาดแรงจูงใจ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลแก้ไข อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบระยะยาวต่อทั้งตัวพนักงานและองค์กร

โครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุก ลดความเสี่ยงปัญหาด้านสุขภาพจิตของคนทำงาน และสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดี

กระบวนการทำงาน







1.ประเมินสุขภาพจิตของพนักงาน



2.กำหนดเป้าหมายกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ และผู้รับผิดชอบ

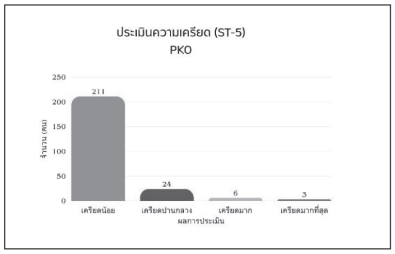
3.ห้องพยาบาลและฝ่ายบุคคลจัดกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ เวิร์กช็อปการดูแลสุขภาพจิต กิจกรรมสร้างทีม หรือกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ สื่อสารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้ครอบคลุมในแผนกที่เข้าไปทำกิจกรรม

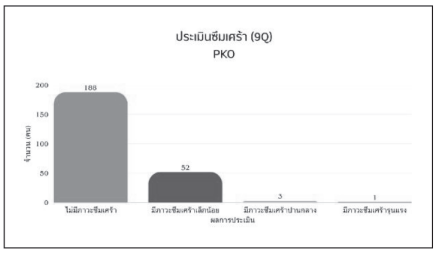
4.ประเมินผลด้วยแบบสอบถามและสัมภาษณ์ รวมถึงสังเกตพฤติกรรมการลาป่วย การลาออก หรือความขัดแย้งในที่ทำงาน

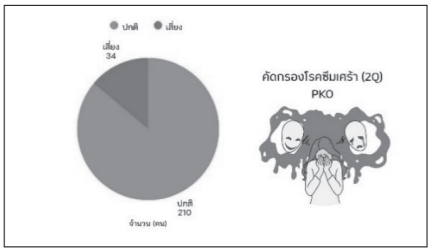
5.ติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ภายใน และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงไปยังหน่วยงานเฉพาะทาง รวมถึงการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาเพื่อดูแลซึ่งกันและกันในที่ทำงาน พร้อมทั้งประเมินและปรับปรุงแผนงานในรอบต่อไป

ผลลัพธ์

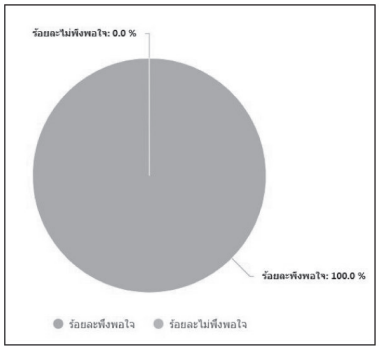
1. ผลการประเมินสุขภาพจิตพนักงานแผนกบรรจุหีบห่อ จำนวน 244 คน แบ่งเป็น ชาย 58 คน (23.77%) และหญิง 186 คน (76.23%)







2. ความพึงพอใจของพนักงานหลังเข้าร่วมกิจกรรม



เรื่องที่ชื่นชม	เรื่องที่ไม่พอใจ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง	วันที่บันทึกข้อมูล
การนำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อผู้มาเข้าร่วมอบรม การมีกิจกรรมให้ทำร่วมกันต่อผู้เข้าอบรม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีกิจกรรมตอบคำถามและของรางวัล มื้ออาหารว่างและอาหารกลางวันให้	-	ให้มีโครงการเสริมสร้างสุขภาพใจวันทำงาน ศูนย์อุบลภาพจิตที่ 5 ทุกปี เพื่อเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ต่อไป	12 มิ.ย. 2568 15:02:48
เป็นกันเองให้คำแนะนำได้			12 มิ.ย. 2568 15:02:46
เป็นกันเองที่สุด ให้กำลังใจแน่ๆค่ะ			12 มิ.ย. 2568 15:02:34
ยิ้มแย้มแจ่มใส ดูสงบเรียบร้อยดี			12 มิ.ย. 2568 15:01:08
เข้าใจง่ายและเอาใจใส่น่ารักทุกคน			12 มิ.ย. 2568 15:00:42
สนุก ไม่เป็นวิชาการมากเกินไป	ไม่มีค่ะ	ไม่มีค่ะ	12 มิ.ย. 2568 15:00:33
ให้แนวคิดดีไม่เคียดในการอบรมคะ			12 มิ.ย. 2568 14:59:31
กิจกรรมสนุก			12 มิ.ย. 2568 14:59:27
เป็นกันเองเกินแง่งสนุก			12 มิ.ย. 2568 14:59:08
อัมากกกก			12 มิ.ย. 2568 14:59:04
แนะนำดี ถ่ายทอดความรู้เรื่องต่างๆให้คนเอ็นได้รับฟัง	ไม่มี	ไม่มี	12 มิ.ย. 2568 14:58:18

ผลลัพธ์ถึงพนักงาน

พนักงานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมการทำงาน โดยพนักงานมีความเครียดลดลง อารมณ์มั่นคงขึ้น มีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น มีความสามารถในการจัดการปัญหาและความขัดแย้งได้ดีขึ้น รวมถึงมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้พนักงานมีคุณภาพที่ดีขึ้น ทั้งในมิติของสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมั่นคงในการทำงาน

นวัตกรรมเด่น แบบคัดกรองสุขภาพใจ

ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม : มีหัวหน้างานแจ้งข้อมูลมาว่ามีพนักงานบางท่านดูผิดปกติ มีการพูดจาไม่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน มีการกระทำที่แตกต่างจากเพื่อนไป และพนักงานที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องพยาบาล ก็จะบ่นถึงเพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจ ชอบพูดจาไม่ดีใส่ ทำให้พนักงานเกิดอาการเครียดกับภาวะที่ต้องเร่งรีบทำงาน และที่สำคัญทางห้องพยาบาลทราบข่าวว่ามีพนักงานฆ่าตัวตายสำเร็จ จากการสอบถามเพื่อนร่วมงาน พนักงานมีการซึมมาสักพักจากที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ก็ดื่มทุกวัน แต่เพื่อนๆ ก็ไม่ได้ให้คำแนะนำใดๆ จึงเกิดการสูญเสียขึ้น

ใช้อย่างไร กับใคร โดยใคร : พนักงานแผนกบรรจุหีบห่อ จำนวน 244 คน (100%) ทำแบบประเมิน ST-5, 2Q, 9Q โดยสแกนคิวอาร์โค้ดที่ทางห้องพยาบาลสร้างโดยใช้แบบสอบทางกรมสุขภาพจิตและพนักงานสามารถรับทราบผลและคำแนะนำทันทีหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จ

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม : ตรวจพบปัญหาสุขภาพจิตได้รวดเร็ว สามารถระบุระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มงานได้อย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดการวางแผนดูแลเฉพาะบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพนักงานสามารถเข้าถึงการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ได้เร็วขึ้น ลดภาวะเสี่ยงเรื้อรัง ลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว ช่วยเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพจิต และใช้ข้อมูลในการวางแผน ปรับปรุงนโยบายขององค์กร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การมีวิสัยทัศน์ร่วมด้านสุขภาพจิตในองค์กร มีนโยบายและแผนงานที่ชัดเจน รวมถึงการมีส่วนร่วมของพนักงานทุกระดับ การสื่อสารภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั่วถึงและต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการ พร้อมทั้งมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา ติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรคที่พบ และแนวทางแก้ไข

พนักงานจำนวน 244 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้พร้อมกันทั้งหมด อันเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านกำลังการผลิตที่ต้องเร่งดำเนินการตามคำสั่งซื้อ เพื่อไม่ให้กระทบต่อกระบวนการผลิต แนวทางแก้ไข ปรับรูปแบบกิจกรรมให้เป็นลักษณะกลุ่มย่อย และเพิ่มความถี่ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของหน้างาน ทั้งนี้เพื่อให้พนักงานทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างถั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

จากการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในแผนกบรรจุหีบห่อ มีผลตอบรับในเชิงบวก ทั้งในด้านการมีส่วนร่วมของพนักงานและความตระหนักรู้ด้านสุขภาวะทางจิตใจ สิ่งที่พัฒนา คือปรับปรุงรูปแบบด้านกิจกรรม ระยะเวลาให้นานขึ้น และวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับแต่ละแผนก ส่วนในด้านต่อยอดสนับสนุนการส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต อาทิ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น หรือการดูแลพนักงานกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีคุณภาพ ด้านขยายผล วางแผนการขยายกิจกรรมไปยังแผนกอื่นๆและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามลักษณะงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของพนักงานอย่างคลอบคลุมทั้งองค์กร



ติดตามอาการพนักงาน
ที่เป็นโรคซึมเศร้า





ประเมินพนักงานที่มีภาวะเสียงโรคซึมเศร้า
จากการทำได้ทำแบบสอบถาม 2Q,9Q

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Healthy Minds at Works)

โครงการ FIT TO MIND FINE TO WORK

นางอุไรรัตน์ ทับทอง *หัวหน้าแผนกสุขภาพอนามัยโรงไฟฟ้าบางปะกง*
ฝ่ายแพทย์และอนามัย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรงไฟฟ้าบางปะกง มุ่งมั่น ที่จะดำเนินการ องค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการส่งเสริมความสุขและสวัสดิภาพของพนักงาน เป้าหมายหลักคือการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของพนักงาน เพื่อให้พนักงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุข และมีส่วนร่วมกับองค์กรอย่างเต็มที่ เพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมในทุกมิติ สถานพยาบาลโรงไฟฟ้าบางปะกง ดำเนินการ 1ในหัวข้อ ของ Happy8 : Happy Body: การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพใจให้ของพนักงาน จึงได้จัดโครงการ FIT TO MIND FINE TO WORK ขึ้น เพื่อมุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพใจของพนักงาน เพราะสุขภาพจิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ตลอดจนทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป

กระบวนการทำงาน

ขั้นเตรียมการ

- จัดทำแผนงาน Master Plan
- จัดทำแผนปฏิบัติงาน
- ร่างโครงการ งบประมาณ เสนอผู้บริหาร
- ประชุมผู้บริหารฝ่ายแพทย์และอนามัย กฟผ. และฝ่ายการผลิตไฟฟ้า(โรงไฟฟ้าบางปะกง)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- จัดประชุมผู้บริหาร หัวหน้างาน
- ประสานเครือข่ายสาธารณสุข เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในพื้นที่
- ดำนินการ “FIT TO MIND FINE TO WORK” ในสถานประกอบการ

โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. **Screening (การคัดกรองสุขภาพจิต)**

เป้าหมาย: ตรวจพบปัญหาสุขภาพใจเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและแม่นยำ

- เลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสม MENTAL HEALTH CHECK IN

เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข/ อสม./ จิตอาสา ใช้ประเมินสุขภาพจิตประชาชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา มาดูแลสุขภาพจิตตลอดจนประชาชนและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถประเมินตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว การประเมินประกอบไปด้วย SBSD และ RQ

S : Stress (เครียด) B : Burnout (ภาวะหมดไฟ) S : Suicide (เสี่ยงฆ่าตัวตาย) D : Depression (ซึมเศร้า)
RQ : Resilience Quotient (พลังใจ)

- กำหนดรอบการประเมิน: ทุก 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง
- ประเมินแบบนิรนาม (Anonymous) เพื่อความเป็นส่วนตัว
- รวบรวมผลโดย Health Division หรือหน่วยงานรัฐ

2. **Stratify (แบ่งระดับความเสี่ยง)**

เป้าหมาย: จำแนกกลุ่มพนักงานตามระดับความเสี่ยง เพื่อวางแผนช่วยเหลือระดับความเสี่ยง

- ปกติ ไม่มีอาการผิดปกติ ส่งเสริมสุขภาพใจเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง
- เสี่ยงต่ำ เริ่มมีความเครียด/อารมณ์ไม่มั่นคงให้คำแนะนำ ส่งเสริมกิจกรรมคลายเครียด
- เสี่ยงปานกลาง มีอาการชัดเจน (เช่น เครียด นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย)ส่งต่อเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา
- เสี่ยงสูง มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลรุนแรง หรือแนวโน้มฆ่าตัวตาย ประสานนักจิตวิทยา/สายด่วนสุขภาพจิต/โรงพยาบาล

3. **Support (การให้การสนับสนุน)**

เป้าหมาย: ให้ความช่วยเหลือตรงตามระดับความเสี่ยง

- จัดโปรแกรม ให้คำปรึกษาในองค์กร Employee Assistance Program (EAP)
- ประสานเครือข่ายภายนอก เช่น สายด่วน 1323, โรงพยาบาลเครือข่าย
- กิจกรรมคลายเครียด เช่น Work-life balance, Art Therapy, Group Sharing
- พัฒนา “Buddy System” เพื่อนในที่ทำงานช่วยเฝ้าระวังดูแลกัน

4. **Strengthen (การเสริมพลังเชิงรุก)**

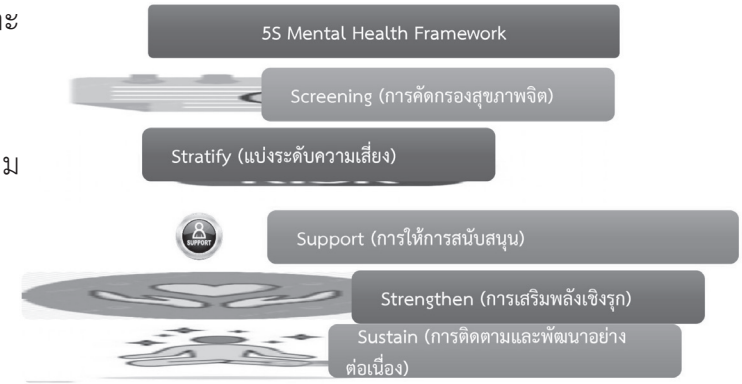
เป้าหมาย: สร้างสภาพแวดล้อมทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพใจ

- อบรม/เวิร์กช็อป เช่น ความฉลาดทางอารมณ์(EQ), การสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ
- นโยบายผู้บริหาร
- จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์เช่น Morning Talk, กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

5. **Sustain (การติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง)**

เป้าหมาย: ทำให้สุขภาพใจกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร

- ประเมินซ้ำตามรอบเวลา (เช่น ทุก 6 เดือน)
- ปรับปรุงมาตรการตามข้อมูลและผลการประเมิน
- ตั้งคณะทำงาน
- เชื่อมโยงเข้ากับการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย



ผลลัพธ์ ที่มีทั้งในระดับบุคคล พนักงาน และองค์กรโดยรวม ดังนี้:

1. **ผลลัพธ์ในระดับพนักงาน**

- สุขภาพจิตดีขึ้น ลดภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนหลับดีขึ้น
- มีความพึงพอใจในงานมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่า เห็นเป้าหมายในการทำงาน
- มีทักษะในการจัดการอารมณ์และปัญหา เช่น การสื่อสารเชิงบวก การคิดอย่างมีเหตุผล
- กล้าเปิดใจ พูดคุยเมื่อมีปัญหาลดพฤติกรรมเก็บกดหรือแสดงออกทางลบ

2. **ผลลัพธ์ในระดับทีมและความสัมพันธ์ในที่ทำงาน**
   - ความสัมพันธ์ดีขึ้น ลดความขัดแย้ง เพิ่มความร่วมมือในทีม
   - เกิดวัฒนธรรมการดูแลซึ่งกันและกันเพื่อนร่วมงานช่วยสังเกต ช่วยเหลือกันมากขึ้น
3. **ผลลัพธ์ในระดับองค์กร**
   - ลดการลาป่วย-ลาออก โดยเฉพาะจากปัญหาความเครียดหรือ burnout
   - เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน พนักงานมีสมาธิและพลังงานในการทำงานมากขึ้น
   - เพิ่มความภักดีและความผูกพันต่อองค์กร (Employee Engagement) ทำให้องค์กรรักษาบุคลากรไว้ได้ในระยะยาว
   - สร้างภาพลักษณ์องค์กรที่ใส่ใจคุณภาพชีวิตพนักงานเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและดึงดูดคนเก่ง
4. **ผลลัพธ์ระยะยาว (Long-term Impact)**
   - สร้าง องค์กรที่ยั่งยืน (Sustainable Workplace) ที่ทั้งมีประสิทธิภาพและใส่ใจคุณค่าของมนุษย์
   - ลดต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียจากอุบัติเหตุหรือการลาออกโดยไม่ตั้งใจ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ในการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพใจในสถานประกอบการ (Mental Health Care Framework) ให้เกิดผลจริงและยั่งยืน

1. การสนับสนุนจากผู้นำองค์กร
   - ผู้นำต้องเข้าใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพใจเท่ากับสุขภาพกาย
   - แสดงออกอย่างจริงจัง เช่น สนับสนุนงบประมาณ เวลา และทรัพยากร
   - มีส่วนร่วมในกิจกรรม ส่งเสริมการเป็นแบบอย่าง
2. การมีแผนงานที่เป็นระบบและต่อเนื่อง
   - มีแผนดำเนินงานประจำปีที่ชัดเจน เช่น รอบการประเมินสุขภาพจิต กิจกรรมเสริมสร้าง ฯลฯ
   - มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบหลัก
   - เชื่อมโยงกับระบบอื่น เช่น ความปลอดภัย อาชีวอนามัย หรือพัฒนาองค์กร
3. การสื่อสารที่เปิดกว้างและสร้างความเชื่อมั่น
   - ให้ความรู้แก่พนักงานว่า “สุขภาพใจไม่ใช่เรื่องน่าอาย”
   - สร้างความมั่นใจเรื่อง ความเป็นส่วนตัว (Confidentiality) ของข้อมูล
   - ใช้สื่อหลากหลาย เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก หรือคำบอกเล่าจากเพื่อนพนักงาน
4. ความมีส่วนร่วมของพนักงาน
   - เปิดโอกาสให้พนักงานมีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรม หรือเป็น “Mental Health Buddy”
   - ส่งเสริมให้พนักงานรู้จักประเมินและดูแลตนเองเบื้องต้น (Self-care)
5. การใช้เครื่องมือที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน
   - ใช้แบบประเมินที่น่าเชื่อถือ
   - มีระบบติดตามผลและประเมินผลลัพธ์จริง เช่น ดัชนีการลาป่วย ความผูกพันในองค์กร
6. การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก
   - สายด่วน 1323, นักจิตวิทยา, โรงพยาบาลเครือข่ายให้พนักงานเข้าถึงการปรึกษาและดูแลได้ทันเวลา
7. การเรียนรู้และปรับปรุงต่อเนื่อง
   - เก็บ Feedback จากพนักงานหลังทำกิจกรรมนำข้อมูลมาพัฒนาแผนครั้งต่อไป

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

บ้านสบายใจ MKS

บริษัทน้ำตาลมิตรกาฬสินธุ์ จำกัด

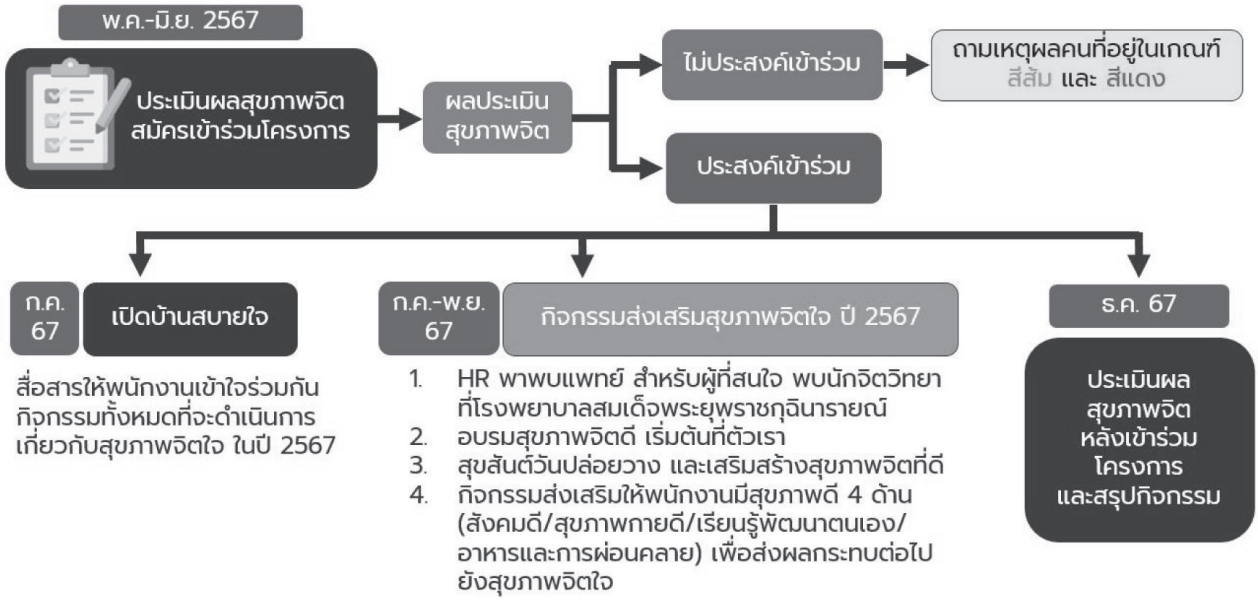
ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคปัจจุบัน สภาพแวดล้อมการทำงานมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเทคโนโลยี ความคาดหวังในการทำงาน และการแข่งขันที่สูงขึ้น ส่งผลให้พนักงานจำนวนมากต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดัน และภาวะอ่อนล้าทางจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ได้

สุขภาพจิตที่ดีถือเป็นรากฐานสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานโดยตรง บริษัท น้ำตาลมิตรกาฬสินธุ์ จำกัด ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของพนักงาน เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี ลดอัตราการลาป่วย ลดความขัดแย้ง และเพิ่มความผูกพันระหว่างพนักงานกับองค์กร

โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health) จึงถูกจัดขึ้นเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต และให้การสนับสนุนเชิงบวกแก่พนักงาน ผ่านกิจกรรมอบรม การให้คำปรึกษา และช่องทางการสื่อสารที่ปลอดภัย โดยมุ่งหวังให้พนักงานสามารถดูแลตนเอง มีแรงจูงใจ และมีความสุขในการทำงานอย่างยั่งยืน

กระบวนการทำงาน



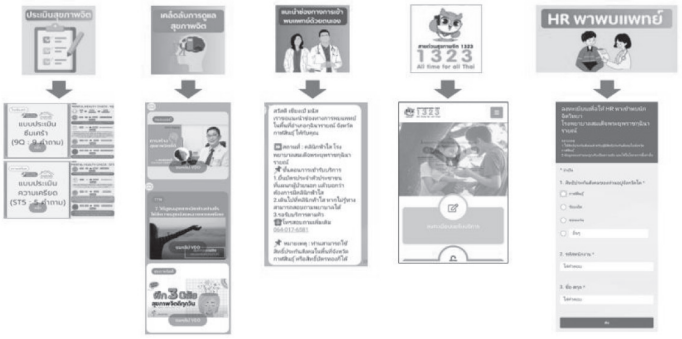
1. ผลสำรวจสุขภาพจิตของพนักงาน

2. เปิดบ้านสบายใจ สื่อสารนโยบายให้พนักงานเข้าใจร่วมกัน ผู้บริหารระดับสูงสื่อสารนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตให้พนักงานทุกคนรับทราบ และฝ่ายทรัพยากรบุคคลสื่อสารรายละเอียดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตภายในปี 2567

3. แนะนำช่องทางสื่อสารทางด้านสุขภาพจิต

4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใจตามแผน

5. ประเมินผลสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโรงการและสรุปกิจกรรม

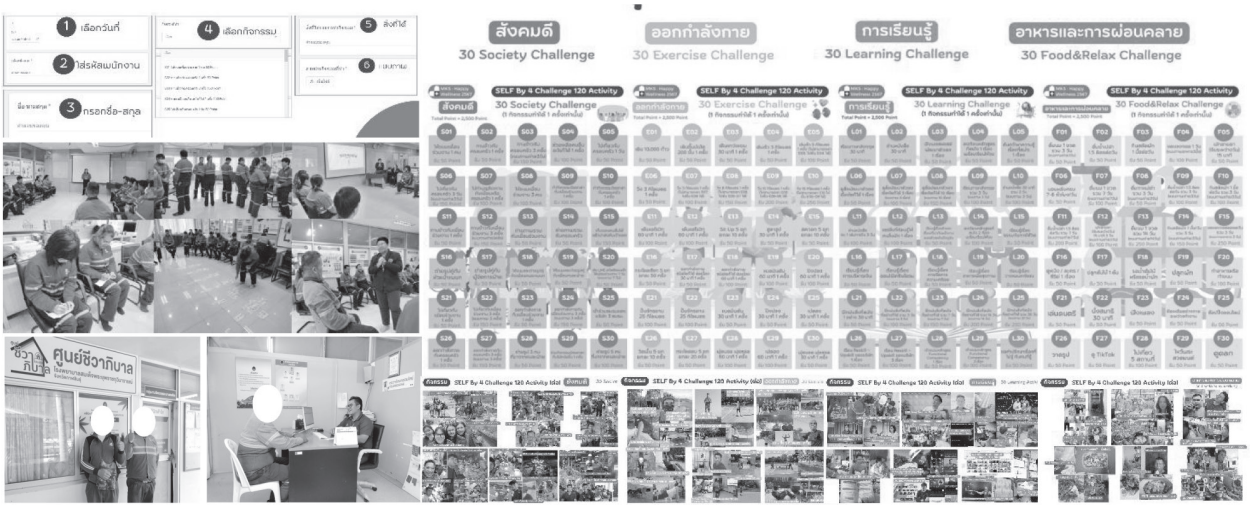


ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- พนักงานในสถานประกอบการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจิต ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วย สามารถเข้าสู่ระบบการติดตามและรักษา
- มีช่องทางการสื่อสารทางด้านสุขภาพจิตที่หลากหลาย โดยเฉพาะ LINE Official Account “บ้านสบายใจ MKS” สำหรับพนักงานเข้าใช้บริการในฟังชั่นต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย ประเมินสุขภาพจิต วิธีการดูแลสุขภาพจิต แนะนำช่องทางพบแพทย์ HR พาพบแพทย์ และสายด่วนสุขภาพจิต 1323
- มีรูปแบบและระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการที่ชัดเจน พนักงานสามารเข้าถึงช่องทางการดูแลสุขภาพจิต และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตตนเองได้
- พนักงานให้ความสำคัญ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหาร และพนักงานให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตในองค์กร
- มีภาคีเครือข่ายที่ช่วยในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิต ทั้งศูนย์ชีวาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
- มีกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิต เช่น HR พาพบแพทย์ สำหรับผู้ที่สนใจ พบนักจิตวิทยาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กิจกรรมอบรมสุขภาพจิตดี เริ่มต้นที่ตัวเรา กิจกรรมสุขสันต์วันปล่อยวาง และเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี และกิจกรรมส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพดี 4 ด้าน (สังคมดี/สุขภาพกายดี/เรียนรู้พัฒนาตนเอง/อาหารและการผ่อนคลาย) โดยการสะสม Point โดยการส่งกิจกรรมผ่าน Google Forms เพื่อรับสิ่งของ



นวัตกรรมเด่น

LINE Official Account “**บ้านสบายใจ** MKS” สำหรับพนักงานเข้าใช้บริการในฟังชั่นต่างๆ ดังนี้

1 . ประเมินสุขภาพจิต

2. วิธีการดูแลสุขภาพจิต

3. แนะนำช่องทางพลแพทย์

4. HR พาพบแพทย์

5. สายด่วนสุขภาพจิต 1323





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

3 E : สร้างสุขจากใจสู่ใจชาววิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล
The Triple-E for Heartful Happiness: Engage, Empathize, Empower

วรรณภา อภิรมยานนท์, สุริยะเทพ ทรัพย์น้อย, ศิลากฤตินันท์ จำปาเรือง
วิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล อุดรธานี

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรวัยทำงานเป็นวัยที่ต้องแบกรับปัจจัยหลายอย่างที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต บุคลากรที่ทำงานในองค์กรและหน่วยงานอื่นๆ หรือแม้กระทั่งบุคลากรของสถานศึกษานั้น อาจเกิดภาวะความเครียดจากการทำงาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟจากการทำงาน โดยไม่รู้ตัวและอาจไม่ทราบถึงลักษณะสัญญาณสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองต่าง

วิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล ก่อตั้งเมื่อปี 2521 เป็นวิทยาลัยอาชีวเอกชน เปิดสอนระดับ ปวช. และ ปวส. สาขาการบัญชี การตลาด เทคโนโลยีธุรกิจดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ช่างอิเล็กทรอนิกส์ ช่างยนต์ ช่างไฟฟ้ากำลัง มีจำนวนบุคลากร 56 คน และมีนักศึกษาจำนวน 918 คน คิดเป็นสัดส่วนของ ครูผู้สอน 41 ต่อนักศึกษาเท่ากับ 1 ต่อ 23 โดยเอกลักษณ์ของวิทยาลัยมุ่งเน้นให้เกิด คุณลักษณะที่ดีในด้านความรู้ ด้านทักษะและกำรประยุกต์ใช้ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ การดูแลสภาพจิตใจของครูและบุคลากร จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพวิชาชีพของครู ซึ่งความสำคัญของการดูแล “ใจ” ของครูและบุคลากร จึงได้นำพัฒนานวัตกรรม “3 E : สร้างสุขจากใจสู่ใจ” ขึ้นมา ซึ่ง “3 E” ประกอบด้วย 1) เข้าถึง (Engage) คือ เข้าหา เชื่อมโยง เปิดพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย 2) เข้าใจ (Empathize) คือ เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน ด้วยความเอาใจใส่ และ3)พึ่งได้ (Empower) คือ สนับสนุนให้เขาเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และรู้ว่ามีที่พึ่ง เพื่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ที่มีทั้งความเข้าใจ เห็นคุณค่า และอยู่ร่วมกันอย่างมีความหมาย การสร้างสรรองค์กรให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการดูแลจิตใจใส่กันถือเป็นเรื่องที่สำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง

วิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล ได้มีการร่วมมือกับทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลจิตใจ โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต ทำกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำหลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินภาวะทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ถือเป็นจุดสำคัญที่สร้างบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่น เป็นมิตร และเอื้อต่อความสุขและแรงบันดาลใจของครูและบุคลากร ด้วยนวัตกรรมการดูแลใจบุคลากรในสถานศึกษา ด้วยกระบวนการ “3 E” ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ และพึ่งได้ (Engage, Empathize, Empower)

กระบวนการทำงาน

ค่านิยมสำคัญที่ทำให้บุคลากรมีความสุข ลดความกังวล และเกิดการสร้างความร่วมมือของช่องระหว่างวัยของบุคลากรที่อายุมากและอายุน้อยที่เป็นคนละยุคสมัยการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัย ที่มีทั้งคนรุ่นบุกเบิกและรุ่นพัฒนาต่อเนื่อง ด้วย “สนุก เรียนรู้ สร้างแรงบันดาลใจ”

ขั้นตอนที่ 1 ประสานความร่วมมือและประเมินสุขภาพใจ

นำกิจกรรมเข้าถึง **(Engage)** คือ เข้าหา เชื่อมโยง เปิดพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย ซึ่งการเข้าถึงปัญหาเป็นหาเป็นการสำรวจ สิ่งที่ทำ และการประสานความร่วมมือของหน่วยงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต ประเมินสุขภาพใจด้วยโปรแกรม **Mental Health Check In** ในเดือนกรกฎาคม 2567 จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 60.71 ของบุคลากรทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำกิจกรรมพัฒนากลุ่มแกนนำ

จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำหลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพแบบองค์รวม โดยทีมวิทยากรจาก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยบุคลากรสายการสอนและสายสนับสนุน ของวิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล จำนวน 40 คน กิจกรรมสำคัญดาวกระจาย คือ การสร้างแกนนำ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีการสื่อสารเชิงบวกได้ ดาวกระพริบ คือ การลงมือปฏิบัติจริงของทีมแกนนำ ตอนนี้นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาวางแผนร่วมกันกับ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต ในการนำกิจกรรม **เข้าใจ (Empathize)** คือ เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน ด้วยความเอาใจใส่ ใช้แบบประเมินเชิงจิตวิทยาเบื้องต้น เพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริง (ดาวกระจาย) **จัดวงสนทนาแลกเปลี่ยน (Reflection Circle)** เพื่อให้บุคลากรสะท้อนความรู้สึก (ดาวกระพริบ) **การฟังเชิงลึก (Deep Listening)** โดยทีมบริหารหรือครูพี่เลี้ยง (ดาวกระพริบ) สามารถดูแลสุขภาพจิตของพนักงานในสถานประกอบการหรือองค์กรของตนเอง เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและสร้างวัฒนธรรมองค์การเพื่อสร้างสุขในสถานประกอบการหรือองค์กร สามารถจัดการอารมณ์และความคิด

ขั้นตอนที่ 3 ขยายต่อยอดในกิจกรรมและการติดตามผล

กลุ่มแกนนำวิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีการสื่อสารในไลน์กลุ่มขององค์กร ในด้านการแลกเปลี่ยนสื่อสารด้านการเข้าใจตนเอง การสร้างสุขด้วยตนเอง นำสิ่งที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับตัวเอง เพื่อนร่วมงานและนักเรียนนักศึกษา (ดาวกระพริบ) ซึ่งได้นำกิจกรรม **พึ่งได้ (Empower)** คือ สนับสนุนให้เขาเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และรู้ว่ามีที่พึ่ง มีทีม **“Care Buddy”** หรือพี่เลี้ยงประจำแผนก ให้คำปรึกษาเฉพาะทาง (กรณีต้องการผู้เชี่ยวชาญ) โดยร่วมมือกับ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต ส่งเสริมสิทธิประโยชน์ เช่น เวลาพักใจ เวลากิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจ สร้างกิจกรรม **“Happy Time”** เพื่อสร้าง “ความสนุก เรียนรู้ และสร้างแรงบันดาลใจ” ทั้งกับบุคลากร และนักศึกษา กิจกรรมสำหรับนักศึกษา อาทิ กิจกรรมค่าย **Dek-D** กิจกรรมกีฬาต้านยาเสพติด กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญรับน้อง กิจกรรมกีฬาสี ปีใหม่ เป็นต้น สำหรับครู ร่วมลงแข่งกีฬาต้านยาเสพติดกับนักศึกษา กิจกรรมส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ กิจกรรมวันสงกรานต์ กิจกรรมครูดีเด่น กิจกรรมพัฒนาบุคลากร กิจกรรมทัศนศึกษาดูงานของครู เป็นต้น ซึ่งทุก ๆ กิจกรรมจะเน้นการทำงานเป็นกลุ่ม รวมถึงการประเมินสุขภาพใจในรอบที่ 2 โปรแกรม **Mental Health Check** ในเดือนมิถุนายน 2568 จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 76.78 ของบุคลากรทั้งหมด

ผลลัพธ์

เกิดการสื่อสารเชิงบวกในองค์กร มีทักษะแลกเปลี่ยนและใส่ใจรับฟังเพื่อนร่วมงานและสามารถเกิดการสร้างสุขด้วยตนเอง เกิดแนวทางการดูแลจิตใจ การสร้างสุขในองค์กรของวิทยาลัยสันตพล และเครือข่ายร่วมดูแลจิตใจ ครูและบุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร และเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน มีความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้น บรรยากาศในองค์กรมีความสุขและสร้างแรงบันดาลใจ ทั้งต่อตนเองและนักเรียนแกนนำมีความรู้

ผลการประเมิน **Mental Health Check In** ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2567 พบว่า ความเข้มแข็งทางใจ อยู่ในน้อยร้อยละ 5.89 ระดับความเครียดสูงมากที่สุดและมาก ร้อยละ 8.82 เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการทำงาน ร้อยละ 20.59 ภาวะซึมเศร้า 8.82 และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ร้อยละ 2.94 โดยในกลุ่มเสี่ยงได้มีการติดตามให้คำปรึกษาและประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการประเมินครั้งที่ 2 มิถุนายน 2568 พบว่า ผลการประเมิน **Mental Health Check In** ครั้งที่ 2 พบว่าความเข้มแข็งทางใจ อยู่ในน้อยร้อยละ 2.32 ระดับความเครียดสูงมากที่สุดและมาก ร้อยละ 4.56 เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการทำงาน ร้อยละ 11.62 ไม่มีเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ถึงแม้ว่าผลการประเมินจะดีขึ้นนั้น แต่เราเชื่อว่าสถานการณ์และปัจจัยต่างๆ สามารถกระตุ้นได้ จึงว่างแผนการประเมินทุกๆ 6 เดือนหลังจากนี้เป็นต้นไป

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นและไม่เป็นภาระ
2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ
3. การสื่อสารภายในที่ต่อเนื่อง ชัดเจน และจริงใจ
4. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นใจและความหมาย มากกว่าตัวชี้วัดภายนอก
5. การมีเครือข่าย (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต) ที่มีความเอาใจใส่ต่อผลสัมฤทธิ์ในเชิงคุณภาพของการดำเนินกิจกรรม

นวัตกรรม

หรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล

3 E : สร้างสุขจากใจสู่ใจชาววิทยาลัยเทคโนโลยีสันตพล” “The Triple-E for Heartful Happiness: Engage, Empathize, Empower” Concept **“สนุก เรียนรู้ สร้างแรงบันดาลใจ”**

นวัตกรรมการดูแลใจบุคลากรในสถานศึกษา ด้วยกระบวนการ “3 E” ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ และพึ่งได้ (Engage, Empathize, Empower). เพื่อสร้างบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่น เป็นมิตร และเอื้อต่อความสุขและแรงบันดาลใจของครูและบุคลากร. เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริหารและทีมงานสามารถเข้าถึงและเข้าใจความต้องการเชิงลึกของบุคลากรได้อย่างแท้จริง. เพื่อส่งเสริมความผูกพันในองค์กรและลดความเครียดจากการทำงาน ด้วยการดูแลทั้งด้านจิตใจและความสัมพันธ์

“สนุก” ด้วยกิจกรรมการกีฬาภายใน การสร้างความสัมพันธ์ของคนในองค์กร ช่วยเสริทในการทำงานร่วมกัน “เรียนรู้” กับการพัฒนาความรู้ใหม่ทางด้านการดูแลจิตใจ จิตวิทยา เทคโนโลยีที่ทันสมัย และวิชาการที่สำคัญ “สร้างแรงบันดาลใจ” กิจกรรมจิตอาสาออกชุมชนทำงานร่วมกัน ครูต้นแบบเชิดูเกียรติ เสริมแรงบันดาลใจ รับฟังให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน



สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

Happy Workplace (H8) & Mindfulness in Organization (MIO) หลักการบริหารคุณภาพชีวิตคนทำงานด้วย “สติ” ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย บริษัท เจ.เอช.อุตสาหกรรม จำกัด ต.โคกสูง อ.เมือง จ.นครราชสีมา

ดร.วิภาภรณ์ เกียรติอำนวย
รองกรรมการผู้จัดการบริษัท เจ.เอช.อุตสาหกรรม จำกัด

ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 พบอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน (20–59 ปี) สูงถึง 11.03 ต่อแสนประชากร และอัตราพยายามฆ่าตัวตาย 51.32 ต่อแสน ซึ่งในอำเภอที่บริษัทตั้งอยู่มีผู้เสียชีวิต 23 ราย คิดเป็น 18.11% ของทั้งจังหวัด บริษัทฯ จึงได้สำรวจพนักงาน 245 คน พบว่า 52.23% มีระดับความเครียดตั้งแต่ปานกลางถึงมากที่สุด ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ โรค NCDs (52%) หนี้สิน (85%) การสูบบุหรี่ (18%) และการดื่มแอลกอฮอล์ (28%) จึงนำไปสู่การพัฒนา “H8 & MIO” เพื่อดูแลสุขภาพจิตพนักงานอย่างยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

ภายใต้การทำงานของ ทีมสุขภาวะ 35 คน และการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีขั้นตอนดังนี้:

- **การสำรวจ:** รวบรวมข้อมูลสุขภาพกายและจิต
- **การกำหนดกลยุทธ์:** วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและกำหนดแนวทางจัดการ
- **กิจกรรมหลัก:**
  - ฝึกสมาธิ–สติทุกวันอังคาร (ออนไลน์–ออฟไลน์)
  - “นับคาร์บต้านโรค NCDs”, “ใครอยากหมดหนี้”, “รักกระเป๋าเป้า 700”, “ฝึกสมาธิหน้าจอ”
  - ออกกำลังกายก่อนเลิกงาน 30 นาที
  - ฝึกอบรม Resilience และสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต
- **การติดตามผล:**
  - ระบบแจ้งเตือน ส่งต่อ และประเมินกลุ่มเสี่ยง
  - ประชุมถอดบทเรียน ปรับปรุงพัฒนาด้วย PDCA (Plan–Do-Check–Act)

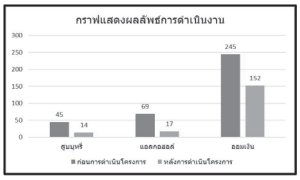


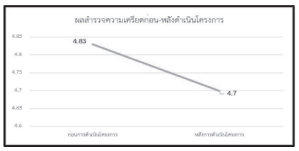
ผลลัพธ์

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ (Output)

- พนักงานเข้าร่วมกิจกรรม H8 & MIO รวม 212 คน (86.5%)
- จัดกิจกรรมฝึกสมาธิรวม 40 ครั้งต่อปี
- พนักงาน 24 รายได้รับคำปรึกษาด้านหนี้สิน

ผลลัพธ์ถึงบุคลากร (Outcome)





- พนักงาน 14 ราย จากจำนวน 45 ราย ลด/เลิกบุหรี่ได้ 31%
- พนักงาน 17 ราย จากจำนวน 69 ราย ลดการดื่มแอลกอฮอล์ 25%
- พนักงาน 152 ราย จากจำนวน 245 ราย ออมเงินสม่ำเสมอ 62%
- พนักงาน 245 ราย ใช้แบบประเมิน ST-5 ของกรมสุขภาพจิต มีระดับความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก 4.83 เหลือ 4.70

Impact: สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อสุขภาพจิต ลดความขัดแย้งในที่ทำงาน

นวัตกรรมเด่น

ปฏิทินนับคาร์บ, โมบาย “สติ”, น้อง “สติ”, สมุดออมเงิน “รักกระเป๋า” เนื่องจากความเครียด, โรค NCDs และการขาดวินัยทางการเงินของพนักงาน

- **“ปฏิทินนับคาร์บ”:** ปฏิทินรูปภาพเมนูอาหารที่มีข้อมูลจำนวนคาร์บ น้ำตาล โซเดียม ไขมันเพื่อเตือนสติ
- **“น้องสติ”:** ติดตั้งที่เครื่องจักร – เตือนให้มีสติขณะทำงาน
- **“โมบายสติ”:** ติดห้อยที่เพดานสำนักงาน – เตือนให้มีสติในการดูแลสุขภาพกายและจิต
- **“รักกระเป๋า”:** สมุดออมเงินรายเดือน – ฝึกวินัยและเป็นทุนฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ : ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน พร้อมกับเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้บริหารสนับสนุนและให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต
- ทีมสุขภาวะมีความเข้มแข็งและพนักงานร่วมออกแบบกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์
- วัฒนธรรมองค์กรเน้น “สติ” และการมีส่วนร่วม

อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

- **อุปสรรค:** บางกลุ่มมีส่วนร่วมน้อย, ข้อมูลสุขภาพจิตยังไม่ครอบคลุม
- **แนวทาง:** ใช้ระบบติดตามออนไลน์, มีการตั้ง “เพื่อนดูแลเพื่อน” ในระบบ peer support และเพิ่มการคัดกรองปีละ 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

- ขยายรูปแบบ H8 & MIO สู่สถานประกอบการอื่น
- เพิ่มช่องทางให้คำปรึกษาผ่านระบบ Tele-health
- บูรณาการการดูแลสุขภาพจิต – กายเป็นเรื่องเดียวกันอย่างเป็นระบบ


ฝึกอบรม “สติ”


ออกกำลังกายก่อนกลับบ้าน


รณรงค์ลดบุหรี่ด้วย”สติ”


ปลูกผักแจกพนักงาน ลดค่าใช้จ่าย



ปฏิทินนับคาร์บ ต้านโรค NCDs





โมบาย”สติ”


น้อง “สติ” ติดเครื่องจักร



สมุดออมเงิน “รักกระเป๋า”

สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตพนักงานในสถานประกอบการ “ร่วมสร้างสุข อย่างต่อเนื่อง”

นางมาลา เนตรนพรัตน์ *ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคล*
ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่ง รักษาการหัวหน้าแผนกทรัพยากรบุคคล บริษัท ไทยบิทูเมน จำกัด

ที่มาและความสำคัญ

จากการที่องค์กรได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตของพนักงาน พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญดังนี้ :

เสี่ยงฆ่าตัวตาย	มีภาวะหมดไฟ	เครียดสูง	เสี่ยงซึมเศร้า
2.33 % (1 คน)	4.65 % (2 คน)	0 % (0 คน)	0 % (0 คน)

ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าภาวะหมดไฟเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดในองค์กรของเรา นอกจากนี้ยังมีพนักงานที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน องค์กรจึงเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี และได้จัดให้มีโครงการ “สร้างสุข อย่างต่อเนื่อง” ในปี 2568 เพื่อลดปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพนักงาน

กระบวนการทำงาน

- ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยแบบคัดกรอง Mental health Check-in
- ประเมินความสุขด้วยตนเอง ด้วยเครื่องมือ HAPPINOMETER
- จัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพกายและใจ เช่น happy Health For All, สะสมแต้มสุขภาพ, ชวนเลิก ชวนลด เพื่ออนาคตที่ปลอดภัย
- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การเสริมสร้างสุขภาวะและสมรรถภาพจิตใจของบุคลากรในการทำงาน, ตรวจวัดความเครียดและสุขภาพหลอดเลือดด้วย เครื่อง Biofeedback และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน มีการประสานงานกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

ผลลัพธ์

1. **ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ :** พนักงานเข้าร่วม 88% ของพนักงานทั้งหมด, พนักงานที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจ 93%
2. **ผลลัพธ์ถึงบุคลากร :** พนักงานเข้าสู่กระบวนรักษา 1 ราย

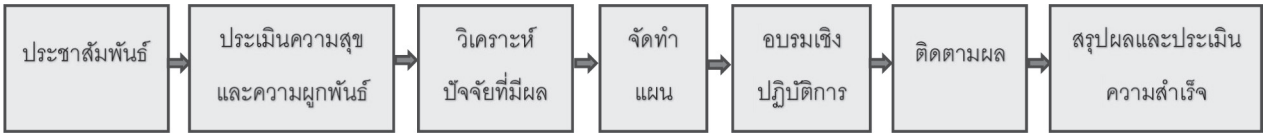
นวัตกรรมเด่น

1. **นวัตกรรม :** ร่วมสร้างสุข อย่างต่อเนื่อง
2. **ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม :** คณะทำงานศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน มุ่งเน้นการส่งเสริมความสุขและความผูกพันของบุคลากร ควบคู่กับการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาวะ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับความเครียดและความกดดันจากการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. **อธิบายนวัตกรรม**

- โครงการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาวะของบุคลากร
- กลุ่มเป้าหมายเป็น พนักงานทุกคน ดำเนินการโดยคณะทำงานศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน
- ขั้นตอนการดำเนินการ (ตาม Flow)





4. **ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม :** รายงานผลการสำรวจ เพื่อใช้ในการจัดทำแผนตั้งเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและความเป็นอยู่ของบุคลากรและองค์กรได้อย่างตรงจุด

ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมและการให้ความร่วมมือของผู้บริหาร พนักงาน และหน่วยงานราชการภายนอก
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
- บรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการพูดคุย โดย จนท.ให้คำปรึกษาสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Advisor)

อุปสรรคที่พบ และแนวทางแก้ไข

- ยังคงมีความเชื่อว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องส่วนตัว ส่งผลให้พนักงานบางคนไม่เปิดเผยปัญหาหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรม **แนวทางแก้ไข :** สร้างความตระหนักรู้ผ่านการสื่อสารภายในองค์กร, อบรมพนักงานให้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น

- ช่วงเวลาที่กำหนดในการจัดกิจกรรมไม่สอดคล้องกับตารางเวลาหรือความสะดวกของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้มีบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ **แนวทางแก้ไข :** ปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมหรือยืดหยุ่นเวลา

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อเนื่อง และขยายผล

- เพิ่มช่องทางเพื่อขยายโครงการสู่กลุ่มงานย่อยที่สนใจ
- มีการคำปรึกษา แนะนำการพัฒนาระบบติดตามผลระยะยาว
- ให้การสนับสนุนและร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลประจำจังหวัด



สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

พลังของใจที่เข้มแข็ง ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

บริษัท ผลิตภัณฑ์อาหารกว้างไพศาล จำกัด (มหาชน)
หรือ ปุ้มปุ้ย จังหวัดตรัง

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน จากแนวโน้มในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ได้ส่งผลต่อภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และพนักงานมีภาวะหมดไฟ (Burnout) ของบุคลากรอย่างชัดเจนซึ่งในหน่วยงานปัจจุบัน พบว่ามีบุคลากรเผชิญกับภาวะความเครียดจากปัจจัยหลากหลาย ดังนี้

1. ปริมาณงานที่มากเกินไปและความเร่งรีบในการทำงาน
2. แรงกดดันจากผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชา
3. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน
4. ขาดการสนับสนุนด้านจิตใจในที่ทำงาน

บริษัทฯ จึงมีนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้พนักงานทำงานอย่างมีความสุขและสร้างให้เกิดวัฒนธรรมภายในองค์กรให้แข็งแรงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน

กระบวนการทำงาน

1. ตั้งข้อสังเกตุจากความสุขของพนักงานและประสิทธิภาพการทำงาน
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มหัวหน้างานที่สามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับใช้ในการทำงาน
3. ขอความอนุเคราะห์ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
4. ดำเนินกิจกรรม
5. ประเมินผลหลังจบกิจกรรม

ผลลัพธ์

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

พนักงานได้รับการประเมินสุขภาพจิต (ความเครียด ซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และ Burnout และความสุขในการทำงาน)

ภาวะหมดไฟ		ภาวะเครียด		ซึมเศร้าเบื้องต้น		ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า		ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย	
ปกติ	เสี่ยง	กลาง	มาก	ปกติ	เสี่ยง	ไม่มี	เล็กน้อย	ไม่มี	น้อย
29 ราย	6 ราย	11 ราย	3 ราย	23 ราย	12 ราย	28 ราย	7 ราย	34 ราย	1 ราย

ผลลัพธ์ถึงบุคลากร

1. ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น บุคลากรที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และสามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและปริมาณของงานโดยรวม

2. ความสัมพันธ์ในที่ทำงานระหว่างพนักงานเพิ่มขึ้น สร้างการสื่อสารที่ดี ลดความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน และการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้บรรยากาศในองค์กรน่าทำงานพนักงานอยากมาทำงานเจอเพื่อนร่วมงานมากขึ้น

3. ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น บุคลากรรู้สึกได้รับการดูแลเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ จะทำให้เกิดความรู้สึกเกิดแรงบันดาลใจ และทุ่มเทให้กับงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ได้รับสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงถึงความตระหนักและการให้ความสำคัญจากผู้นำองค์กร
2. สร้างบรรยากาศที่บุคลากรรู้สึกว่าพูดคุย แสดงความคิดเห็น หรือขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้
3. การมีแผนงาน หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรคที่พบ และแนวทางแก้ไข

บริษัทฯ ทรัพยากรหรือบุคลากรเฉพาะด้าน หรือนักให้คำปรึกษาเฉพาะทาง

แนวทางแก้ไข : ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น กรมสุขภาพจิตที่ 12 และส่งต่อสถานพยาบาลใกล้เคียง โดยตรงหากพบพนักงานที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

ส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพจิตที่ดีในบุคลากรทุกหน่วยงานอย่างเป็นระบบ และเพิ่มการพัฒนาต่อยอดแนวทางปฏิบัติที่ดี รวมถึงการขยายผลไปสู่ระดับนโยบายหรือระดับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมและยั่งยืน





สถานประกอบการกับการดูแลใจพนักงาน (Health Minds at Works)

Strong Body Happy Mind วัยทำงานหัวใจแข็งแรง

บริษัท อ๊าร์ท-เสรีนา ปิสตัน จำกัด

ที่มาและความสำคัญ

บริษัท อ๊าร์ท-เสรีนา ปิสตัน จำกัด ก่อตั้งขึ้นในปี 1974 ด้วยวิสัยทัศน์อันแน่วแน่ที่จะผลิตสินค้าที่มีคุณภาพสูงในราคาที่ยุติธรรม พร้อมทั้งสร้างสถานที่ทำงานที่ปลอดภัยและน่าอยู่สำหรับพนักงานทุกคน ซึ่งปัจจุบันมีพนักงาน 596 คน โดยส่วนใหญ่เป็น Gen X ขึ้นไป ที่กำลังเผชิญความท้าทายทั้งการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีเครื่องจักร ปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามอายุ และภาระทางการเงินที่สูงขึ้น จนเกิดความเหนื่อยล้าทั้งกายใจสะสม จนเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน การดำรงชีวิตประจำวัน องค์กรจึงมุ่งส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ปลอดภัยทั้งกายและจิตใจอย่างยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

องค์กรยึดหลักตามวิสัยทัศน์ การสร้างสุขภาวะองค์กร และการดำเนินธุรกิจอย่างยั่งยืน (SDGs) เพื่อพัฒนาสุขภาพกาย - ใจ ของพนักงานอย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ สร้างวัฒนธรรมปลอดภัย ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดความเครียด และเสริมบทบาทผู้นำ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ อาทิเช่น Power Harassment, ผลตรวจสุขภาพผิดปกติ, คะแนนระดับความเครียด, สัดส่วน Gen X+, ภาระหนี้ และอัตราการเจ็บป่วย พร้อมกำหนดนโยบายและแผนงานอย่างชัดเจน โดยมีทีมขับเคลื่อนและติดตามผลเพื่อสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในองค์กรอย่างแท้จริง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมความตระหนักรู้ ผ่านการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อมุ่งเน้นให้พนักงานมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น รวมถึงเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการมีจิตใจที่เข้มแข็ง

ขั้นตอนที่ 2 ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อป้องกันไม่ให้พนักงานเผชิญปัญหาทางใจรุนแรง องค์กรมีการติดตามและประเมินความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ผ่านโปรแกรมCheck-In Mind: ระบบประเมินอารมณ์รายวันผ่าน QR Code โดยใช้สีแทนระดับอารมณ์ และมีคลินิกให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล: ให้คำแนะนำด้านสุขภาพกายและใจ ขั้นตอนการใช้งาน 1. สแกน QR Code ใช้โทรศัพท์มือถือสแกน QR Code ที่จุดที่กำหนด 2. เลือกสีที่ตรงกับอารมณ์ของคุณวันนี้ เขียว = รู้สึกดีมีพลัง เหลือง = ปกติ เฉย ๆ เหลือง = ไม่สบายใจ เหนื่อย แดง = วิตกกังวล เคลียด 3. ความพร้อมในการทำงานประจำวัน ได้แก่ พร้อมเต็มที่, รู้สึกเหนื่อย, ต้องการกำลังใจ, ไม่พร้อมทำงาน



ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น มีระบบคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตในระยะแรกเริ่ม พร้อมติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีทั้งการใช้เครื่องมือประเมิน และการพูดคุยรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืน เมื่อพนักงานประสบภาวะทางใจหรือภาวะเครียด องค์กรจะมีแนวทางฟื้นฟูอย่างเหมาะสมเพื่อให้กลับมาทำงานได้อย่างมีสมดุล

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- จัดสวัสดิการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะองค์กร (Happy Work Place) จำนวน 22 กิจกรรม
- พนักงานมีความพึงพอใจต่อโครงการคิดเป็นร้อยละ 97.07
- Power Harassment ลดลงจาก 47.3% เหลือ 31.6% คิดเป็น 33.2%
- จำนวนวันลางานและลาป่วยของพนักงานมีแนวโน้มลดลง 0.01% เมื่อเทียบกับปี 2567
- อัตราการลาออกของพนักงานลดลงอยู่ที่ 12.83%
- พนักงานเกิดความผูกพันกับองค์กรมากขึ้น มีความสุขในการทำงาน และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง
- พนักงานมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมกับเป้าหมายขององค์กร และมุ่งมั่นพัฒนาตนเองเพื่อเติบโตไปพร้อมกับองค์กร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง ทั้งในด้านนโยบายและการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติ
- มีการจัดสรรงบประมาณและบุคลากรเฉพาะด้าน เพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- พนักงานมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่งผลให้กิจกรรมต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายบริษัทฯ มีเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนทรัพยากร และต่อยอดการดำเนินงานอย่างยั่งยืน



นวัตกรรมเด่น

CHECK-IN MIND

เริ่มต้นวันด้วยการ สแกน QR Code เพื่อให้เราเข้าใจสุขภาพใจของคุณมากขึ้น ถ้าคุณรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ เรามี Mind Care Team ART ที่พร้อมให้คำแนะนำและช่วยเหลือคุณ เริ่มเลย!

เพราะใจของคุณ...สำคัญที่สุด...

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

CRRU CARE เสริมสร้างพลังใจ พัฒนาทักษะแห่งการใช้ชีวิตในศตวรรษที่ 21

กองพัฒนานักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งมักเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาพแวดล้อมทางการศึกษาและสังคมใหม่ที่มีความซับซ้อนและกดดันมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการดำรงชีวิต การเรียนรู้ และในบางกรณีอาจนำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือการสูญเสียชีวิต โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา จึงได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ในปีการศึกษา 2567 ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2568 ผลการคัดกรอง พบว่า นักศึกษาร้อยละ 0.88 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 1.72 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมกลไกการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

ด้วยเหตุนี้ มหาวิทยาลัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา โดยบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาในทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อันจะนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม การศึกษาอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ และการเติบโตเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในอนาคต

กระบวนการทำงาน

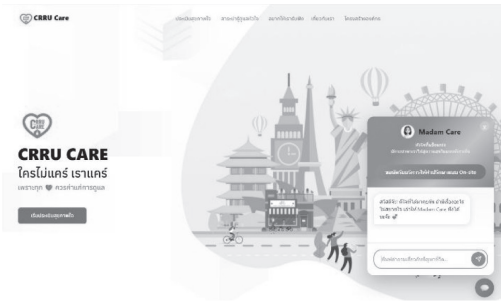
กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาถูกออกแบบบนพื้นฐานของวงจรบริหารคุณภาพ (PDCA: Plan–Do–Check–Act) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้ **1. ระยะก่อนดำเนินการ** ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดนโยบายและสร้างความเข้าใจร่วมกัน และการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจากผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง **2. ระยะดำเนินการ** ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 2.1 การรู้จักนักศึกษาเป็นรายบุคคล 2.2 การสำรวจและคัดกรองนักศึกษา 2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนปฏิบัติการ 2.4 การส่งเสริมเพื่อพัฒนาและการป้องกัน 2.5 ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการส่งต่อ ซึ่งครอบคลุม การให้คำปรึกษาและการรักษาความลับ การส่งต่อนักศึกษาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง **3. ระยะหลังดำเนินการ**ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตาม ประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน และสรุปผลเพื่อการปรับปรุงพัฒนา

การดำเนินงานทั้ง 9 ขั้นตอนข้างต้น ถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองบริบทของมหาวิทยาลัยได้อย่างเหมาะสม โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด PDCA ช่วยส่งเสริมให้กระบวนการมีความต่อเนื่อง ยืดหยุ่น และสามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีการศึกษา 2566–2567 พบว่า นักศึกษา จำนวน 4,418 ราย ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นผ่านโปรแกรม “Mental Health Check In” ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โดยพบกลุ่มเสี่ยงในแต่ละปีจำนวน 170 และ 154 รายตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า จากการดำเนินงานเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้จำนวนกลุ่มเสี่ยงลดลง และมหาวิทยาลัยยังสามารถให้บริการให้คำปรึกษาและส่งต่อนักศึกษาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนและทันท่วงที คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการดูแล

นวัตกรรม (ถ้ามี)



ชื่อนวัตกรรม แชทบอท Madam Care

ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม จากสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรับบริการอย่างทั่วถึง ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) การพัฒนาแชทบอทผู้ช่วยให้คำปรึกษาจึงเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพในการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตและส่งเสริมทักษะชีวิตของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

อธิบายนวัตกรรมคืออะไร ใช้อย่างไร กับใคร โดยใคร “Madam Care” เป็นแชทบอทที่เป็นผู้ช่วยให้คำปรึกษาเบื้องต้น พัฒนาโดยกองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ให้บริการในรูปแบบออนไลน์ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ รองรับทั้งนักศึกษาและประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ ในส่วนของการขอรับบริการให้คำปรึกษาแบบ on-site จำกัดเฉพาะนักศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยสามารถนัดหมายผ่านระบบ Login ได้อย่างเป็นระบบและปลอดภัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม จากการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่ใช้บริการแชทบอท “Madam Care” ในช่วงเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน 2568 จำนวน 80 ราย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67) โดยเฉพาะในด้านการได้รับประสบการณ์ในเชิงบวกจากการใช้บริการแชทบอท อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.48)

ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้ระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมจากผู้บริหารและภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย รวมถึงการดำเนินงานอย่างทุ่มเทของศูนย์ให้คำปรึกษาและพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งมีลักษณะการให้บริการที่รวดเร็ว เข้าถึงง่าย มีช่องทางการติดต่อที่หลากหลาย และให้ความสำคัญกับความต้องการของนักศึกษาโดยยึดหลักความเข้าใจและเคารพการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ บุคลากรยังมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญให้ทันต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ปัญหาสำคัญในการดำเนินงาน คือ จำนวนบุคลากรด้านจิตวิทยาและการให้คำปรึกษาที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของนักศึกษา แนวทางการแก้ไข ได้แก่ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีแชทบอทเพื่อให้บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้นในรูปแบบออนไลน์ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการขอความร่วมมือจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาภายในมหาวิทยาลัยในการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาในกรณีเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

การกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมความต่อเนื่องในการดำเนินงาน อาทิ การคัดกรองสุขภาพจิตให้ครอบคลุมกลุ่มนักศึกษาทั้งมหาวิทยาลัย การจัดอบรมด้านการให้คำปรึกษาแก่คณาจารย์ที่ปรึกษา การจัดทำแผนเผชิญเหตุในสถานการณ์วิกฤต การพัฒนานักศึกษาเพื่อนที่ปรึกษา (Youth Counsellor) และการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่นักศึกษาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน







มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

PSRU Care : ใครไม่แคร์ PSRU แคร์

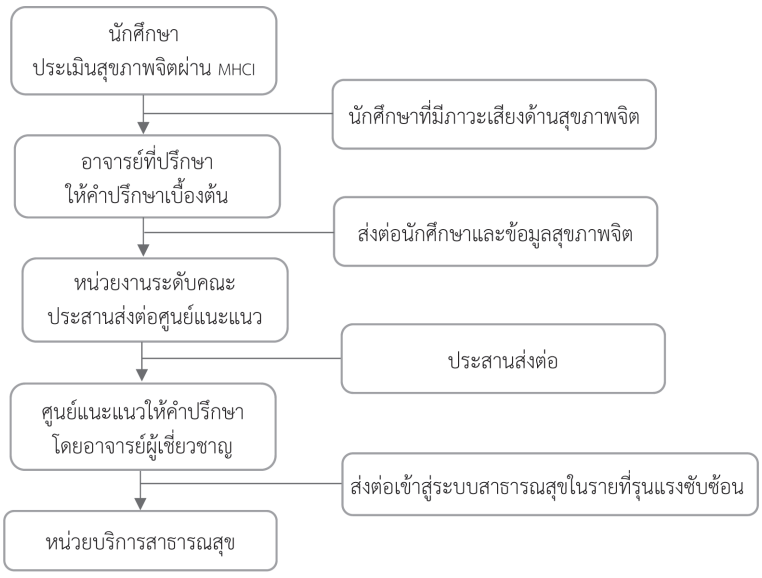
ดร. สิริลักษณ์ วงษ์ประสิทธิ์ *มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*
รักษาการผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา จังหวัดพิษณุโลก

ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (มรพส.) เป็นสถาบันอุดมศึกษาประจำจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีนักศึกษาหลากหลายกลุ่ม ทั้งจากในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างและต่างจังหวัดทั่วประเทศ นักศึกษามีภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว จากข้อมูลจากการสำรวจภายในของกองพัฒนานักศึกษา และการสังเกตจากอาจารย์ที่ปรึกษาพบว่า นักศึกษากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องปรับตัวกับชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัย การเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ และบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมเดิม นอกจากนี้ ปัญหาครอบครัว ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นความเปราะบางด้านจิตใจอีกด้วย มหาวิทยาลัยจึงจัดตั้ง “ศูนย์แนะแนวและให้คำปรึกษา” ขึ้นใน ปี พ.ศ.2554 และ พัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีนักศึกษาที่แสดงออกถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจิตทวีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ การแยกตัวจากสังคม และการโพสต์ข้อความในเชิงลบบนโลกออนไลน์ แต่ยังมีจำนวนน้อยที่เข้าถึงบริการให้คำปรึกษาหรือการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับรูปแบบของ ศูนย์แนะแนวและให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม หรือ PSRU Care Center เพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาและบุคลากรในบริบทของมหาวิทยาลัย

กระบวนการทำงาน

ศูนย์แนะแนวและให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม PSRU CARE Center ดำเนินงานโดยใช้แนวคิด “ระบบดูแลนักศึกษาแบบบูรณาการ” ซึ่งมีจุดเน้นในการสร้างกลไกเชิงรุก ตั้งแต่การเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมศักยภาพนักศึกษา โดยประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบระหว่าง 5 กลุ่มบทบาทหลัก ได้แก่ นักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา หน่วยงานระดับคณะ ศูนย์แนะแนวให้คำปรึกษา (ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา) และหน่วยบริการสาธารณสุข ดังนี้



ผลลัพธ์

กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์
ระดับนักศึกษา	1. ร้อยละ 75 นักศึกษากลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจนดีขึ้น (ปี2567) 2. การเข้าถึงบริการให้การปรึกษามีความครอบคลุมมากขึ้น 3. นักศึกษามีความรอบรู้สุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น
ระดับบุคลากร อาจารย์ และคณะต่างๆ	1. อาจารย์มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในการให้การปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือนักศึกษา 2. เกิดความร่วมมือและบูรณาการในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนักศึกษาในแต่ละคณะอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ 3. มีการใช้ข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตของนักศึกษาที่นำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ระดับมหาวิทยาลัย	1. เกิดระบบการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ 2. มีระบบการดูแลสุขภาพจิตของศูนย์ PSRU Care Center ได้รับการยอมรับจากเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายมหาวิทยาลัยภาคเหนือ ว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลนักศึกษา 3. สะท้อนภาพลักษณ์ของมหาวิทยาลัยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวม ทั้งด้านวิชาการ สังคม และจิตใจ
ระดับเครือข่ายองค์กรต่างๆ	เกิดความร่วมมือกับเครือข่ายชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัด เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ในการส่งต่อนักศึกษาที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรอาจารย์ นักศึกษา และเครือข่ายภายนอกมหาวิทยาลัย ได้แก่ เครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย

3. มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาบูรณาการกับระบบบริการ ข้อมูลผู้รับบริการในระบบที่ปลอดภัยและสามารถติดตามความก้าวหน้าได้แบบรายบุคคล

นวัตกรรม





1. Application DEK PIBUL เครื่องมือกลางในการสร้างระบบดูแลสุขภาวะนักศึกษาที่มีความ “เข้าถึงง่าย ใช้งานได้จริง เชื่อมโยงกับทีมดูแล”

2. Line น้องเติมใจ นวัตกรรมด้านการสื่อสารและดูแลสุขภาวะจิตใจของนักศึกษา โดยพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด “เทคโนโลยีที่เข้าถึงใจ” (Empathetic Technology)

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

การดูแลนักศึกษาอย่าง “ลูกและศิษย์” หน่วยงาน สำนักพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเจ้าพระยา จังหวัดนครสวรรค์

ดร.จิรนันท์ กมลสินธุ์ *ผู้ช่วยอธิการบดี*
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเจ้าพระยา

ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยเจ้าพระยา จัดการศึกษาอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการอุดมศึกษาที่กำหนด โดยมุ่งเน้นการดูแลนักศึกษาอย่าง “ลูกและศิษย์” ทั้งในด้านวิชาการและการดำเนินชีวิต โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาทำหน้าที่ดูแลและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้นักศึกษามีความมั่นใจในการเรียนและสามารถพัฒนาตนเองสู่การเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ พร้อมรับใช้สังคมและประเทศชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

มหาวิทยาลัยเจ้าพระยา เป็นสถาบันอุดมศึกษาขนาดเล็กในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง มีจำนวนนักศึกษาไม่มากทำให้สามารถดูแลนักศึกษาได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยในปีการศึกษา 2567 มีนักศึกษาจำนวน 1,170 คน เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 820 คน จากข้อมูลพบว่าไม่ปรากฏกรณีนักศึกษาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 0) อย่างไรก็ตาม มหาวิทยาลัยยังคงให้ความสำคัญสูงสุดกับการดูแลนักศึกษา ด้วยการพัฒนาระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้พัฒนาระบบโปรแกรมสนับสนุนการดำเนินงานของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยเน้นการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทั้งในด้านผลการเรียน ความสนใจ ปัญหาและความต้องการเฉพาะตัวของนักศึกษา ข้อมูลดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนให้คำปรึกษาและติดตามความก้าวหน้าแบบองค์รวม (Holistic) ได้อย่างเป็นระบบ เช่น การตรวจสอบผลการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรม และการตอบสนองต่อคำแนะนำก่อนหน้าหรือคำปรึกษา เป็นต้น

การมีระบบที่ทันสมัยยังช่วยสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษา รู้สึกถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง ลดความโดดเดี่ยว เพิ่มแรงจูงใจในการเรียน และใช้ชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยอย่างมีความสุข ซึ่งจะส่งผลดีต่อการพัฒนาทั้งทางวิชาการและบุคลิกภาพในระยะยาว จากเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการดำเนินงานด้านการดูแลนักศึกษาด้วยความใส่ใจอย่าง ‘ลูกและศิษย์’” ร่วมกับการพัฒนาเครื่องมือ/นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีความทันสมัย และมีประสิทธิภาพ

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนและแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา กระบวนการเริ่มต้นจากการประชุมวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการบริหารจัดการระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาในแต่ละหลักสูตร โดยพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่ออาจารย์ที่ปรึกษาในปีก่อนหน้า เพื่อพิจารณาคัดเลือกอาจารย์ที่มีคุณลักษณะเหมาะสม จากนั้นหลักสูตรจะดำเนินการเสนอรายชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาไปที่สำนักทะเบียนและวัดผลเพื่อจัดทำคำสั่งแต่งตั้งและอนุมัติโดยมหาวิทยาลัยจากนั้นจะประกาศคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบการดำเนินงานที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 การให้คำปรึกษาและการดูแลนักศึกษา หลังจากได้รับการแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาจะทำหน้าที่ดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิดผ่าน 4 ระบบหลัก ได้แก่ **(1) ระบบการให้คำปรึกษา**ในประเด็นเกี่ยวกับการเรียน ปัญหาชีวิต ครอบครัว หรือความเครียดทางอารมณ์ **(2) ระบบติดตามนักศึกษาขาดเรียน** โดยใช้ข้อมูลจากผู้สอนรายวิชาเพื่อใช้ในการติดตาม **(3) ระบบสอนเสริม** สำหรับนักศึกษาที่เรียนไม่เข้าใจหรือมีความสนใจในเนื้อหาบางวิชา และ **(4) ระบบการหาแหล่งทำงานระหว่างเรียน** โดยอาจารย์จะคัดกรองความเหมาะสมและจับคู่นักศึกษากับแหล่งงานที่ตรงกับความสามารถและตารางเรียน โดยขั้นตอนนี้จะมีการประยุกต์ใช้โปรแกรม “Advisor Connect” ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ออกแบบขึ้นภายในมหาวิทยาลัยสำหรับให้อาจารย์บันทึกการให้คำปรึกษา นัดหมายออนไลน์ ส่งข้อความแจ้งเตือน และวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกของนักศึกษาแต่ละคน เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมและแม่นยำ

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการรายงานต่อผู้บริหาร อาจารย์ที่ปรึกษาจะติดตามความคืบหน้าของนักศึกษาในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีที่นักศึกษามีปัญหา เช่น ขาดเรียนต่อเนื่อง มีผลการเรียนต่ำ หรือมีปัญหาส่วนตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อการเรียน โดยในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ อาจารย์ที่ปรึกษาจะจัดทำรายงานสรุปการดำเนินงานในรูปแบบดิจิทัล และส่งต่อให้ประธานหลักสูตรเพื่อนำเสนอระดับคณะและมหาวิทยาลัยผ่านระบบ “Student Care Dashboard” ซึ่งเป็นระบบรายงานออนไลน์แบบ Real-time ที่ผู้บริหารสามารถเข้าดูข้อมูลการให้คำปรึกษา สถิติการติดตามและแนวโน้มปัญหาของนักศึกษาได้ทันที เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการให้ความช่วยเหลือ การจัดสรรทรัพยากรหรือวางนโยบายสนับสนุนนักศึกษาได้อย่างตรงประเด็นและทันท่วงที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สิ้นภาคการศึกษา จะประเมินกระบวนการทั้งหมด โดยเน้นทั้งในด้านประสิทธิภาพของระบบการดูแล ความครอบคลุมของการให้คำปรึกษา และความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่ออาจารย์ที่ปรึกษา รวมถึงความสามารถของโปรแกรมที่นำมาใช้สนับสนุนการทำงาน ซึ่งแบบสอบถามและแบบประเมินจะดำเนินการผ่านระบบ “e-Advisor Assessment” ที่ช่วยให้สามารถรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานผลได้อย่างสะดวกและเป็นระบบ ข้อมูลจากการประเมินเหล่านี้จะถูกนำไปปรับปรุงระบบการดูแลนักศึกษาในรอบถัดไป เพื่อให้การดำเนินงานมีความทันสมัย ยืดหยุ่น และตอบโจทย์ปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

การพัฒนารูปแบบการดูแลนักศึกษาอย่าง ‘ลูกและศิษย์



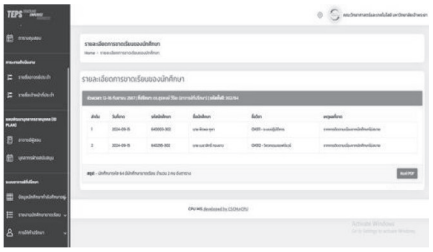
ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- **ผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและจิตสำนึก** นักศึกษาที่ได้รับการดูแลใกล้ชิดจะมีความมั่นคงทางจิตใจ มีทักษะชีวิตและความรับผิดชอบ ส่งผลให้สำเร็จการศึกษาอย่างมีคุณภาพ พร้อมเป็นบัณฑิตและพลเมืองที่ดี มีจริยธรรม และเป็นกำลังคนที่มีคุณภาพของสังคมประเทศ สร้างคุณประโยชน์แก่ผู้มีส่วนได้เสียในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- **ลดปัญหาสังคมจากเยาวชนที่ขาดที่พึ่ง** การมีอาจารย์ที่ปรึกษาและระบบอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ในการช่วยดูแลนักศึกษาจะช่วยลดปัญหาและป้องกันปัญหาทางพฤติกรรมได้ เช่น ผลการเรียนต่ำ การออกกลางคัน สิ่งเสพติดต่างๆ ปัญหาทางจิตใจหรือความเครียดสะสม ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลอาจส่งผลกระทบต่อตัวนักศึกษาและสังคมโดยตรง การสร้างกลไกดูแลนี้จึงเป็นการป้องกันปัญหาเชิงระบบอย่างยั่งยืน
- **นักศึกษามีทักษะที่ตอบโจทย์ตลาดแรงงาน** ด้วยการดูแลและให้คำปรึกษานักศึกษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง นักศึกษาจะได้รับคำแนะนำและพัฒนาทักษะที่เหมาะสมกับศักยภาพ ความถนัด และแนวโน้มอาชีพ ทำให้สามารถวางแผนชีวิตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้สำเร็จการศึกษาอย่างมีคุณภาพและประกอบอาชีพได้ตรงตามสายงาน สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บัณฑิตตามผลการประเมินที่ผ่านมา

ปัจจัยความสำเร็จ

- **อาจารย์ที่ปรึกษาใส่ใจและเข้าถึงนักศึกษา** มีการพูดคุย ติดตาม ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านการเรียน การใช้ชีวิต และอาชีพ
- **ระบบการติดตามและรายงานผลที่มีประสิทธิภาพ** มีเครื่องมือและกระบวนการชัดเจน เช่น ใช้โปรแกรมรายงานผลแบบออนไลน์ รายสัปดาห์ และรายงานผู้บริหารอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
- **การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย** ผู้บริหาร อาจารย์ นักศึกษา และหน่วยงานสนับสนุน ร่วมกันในการดูแลและพัฒนานักศึกษาให้ประสบความสำเร็จในด้านการศึกษา และการใช้ชีวิต





นวัตกรรมเด่น

1. การใช้งานโปรแกรมหรือแพลตฟอร์มดิจิทัล: ระบบ “Student Care Dashboard” เพื่อติดตามพฤติกรรมการเข้าเรียน ปัญหา และความต้องการของนักศึกษา พร้อมรายงานผลให้ผู้บริหารทุกสัปดาห์

2. ระบบให้คำปรึกษาแบบแยกประเภท: แบ่งการดูแลออกเป็น 4 ระบบ ได้แก่ ปัญหาการเรียน, การขาดเรียน, สอนเสริม, และหาแหล่งงาน ช่วยให้การให้คำปรึกษาเป็นระบบ และตอบโจทย์นักศึกษาแต่ละกลุ่ม

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ: รวบรวมข้อมูลจากการติดตามและการให้คำปรึกษา นำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนสนับสนุนเฉพาะรายบุคคล และพัฒนานโยบายมหาวิทยาลัยในภาพรวม

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

TRU Student Wellness Club
“มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีกับการดูแลใจนักศึกษา”

นางจริยา ทองคำ *พยาบาลวิชาชีพ กองพัฒนานักศึกษา*
สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

ที่มาและความสำคัญ

ด้วย กองพัฒนานักศึกษา สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบ ด้านการพัฒนาศักยภาพนักศึกษา มีความตระหนักถึงสภาพปัญหา ความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ส่งผลกระทบต่อนักศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะต้องเผชิญ กับการปรับตัวหลายด้าน มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จึงได้ทำการประเมินสุขภาพใจนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ด้วยโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 4 - 9 มิถุนายน 2568 นักศึกษาจำนวน 621 คน พบว่า มีภาวะเครียดสูง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 10.31) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 1.77) และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 2.58) ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ประกอบกับจากข้อมูลสถิติอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดลพบุรี ในปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567) พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 25 คน และผู้พยายามฆ่าตัวตาย 97 คน (ที่มา : ข้อมูล รง.506s, 2567) โดยสาเหตุหลักในการทำร้ายตนเองเกิดจากความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต (ที่มา : ข้อมูล รง 506s ณ เดือนกันยายน 2567) ดังนั้นการบริการให้คำปรึกษาดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้านสุขภาพจิต จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาสามารถดำรงชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างปกติสุข สามารถปรับตัวและศึกษาเล่าเรียนได้อย่างราบรื่น จนสำเร็จการศึกษาเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ

กระบวนการทำงาน

โครงสร้างการทำงานของศูนย์ให้คำปรึกษา TRU Student Wellness Club มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี โดยมีอธิการบดี ผู้บริหาร และรองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาฯเป็นผู้กำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมาย แนวทางดำเนินงานร่วมกันกับคู่เครือข่าย และสนับสนุนการดำเนินงานของคู่เครือข่าย ซึ่งกองพัฒนานักศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในการดำเนินงานของศูนย์ TRU Student Wellness Club โดยประกอบด้วย

1) งานพัฒนาศักยภาพ รับผิดชอบในการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้นำ นักศึกษา

2) งานวิชาการ รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพจิต จัดทำสื่อ และสถิติด้านวิชาการ

3) งานให้คำปรึกษา มีพยาบาลวิชาชีพ นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพ หัวหน้างานกิจการนักศึกษา รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่นักศึกษา นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมต่อกับหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ในการเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินงานสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ตลอดจนรับส่งต่อนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตให้เข้าสู่ระบบบริการ

การดำเนินงานภายใต้ระบบดูแลช่วยเหลือในมิติส่งเสริม ป้องกันปัญหา และดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

ด้านการคัดกรองสุขภาพจิต ได้จัดกิจกรรมตรวจเช็คสุขภาพใจในโครงการ “ปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ประจำปีการศึกษา 2568” แก่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 621 คน

ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษา ได้ดึงการมีส่วนร่วมของอาจารย์ที่ปรึกษาจากทุกคณะมาร่วมดูแลนักศึกษา โดยการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบุคลากรในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา ภายใต้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “Happy Mental Health สร้างเสริมสุขภาพจิต พิชิตสุขภาพใจ ” ซึ่งมี ผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 30 คน

โดยมีการบูรณาการจัดกิจกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ปทุมธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช นอกจากนี้ยังได้มีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่นักศึกษาในการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นและช่องทางการขอรับบริการสุขภาพจิตบน Facebook “งานพยาบาล กองพัฒนานักศึกษา มรภ.เทพสตรี” ผ่านกิจกรรมเปิดบ้าน TRU student wellness club ณ มรภ.เทพสตรี มีแต่ความรัก(ษ์)และห่วงใย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานมหกรรมเทพสตรี 104 ปี “นวัตกรรมสร้างสรรค์สู่การยกระดับเศรษฐกิจชุมชนอย่างยั่งยืน 2567” และผ่านกิจกรรมในโครงการนิทรรศการ “สร้างเสริมสุขภาพใจ วัยรุ่นเทพสตรีห่างไกลโรคซึมเศร้า” ณ ห้องประชุมพระนารายณ์ ชั้น 4 อาคารรัตนเทพสตรี

ด้านการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยศูนย์ TRU Student Wellness Club ปีการศึกษา 2568 นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ได้รับคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยใช้โปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 4 - 9 มิถุนายน 2568 นักศึกษาจำนวน 621 คน พบว่า มีภาวะเครียดสูง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 10.31) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 1.77) และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 2.58) มหาวิทยาลัยจึงได้ให้การดูแลช่วยเหลือนักศึกษากลุ่มเสี่ยงสูงอย่างเร่งด่วน โดยศูนย์ TRU Student Wellness Club ประสานติดต่อพูดคุยและนัดหมายกับนักศึกษารายบุคคลในให้การดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาเบื้องต้น

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- **ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ** การดำเนินงานเมื่อวิเคราะห์ด้วยกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ(Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่

1) ระบบบริการ มีการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษาด้วย MHCI และหน่วยงานบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพใจ พร้อมการส่งต่อการดูแลไปยังโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2) กำลังคนด้านสุขภาพ มีพยาบาลวิชาชีพ นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาวัยรุ่น และหลักสูตร Training for The Trainer อีกทั้งยังมีอาจารย์ที่ปรึกษา และบุคลากรจากทุกคณะที่ได้รับการอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น จำนวนกว่า 30 คน

3) ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต และช่องทางการให้บริการสุขภาพจิตแก่นักศึกษา ซึ่งมีนักศึกษาใช้บริการขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพใจผ่านช่องทางออนไลน์ “เพจเฟสบุ๊กงานพยาบาล กองพัฒนานักศึกษา มรภ.เทพสตรี” และที่ศูนย์ TRU Student Wellness Club

4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ใช้การบันทึกข้อมูลสุขภาพจิตด้วย MHCI และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการจัดกิจกรรมต่างๆ จากมหาวิทยาลัย และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต และจัดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีนโยบายระดับผู้บริหารผลักดันให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และแผนผังการดำเนินงานของศูนย์ TRU Student Wellness Club

- **ผลลัพธ์ถึงนักศึกษา** โดยศูนย์ TRU Student Wellness Club บริการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาซึ่งภายหลังได้รับการปรึกษาแล้วมีอาการดีขึ้นทุกคนและไม่มีการส่งต่อการดูแลรักษา

ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยเกื้อหนุนที่ผลักดันให้ระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี มีประสิทธิภาพนั้น เริ่มจากวิสัยทัศน์ผู้บริหารที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานเป็นอย่างดี ทั้งได้รับความร่วมมือจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ปทุมธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประกอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา และบุคลากรมีความรู้ ในด้านการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

ศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษา “ระบายศิลป์”

นางบุหงา แสงกิตติคุณ *นักจิตวิทยาและการแนะแนว*
ประจำศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษ ระบายศิลป์

ที่มาและความสำคัญ

ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มหาวิทยาลัยศิลปากร มีการสำรวจความเป็นอยู่ของนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัย โดยพบว่า ปัญหาด้านสุขภาวะ (สุขภาพจิต) ของนักศึกษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจโดยใช้แบบวัดแรงบันดาลใจ (DASS-21) ระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 ถึง 23 มีนาคม 2568 มีนักศึกษาเข้าร่วมทำการประเมิน จำนวนทั้งสิ้น 2,408 คน ผลการประเมินพบว่า (1) นักศึกษาที่มีภาวะความเครียดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 15 และมีภาวะความเครียดระดับรุนแรงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 (2) นักศึกษาที่มีภาวะวิตกกังวล อยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10 และ มีภาวะวิตกกังวล อยู่ในระดับรุนแรงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 (3) นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 17 และมีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ควรอยู่ในระดับการป้องกันและหาวิธีการรักษา ดูแลอย่างใกล้ชิด หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อนและกระทบต่อทั้งตัวนักศึกษาและสังคมโดยรวม มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงให้ความสำคัญกับมาตรการเชิงรุกทั้งในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในระยะเริ่มต้น เพื่อไม่ให้พัฒนาไปสู่ภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่นักศึกษาทั่วไป เป้าหมายสำคัญของมหาวิทยาลัยคือ การส่งเสริมและพัฒนานักศึกษาให้มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีสุขภาพจิตที่แข็งแรง ซึ่งจะเป็นรากฐานของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ เพื่อความมั่นคงและยั่งยืนของประเทศในระยะยาว

กระบวนการทำงาน

มหาวิทยาลัยศิลปากร มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาวะทางด้านจิตใจของนักศึกษาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยดำเนินงานผ่าน 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. **สำรวจสุขภาวะ:** ประเมินสุขภาพจิตนักศึกษาปีละ 2 ครั้งด้วยแบบวัดมาตรฐาน เพื่อเก็บข้อมูลความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สำหรับวางแผนงาน
2. **วิเคราะห์ วางแผน และบูรณาการ:** นำผลสำรวจมาวางแผนงานสุขภาพจิตร่วมกับคณะ/หน่วยงาน จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษา” โดยนักจิตวิทยา (ทั้งในและนอกเวลาทำการ รวมถึงแอปฯ ออนไลน์ 24 ชม.) ประสานงาน รพ.นครปฐมเพื่อส่งต่อผู้ป่วย และอบรมอาจารย์/บุคลากรเพื่อคัดกรอง/ส่งต่อผู้มีความเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมให้ความรู้แก่นักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเอง การเยียวยา และการดูแลสุขภาพจิต
3. **ประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง:** ติดตามและประเมินผลแผนงานรายเดือน/รายปี เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา

ขั้นตอนการให้บริการของ
ศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษาระบายศิลป์



1. นักศึกษามีความตระหนักรู้และเข้าใจสุขภาพจิต สามารถประเมินสภาพจิตใจตนเองและดูแลฟื้นฟูเมื่อเผชิญความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ

2. จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษา” เพื่อให้บริการคำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาในวันและเวลาราชการ รวมทั้งเปิดบริการนอกเวลาราชการ (วันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 17.00–20.00 น.) และพัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านคำปรึกษาสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

3. การคัดกรองและส่งต่อนักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว โดยผลการจากการทำงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 มีนักศึกษาเข้ารับบริการของศูนย์ระบายศิลป์รวม 196 คน และได้รับการช่วยเหลือส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาโดยแพทย์จำนวน 23 คน

4. การอบรมอาจารย์และบุคลากร สร้างสภาพแวดล้อมที่เข้าใจและสนับสนุน ส่งเสริมให้นักศึกษารู้สึกปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

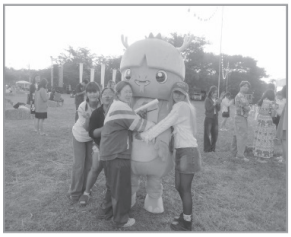
ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

1. ผู้บริหารมหาวิทยาลัยมีวิสัยทัศน์และสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพจิต พร้อมจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม
2. โครงสร้างการดำเนินงานเป็นระบบชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การสำรวจ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล
3. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยสร้างระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและความร่วมมือที่เข้มแข็ง
4. การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านบริการคำปรึกษาออนไลน์ 24 ชั่วโมง ช่วยขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการ
5. การพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมเชิงลึกและต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลนักศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

นวัตกรรมเด่น

แบบวัดแรงบันดาลใจ แบบวัดที่ได้พัฒนาจากแบบวัด Dass – 21 ปรับชื่อให้เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับบริบทของมหาวิทยาลัยศิลปากร ผ่านช่องทางออนไลน์ ระบบสามารถช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ โดยข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังศูนย์ประสานงานและให้คำปรึกษาเพื่อการวิเคราะห์โดยนักจิตวิทยา






มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

การขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาผ่านการประยุกต์ใช้โมเดล ACT- C เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติของชีวิตนักศึกษา มทร.ตะวันออก

นายทวิชากร ขุนภักดี *และกองพัฒนานักศึกษา*
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก

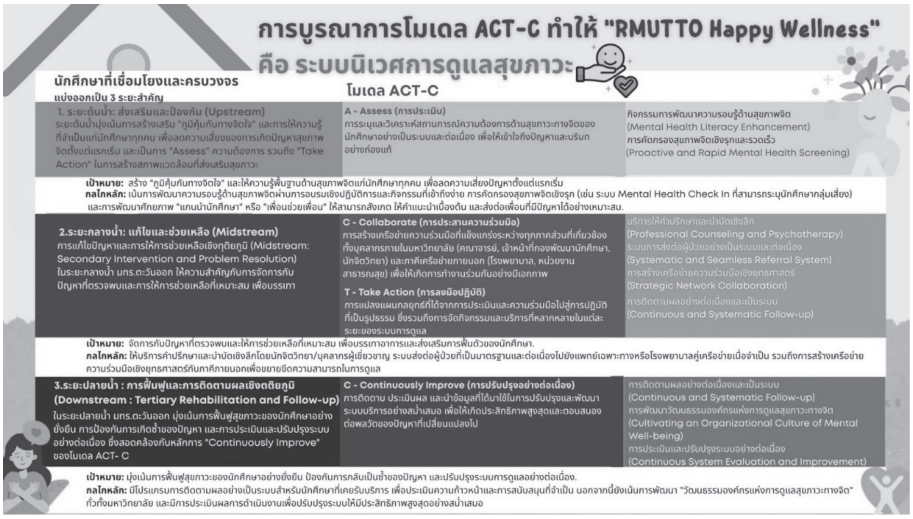
ที่มาและความสำคัญ

การดูแลสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาได้ทวีความสำคัญขึ้นเป็นวาระเร่งด่วนในระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงอัตราความชุกของปัญหาทางจิตเวช โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรอายุ 15-24 ปี สภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันสูง การปรับตัวทางสังคม การจัดการกับความคาดหวัง รวมถึงอิทธิพลของเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ ล้วนเป็นปัจจัยที่ซับซ้อนซึ่งส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางจิตใจของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ด้วยตระหนักถึงปัญหาที่ท้าทายนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ได้ริเริ่มโครงการ “RMUTTO Happy Wellness” โดยซึ่งเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่มุ่งเน้นการบูรณาการการส่งเสริม การป้องกัน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็นขั้นตอน ผ่านการประยุกต์ใช้โมเดล ACT- C เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติของชีวิตนักศึกษา

กระบวนการทำงาน

กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน “RMUTTO Happy Wellness” กับการประยุกต์ใช้โมเดล ACT-C

โครงการ “RMUTTO Happy Wellness” คือแกนหลักทางยุทธศาสตร์ของ มทร.ตะวันออก ในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาวะทางจิตของนักศึกษา โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการปลูกฝัง “วัฒนธรรมองค์กรแห่งการโอบอุ้มทางจิตใจ” ที่มีความตระหนักรู้ การป้องกัน และความสามารถในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ระบบนี้ตั้งอยู่บนรากฐานของการบริหารจัดการเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก และที่สำคัญที่สุดคือการประยุกต์ใช้โมเดล ACT-C (Coordinated Strategic Action) ซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่ได้รับการยอมรับในงานวิจัยระบบบริการสุขภาพจิต เพื่อสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว



ผลลัพธ์ ที่สำคัญและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

การดำเนินงานของ มทร.ตะวันออก ภายใต้โครงการ “RMUTTO Happy Wellness” ได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่โดดเด่นและเป็นรูปธรรม อาทิ ความสำเร็จในการคัดกรองนักศึกษากว่า 3,000 คน ซึ่งนำไปสู่การระบุนักศึกษากลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ การจัดฝึกอบรมเชิงจิตวิทยาสำหรับนักศึกษาและบุคลากรกว่า 200 คน ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในภาพรวมของสถาบัน และการพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาวะทางจิตมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและสามารถเป็นต้นแบบที่ยั่งยืนสำหรับสถาบันอื่น ๆ ขอเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาเพิ่มเติมดังนี้

- **การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสม :** ควรมีการจัดสรรงบประมาณและเพิ่มจำนวนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์) ให้เพียงพอและครอบคลุมกับจำนวนนักศึกษาที่เพิ่มขึ้นและความซับซ้อนของปัญหา เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและปริมาณของบริการที่สามารถรองรับความต้องการได้อย่างทันท่วงที
- **การสื่อสารและประชาสัมพันธ์เชิงกลยุทธ์ที่เข้าถึงง่ายและต่อเนื่อง :** พัฒนากลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ศูนย์ให้คำปรึกษาและบริการที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและสร้างสรรค์ ผ่านช่องทางที่หลากหลายและเข้าถึงนักศึกษาทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, p-value = 0.009
- **การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและครอบคลุมสำหรับนักศึกษาทุกกลุ่ม :** พัฒนามาตรฐานและแนวปฏิบัติในการให้บริการที่ “เป็นมิตร” “เคารพในความหลากหลาย” และ “ปราศจากอคติ” สำหรับนักศึกษาทุกกลุ่ม
- **การพัฒนากลไกการประเมินผลและการปรับปรุงระบบที่ยืดหยุ่นและขับเคลื่อนด้วยข้อมูล :** สร้างกลไกประเมินผลการดำเนินงานที่เข้มแข็ง รอบด้าน และสามารถปรับปรุงระบบได้อย่างรวดเร็วในทุกระดับ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based data) และเสียงสะท้อนจากผู้ใช้บริการในการวิเคราะห์และพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบตอบสนองต่อพลวัตของปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ปัจจัยความสำเร็จ

ระบบการดูแลสุขภาวะทางจิตของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกถือเป็นการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบในการบริหารจัดการสุขภาวะทางจิตของนักศึกษา ด้วยการบูรณาการโมเดล ACT-C เข้ากับกระบวนการดูแลแบบสามระยะที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง ตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันเชิงปฐมภูมิ การแก้ไขปัญหาเชิงทุติยภูมิ ไปจนถึงการฟื้นฟูและติดตามผลเชิงตติยภูมิ มทร.ตะวันออก ผลิต”บัณฑิตที่มีสุขภาวะทางจิตที่แข็งแกร่งและสมบูรณ์” พร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศและสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณภาพต่อไป

นวัตกรรมเด่น

โครงการ “RMUTTO Happy Wellness” ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาโดยประยุกต์ใช้ โมเดล ACT-C (Coordinated Strategic Action) ในการออกแบบและขับเคลื่อนระบบบริการแบบบูรณาการที่ครอบคลุมสามระยะ ได้แก่ ต้นน้ำ (ส่งเสริมและป้องกัน), กลางน้ำ (แก้ไขและช่วยเหลือ), และปลายน้ำ (ฟื้นฟูและติดตามผล) เพื่อการดูแลนักศึกษาอย่างครบวงจรและยั่งยืน





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

TAKASILA Model
ต้นแบบดูแลสุขภาพใจนักศึกษา เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดมหาสารคาม

นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ,*
ดร.วัชรินทร์ ทองสีเหลือง *นักวิชาการสาธารณสุข*

ที่มาและความสำคัญ

นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ถือว่าเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายและย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งในช่วงวัยดังกล่าวเป็นช่วงวัย ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะด้านจิตใจ ปัจจุบันกลุ่มนักศึกษามีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2564 กรมสุขภาพจิต มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงาน (MOU) ระหว่างกรมสุขภาพจิตกับมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภายใต้โครงการ “คู่เครือข่ายดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ” เพื่อให้นักศึกษาได้รับการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ในปี 2567 จำนวน 3,679 คน (ร้อยละ 38.32) พบว่า โดยส่วนใหญ่นักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 20.7 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต พบว่า การจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัย สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ ประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในมหาวิทยาลัยร่วมกัน ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC สรุปปัญหาได้ดังนี้ 1) ขาดการค้นหาเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย 2) นโยบายในการดำเนินงานสุขภาพจิตไม่ชัดเจนและไม่มีรูปแบบในการทำงาน 3) ไม่มีระบบการดูแลสุขภาพใจที่ชัดเจน จากการทบทวนเกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา รวมถึงรูปแบบการดำเนินการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาไม่ชัดเจน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ทีมหมอครอบครัวศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามจึงมีความสนใจที่จะได้ทำการศึกษาในเรื่องดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษานี้คาดหวังว่าจะนำมาใช้ในการวางแผนดูแล ช่วยเหลือนักศึกษา และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต โดยขับคลื่อนการทำงานผ่านคณะกรรมการบริหารระดับมหาวิทยาลัย จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต ผ่านกลไกล PCU BORUD

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้กระบวนการ Action Research พร้อมทั้งคืนข้อมูลร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคประชาชน ภาคการเมือง และภาควิชาการ โดยใช้เทคนิค AIC ในการสร้างเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

รูปแบบการดำเนินงาน TAKASILA Model ต้นแบบการดูแลสุขภาพใจนักศึกษา



เกิดยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านการส่งเสริมและป้องกัน ด้านการช่วยเหลือสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ และด้านพัฒนาสู่ความยั่งยืน ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนงานกิจกรรม และประเมินผลรูปแบบและถอดบทเรียน หาปัจจัยสู่ความสำเร็จร่วมกัน เพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืนและพัฒนาต่อยอด

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ต้นแบบดูแลสุขภาพใจนักศึกษา คือ TAKASILA Model ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

- **ด้านการส่งเสริมและป้องกัน**
  - มีการคัดกรองสุขภาพจิตผ่าน Application SMILE RMU ซึ่งการดำเนินงาน พบว่านักศึกษาเข้าสู่กระบวนการคัดกรองสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85
  - พัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาผ่านการอบรมสร้างทักษะชีวิต Soft Skill พิชิตสุขภาพจิตดี ให้กับนักศึกษา
- **ด้านการช่วยเหลือสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ**
  - เกิดคลินิกวัยรุ่น บริการให้คำปรึกษา โดยแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิก
  - มีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาคู่คิด ดูแลสุขภาพใจ ให้กับนักศึกษาเข้ามารับบริการให้คำปรึกษาเบื้องต้น
- **ด้านพัฒนาสู่ความยั่งยืน**
  - เกิดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน และรองรับการดำเนินงานขับเคลื่อนทางด้านสุขภาพจิต เกิดระบบการทำงานที่เชื่อมต่อกัน ซึ่งได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ศูนย์แพทย์ราชภัฏมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
  - เกิดชมรมเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตครบทั้ง 9 คณะ ในมหาวิทยาลัย
  - นักศึกษาเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยผ่านระบบการดูแลสุขภาพใจนักศึกษาร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลสุขภาพใจนักศึกษา สามารถเป็นเพื่อคู่คิด ให้คำปรึกษาและเป็นเครือข่ายในการทำงานอย่างมีคุณภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

ใช้แนวคิดในการดำเนินงาน โดยหลัก 3P Model ประกอบด้วย

- **Policy:** ผู้บริหารต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความยั่นยืนในการขับเคลื่อนงาน
- **Participation:** การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยสร้างเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งเครือข่ายภาคประชาชน เครือข่ายภาคการเมือง และเครือข่ายภาควิชาการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- **Proactive work:** การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายต้องมีการออกเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เพื่อคัดกรองหานักศึกษากลุ่มเสี่ยง เป็นต้น



นวัตกรรมเด่น

SMILE RMU ในคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก เพื่อให้สะดวกและเข้าถึงกลุ่มนักศึกษาได้ง่าย เมื่อคัดกรองเจอกลุ่มเสี่ยง ก็จะเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา ผ่านคลินิกให้คำปรึกษา **“คลินิกวัยรุ่น เพื่อนคู่คิด ดูแลสุขภาพใจ”** ให้กับนักศึกษา โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการดูแล รักษา แบบครบวงจร ในที่เดียว **โดยใช้แนวคิด One Stop Service บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี** ทำให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงไม่หายจากระบบ มีการติดตาม อย่างเป็นระบบ







มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

ระบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

นางสาวสุวัสสา ปั้นเหน่ง *อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร,*
นางสาวศันสนีย์ สุดทอง *ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานอนามัยและสุขาภิบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*

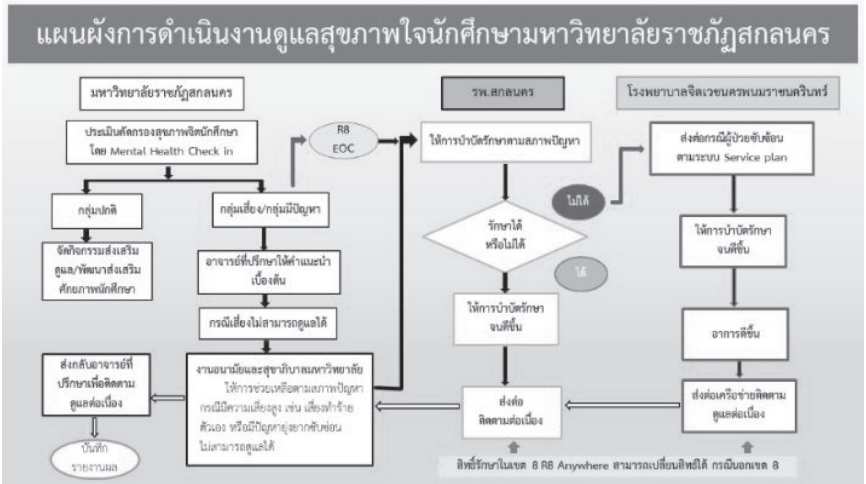
ที่มาและความสำคัญ

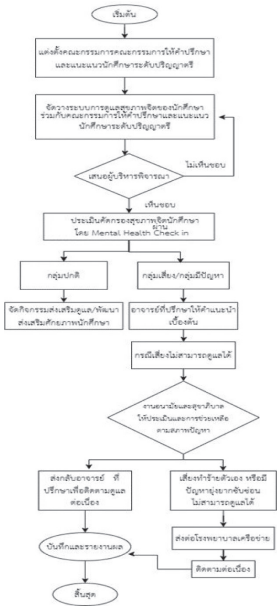


มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร มีค่านิยมหลักองค์กรคือ ร่วมคิด ร่วมใจ ร่วมทำหน้าที่อย่างมีความสุข 4 H's ประกอบด้วย Head, Heart and Hand for Health Organization เป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับความสุขในการทำงานและเรียนของบุคลากรและนักศึกษา ดังนั้นผู้บริหารจึงให้ความสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพกายและใจของบุคลากรทุกกลุ่มในมหาวิทยาลัย

ซึ่งมีการจัดลำดับให้สุขภาพจิตเป็นความเสี่ยงสำคัญลำดับต้นของมหาวิทยาลัย จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร Mental Health check in ไตรมาส 2 เดือนเมษายน - มิถุนายน 2568 มีนักศึกษาได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต จำนวน 1,659 คน พบว่า กลุ่มเขียว(ไม่พบความเสี่ยง) จำนวน 1,360 คน กลุ่มเหลือง(พบความเสี่ยง) จำนวน 276 คน กลุ่มแดง (มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องได้รับการดูแล) จำนวน 23 คน ดังนั้น จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น งานอนามัยและสุขาภิบาล กองพัฒนานักศึกษา จึงมีการทำงานเชิงรุกเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาและขยายผลถึงบุคลากร ผ่านระบบและกลไกในการดูแลสุขภาพจิตอย่างชัดเจน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการให้คำปรึกษาและแนะแนวนักศึกษาระดับปริญญาตรี วางระบบการดูแลให้คำปรึกษา เฝ้าระวัง ส่งต่อ ติดตามและฟื้นฟูสุขภาพนักศึกษาและบุคลากร ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลสกลนคร และเครือข่ายเพื่อดูแลช่วยเหลือติดตาม

กระบวนการทำงาน





1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการให้คำปรึกษาและแนะแนวนักศึกษาระดับปริญญาตรีและบุคลากร

2. ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแผนงาน ดำเนินงาน ประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามตรวจสอบ ส่งต่อ และฟื้นฟูสุขภาพจิตนักศึกษาและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

3. ดำเนินการประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามตรวจสอบ ส่งต่อและฟื้นฟูสุขภาพจิตนักศึกษาและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ผลการดำเนินงาน (Output)

มีการพัฒนาศักยภาพนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษา คัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น การสังเกตอาการเตือนและการดูแลช่วยเหลือ และมีแนวทางในการส่งต่อไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การนำผลการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมไปใช้ประโยชน์ (Outcome)

ผู้บริหารและงานอนามัยและสุขาภิบาล กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้มีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก คือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. นำผลการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษาและบุคลากร ที่ได้จาก Mental Health check in มาดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบ โดยจัดการอบรมสร้างทีมนำทั้งในกลุ่มนักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาและบุคลากร เพื่อเป็นทีมนำการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และแนวทางการส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยงในระดับคณะ

2. จัดการประชุมการดำเนินงานและระบบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาและบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพจิต

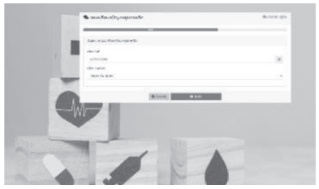
3. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้นำนักศึกษาด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการศึกษาและนักศึกษาให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถดูแลพัฒนาตนเองให้ก้าวผ่านปัญหา เป็นพลังใจในการยืนหยัด ปรับตัวและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากวิกฤตในชีวิตได้

4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุวิกฤตฉุกเฉิน จากการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น รวมทั้งอุบัติเหตุต่าง ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

5. พัฒนาช่องทางการประชาสัมพันธ์ความรอบรู้สุขภาพจิตและการเข้ารับบริการคำปรึกษาทางสุขภาพจิต

ปัจจัยความสำเร็จ

- มหาวิทยาลัยและผู้บริหาร มีนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตอย่างจริงใจ เห็นได้จากจัดลำดับให้เป็นความเสี่ยงหลักของมหาวิทยาลัย พร้อมทั้งอนุมัติงบประมาณในการจัดทำแผนเผชิญเหตุวิกฤตฉุกเฉินทางสุขภาพจิตร่วมกับเครือข่ายภายนอกที่เกี่ยวข้อง
- บุคลากรภายในมหาวิทยาลัย มีคุณสมบัติ มีความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น สามารถเฝ้าระวังประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจิตเบื้องต้นของนักศึกษาและบุคลากรได้
- อาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษาเปิดใจยอมรับร่วมพัฒนาสุขภาพจิตร่วมกันเครือข่ายภายนอก ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลสกลนคร สถานีตำรวจ องค์กรส่วนท้องถิ่น ปภ. มูลนิธิกู้ชีพ ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการพัฒนาสุขภาพจิตร่วมกัน






นวัตกรรมเด่น

ระบบจองรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิต

งานอนามัยและสุขาภิบาล จัดทำระบบการจองตารางนัดหมายแบบออนไลน์ เพื่อให้นักศึกษาและบุคลากรสามารถเข้าจองในระบบ และขอรับคำปรึกษาจากทีมกรรมการให้คำปรึกษาที่มีคุณสมบัติและผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่สามารถรับคำปรึกษาได้ทาง online และ onsite ตามความสะดวกของผู้รับบริการ จากเดิมงานอนามัยและสุขาภิบาลของมหาวิทยาลัย มีระบบการดูแลสุขภาพจิตให้กับบุคลากรอยู่ที่ห้องพยาบาล ซึ่งเป็นบริการเชิงรับ ต่อมาจึงมีการพัฒนาให้มีระบบการบริการเชิงรุกมากขึ้น ประกอบกับการดูแลสุขภาพจิตเป็นประเด็นอ่อนไหว การมารับบริการ ณ ที่ตั้งทำให้เกิดความไม่สบายใจแก่ผู้รับบริการ โดยการพัฒนาระบบการรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตในระบบ online จึงเป็นระบบที่ตอบโจทย์ผู้บริการเป็นอย่างดี โดยบุคลากรและนักศึกษาผู้รับบริการสามารถสแกนคิวอาร์โค้ด เข้าระบบการจองรับคำปรึกษา online ซึ่งจะมีการประเมินความเครียด ST-5 เบื้องต้นก่อนเข้ารับบริการแล้วสามารถจองวัน เวลาที่สะดวกตามความต้องการ มีตารางเวรของเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา โดยเปิดให้บริการวันจันทร์ – ศุกร์ ในเวลาราชการ นัดหมายขอรับคำปรึกษาได้ทั้งรูปแบบ online และ onsite ผลลัพธ์ที่ได้คือ ในปีการศึกษา 2567 มีนักศึกษาและบุคลากร มารับบริการระบบการจอง online จำนวน 8 ราย รับบริการให้คำปรึกษา จำนวน 8 ราย ส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จำนวน 5 ราย ติดตามและฟื้นฟูการดูแลรักษาสุขภาพจิตตนเองต่อเมื่อกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา จำนวน 5 ราย สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ จำนวน 5 ราย

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

หน่วยให้บริการ SUT SURACHEEWA

นางสาวสุภาภรณ์ ประชากูล, นางปุณยวีร์ ดวงสุขสุริยะ,
นางชุติมา ไชยเสน และนางสาวกัญญ์วรา อภิเมธีธำรง
งานส่งเสริมสุขภาวะและให้คำปรึกษานักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

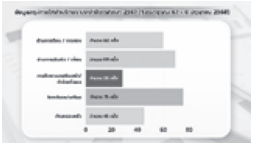
ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยมีความรุนแรงขึ้น ฝ่ายพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จึงได้จัดตั้งหน่วยบริการ SUT SURACHEEWA ภายใต้การดำเนินงาน : งานส่งเสริมสุขภาวะและให้คำปรึกษานักศึกษาขึ้น โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาและการช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับนักศึกษา เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ทั้งด้านการสื่อสารเทคโนโลยี ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการแข่งขัน ทุกรูปแบบก่อให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของนักศึกษา รวมถึงการจัดกิจกรรม/โครงการที่สนับสนุนและเสริมสร้างสุขภาวะนักศึกษา โดยมีนักจิตวิทยาและผู้ให้คำปรึกษาคอยให้บริการ เพื่อให้นักศึกษาที่เข้ามาใช้บริการเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลหรือความทุกข์ใจ สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและความสำเร็จได้ด้วยตนเอง

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคล (Screening) ในวันรายงานตัวเข้าหอพักนักศึกษาใหม่ประจำปีการศึกษา 2567 เพื่อให้นักศึกษาได้ประเมินสุขภาพจิตของตนเอง (ไฟล์:รูปภาพการคัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคล (Screening))

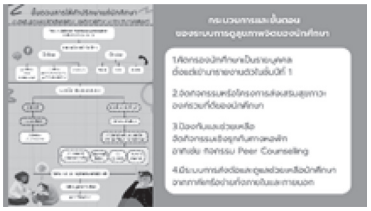
ขั้นตอนที่ 2 การให้คำปรึกษานักศึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) (ไฟล์:รูปภาพห้องให้คำปรึกษารายบุคคล)



ขั้นตอนที่ 3 จัดกิจกรรม/โครงการที่สนับสนุนและเสริมสร้างสุขภาวะนักศึกษา โดยมี ผู้รับผิดชอบหลักและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีการศึกษา 2567 (1 กรกฎาคม 2567 - 6 มิถุนายน 2568) (ไฟล์: แผน-ผลการปฏิบัติงานประจำปีการศึกษา 2567) เช่น โครงการการดูแลสุขภาวะองค์รวมที่ดีของนักศึกษาประจำปี 2567 กิจกรรม“SUT Suracheewa Care...ดูแลใจคุณ” โครงการอบรมนักศึกษาเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” (Peer Counseling), โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) หลักสูตร “การให้คำปรึกษาเบื้องต้นสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา” (Individual Counseling),กิจกรรม “ประชาสัมพันธ์เชิงรุก” หน่วยบริการ : SUT SURACHEEWA งานส่งเสริมสุขภาวะและให้คำปรึกษานักศึกษา เช่น หอพักเครือข่าย(หอพักนอกมทส.) , SUT สุรชีวา กิจกรรม “จิบกาแฟ...แลความสัมพันธ์”, SUT SURACHEEWA กิจกรรม “ตรวจสุขภาพใจ Mental Health Check-In” ในงาน รวมพลคนรักสุขภาพ 2025 (ไฟล์: ตัวอย่างรูปภาพการจัดกิจกรรม ประจำปีการศึกษา 2567)

ขั้นตอนที่ 4 การส่งต่อนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง การช่วยเหลือนักศึกษาที่มี ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงจำเป็นต้องส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น นักจิตวิทยาคลินิก หรือจิตแพทย์ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมทส.



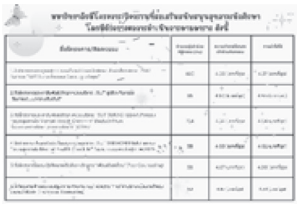


QRCode กระบวนการทำงานดูแลสุขภาพจิต นศ.

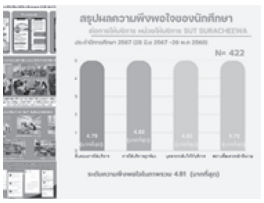
ผลลัพธ์ถึงนักศึกษา

ผลผลิต (Output)

1. มหาวิทยาลัยมีโครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมสนับสนุนสุขภาวะนักศึกษาและกิจกรรมเพื่อป้องกันและช่วยเหลือนักศึกษา โดยมีตัวอย่างผลการดำเนินงานตามตาราง ดังนี้

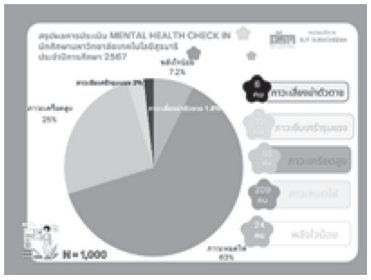


2. มีผลการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยบริการ SUT SURACHEEWA ประจำปีการศึกษา 2567 ดังนี้



3. มีการส่งต่อนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและนักศึกษาที่ต้องติดตามอาการหลังจากพบผู้เชี่ยวชาญแล้ว



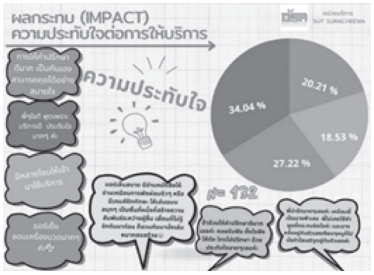


4. มีห้องให้บริการที่สะดวกและทันสมัย เพื่อเป็นพื้นที่ให้บริการนักศึกษาครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหา เป็นศูนย์กลางของการให้บริการด้านจิตวิทยาแก่นักศึกษา



5. มีเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้านสุขภาพจิตทั้งภายในและภายนอก เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ ที่ปรึกษาหอพัก กรรมการหอพักนักศึกษา คลินิกวัยรุ่น คลินิกจิตวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 นครราชสีมา และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ รวมทั้งหอพักเครือข่ายรอบนอกมหาวิทยาลัย

ผลลัพธ์ (outcomes)



นักศึกษาได้รับการเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตภายใต้ความร่วมมือระหว่างหลายหน่วยงานในมหาวิทยาลัย เช่น สำนักวิชาต่างๆ ส่วนทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ส่วนอาคารสถานที่ ส่วนประชาสัมพันธ์ สถานกีฬาและสุขภาพ เป็นต้น อ้างถึง คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 1359/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาสุขภาวะนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2565

ผลกระทบ (Impact)

- มหาวิทยาลัยมีสถานที่ให้บริการนักศึกษาที่สะดวกและทันสมัยเป็นพื้นที่ให้บริการนักศึกษาครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหา รวมถึงการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาวะของนักศึกษา อีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางของการให้บริการด้านจิตวิทยาแก่นักศึกษา
- นักศึกษาที่มารับบริการมีความพึงพอใจหลังใช้บริการในระดับมากที่สุด (4.81)

ปัจจัยความสำเร็จ

1) อธิการบดี รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ รวมทั้งหัวหน้าส่วนกิจการนักศึกษา ตระหนักถึงความสำคัญของระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้านส่งเสริมสุขภาวะนักศึกษาและให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ การศึกษาดูงานและการเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ

2) อาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ และอาจารย์ที่ปรึกษาหอพักมีทัศนคติที่ดีต่อนักศึกษา มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของระบบการช่วยเหลือนักศึกษาด้านส่งเสริมสุขภาวะนักศึกษา

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้านส่งเสริมสุขภาวะ เช่น งานส่งเสริมสุขภาวะและให้คำปรึกษานักศึกษา คลินิกวัยรุ่น และคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ รวมทั้งหอพักเครือข่ายนอกมหาวิทยาลัย มีการทำงานร่วมกัน ติดตามผลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ

นวัตกรรมเด่น

1. Line Official : SUT SURACHEEWA





2. ไลน์ส่วนตัวนักจิตวิทยา /ผู้ให้คำปรึกษา



3. สื่อ Social



4. คลิปวีดีโอแนะนำ SUT SURACHEEWA ที่ชนะการประกวดโดยนักศึกษา มทส.

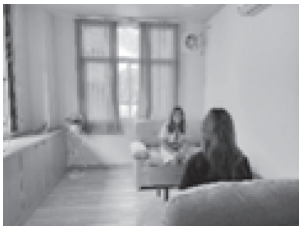


5. เครื่องนวดไฟฟ้าเพื่อการผ่อนคลาย



6. ห้องให้คำปรึกษารายบุคคลแบบส่วนตัว





มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

เพื่อนดูแลใจ UBU Cheerful Club มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นางสาวโชติกา พูลเพิ่ม
นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในสถาบันอุดมศึกษาเปิดสอนในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา เปิดสอนทั้งสิ้น 11 คณะ 1 วิทยาลัย ปีการศึกษา 2568 มีนักศึกษาในความดูแล 18,816 คน จากการประเมินคัดกรองสุขภาวะนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ในช่วงแรกเข้า จำนวน 3,649 คน พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรงรวมกัน จำนวน 330คน (ร้อยละ9.04) และการประเมินคัดกรองสุขภาวะนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในทุกชั้นปี จำนวน 1,905 คน พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรงรวมกัน จำนวน 250 คน (ร้อยละ 13.18) ซึ่งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตนักศึกษาทั้งในระดับคณะ และระดับมหาวิทยาลัย โดยเครือข่ายคณะทำงานด้านการดูแลและให้คำปรึกษานักศึกษา ระดับคณะ และคณะกรรมการดูแลและพัฒนาสุขภาวะนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นอกจากนี้มหาวิทยาลัยอุบลราชธานียังมุ่งเน้นการเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพด้านการให้การปรึกษาให้กับแกนนำนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาได้มีความรู้ ความเข้าใจในด้านทักษะการให้การปรึกษาเบื้องต้น การรับฟังอย่างใส่ใจและสามารถให้คำปรึกษาเพื่อนนักศึกษา ในด้านเรียน การปรับตัว ความเครียด ความวิกตกกังวล ฯลฯ เบื้องต้นได้ รวมถึงส่งต่อความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการทำงาน

1. การจัดตั้งชมรม “เพื่อนดูแลใจ UBU Cheerful Club” มุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายนักศึกษา ที่พร้อมเป็นผู้ฟังและให้การสนับสนุนทางใจแก่เพื่อนร่วมสถาบันโดยมีกระบวนการทำงานดังนี้

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เพื่อสร้างเครือข่ายนักศึกษาที่พร้อมให้การสนับสนุนทางใจ เช่น ลดความเครียดในนักศึกษา เพิ่มช่องทางการระบายความรู้สึก

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการ จัดตั้งคณะทำงานหลักที่ประกอบด้วยนักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน

1.3 การจัดกิจกรรมอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาเบื้องต้น เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทหน้าที่ และความสำคัญของเพื่อนดูแลใจรวมถึงความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพจิต และหลักการพื้นฐานของการให้ความช่วยเหลือ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างบรรยากาศ รวมถึงจรรยาบรรณ การรักษาความลับ และการดูแลสุขภาพใจของ UBU Cheerful Club

1.4 มีกระบวนการส่งต่อให้ความช่วยเหลือ วางแผนการให้การปรึกษาเบื้องต้น และเกณฑ์การส่งต่อ กรณีเกินขีดความสามารถ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศูนย์ให้คำปรึกษา UBU Wellness Mind และโรงพยาบาลคู่เครือข่าย รวมทั้งติดตามต่อเนื่อง

1.5 การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ส่งเสริมสุขภาพใจและสร้างความผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมระบายสี ฟังเพลง หรือกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อให้นักศึกษามีพื้นที่ปลอดภัยในการแสดงออก

1.6 ช่องทางการติดต่อสร้างช่องทางที่หลากหลาย ให้นักศึกษาสามารถเข้าถึง UBU Cheerful Club ได้ง่าย เช่น ไลน์กลุ่ม facebook หรือการนัดหมายเจน

2. กระบวนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับระบบดูแลนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีศูนย์ให้บริการการปรึกษา UBU Well ness Mind อยู่ภายใต้สำนักงานพัฒนานักศึกษา โดยมีการดำเนินงานดังนี้

2.1 การรู้จักนักศึกษาของแต่ละคณะ การคัดกรองนักศึกษาเบื้องต้น รวมถึงระบบอาจารย์ที่ปรึกษาของแต่ละคณะ ในการดูแลนักศึกษา โดยผ่านกิจกรรม

- จัดทำระเบียนสะสม กรอกข้อมูลทุกภาคเรียน อาจารย์ที่ปรึกษาบันทึกอัพเดตข้อมูลนักศึกษาทุกภาคเรียน
- พบนักศึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยง และประเมินซ้ำทุกปีการศึกษา พร้อมประเมินซ้ำหากพบความเสี่ยง
- ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน โดยเป็นการเชื่อมระหว่างบ้านกับสถานศึกษาในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา

2.2 ประชุมชี้แจงวางแผนร่วมกันทุกคณะ การจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษา เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการส่งต่อช่วยเหลือนักศึกษา กรณีเกินขีดความสามารถ

2.3 การคัดกรองสุขภาพจิตด้วย mental Health check in / เครื่องมือการประเมินสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย การประเมินคัดกรองนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ตั้งแต่แรกเข้า โดยการประเมินคัดกรอง**ผ่านระบบ ubu next ร่วมกับทางคลินิกวัยรุ่น** โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งมีการแบ่งเป็นกลุ่ม หรือแบ่งเป็นระดับความรุนแรง โดยผ่าน 3 กระบวนการ

- การสังเกตพฤติกรรมการมาสาย ขาดเรียน หลับในห้องเรียน ผลการเรียนตก หรือเปลี่ยนสายการเรียน
- การคัดกรองจากอาการและพฤติกรรมอื่นๆ เช่น อาจารย์พบพฤติกรรมการแยกตัว ซึมเศร้า บ่นไม่อยากมีชีวิต เสพสุรา ยาเสพติด หรือติดเกม ซึ่งอาการหรือพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญญาณของปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง
- ประเมินนักศึกษาด้วยแบบคัดกรองเบื้องต้น ปีละ 1 ครั้ง จากเครื่องมือคัดกรองสุขภาพของทางมหาวิทยาลัย และโปรแกรม mental Health check in

2.4 พัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาในการดูแลใจเพื่อนนักศึกษา การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการปรึกษาเบื้องต้นแก่เครือข่ายเพื่อนดูแลใจ UBU Cheerful Club ซึ่งเป็นเครือข่ายนักศึกษาชมรม UBU Cheerful Club

2.5 กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพอาจารย์

- จัดกิจกรรมส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษานักศึกษา และระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษา
- สร้างเครือข่าย ระดับมหาวิทยาลัย คู่ภาคีเครือข่าย สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานีตำรวจ อปท. เป็นต้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

- นักศึกษามีองค์ความรู้การให้คำปรึกษาเบื้องต้นและสามารถให้คำปรึกษาแก่เพื่อนนักศึกษาเบื้องต้น
- มีเครือข่ายนักษาที่ให้การสนับสนุนทางใจ แก่เพื่อนนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ในการสอดส่อง มองหาส่งต่อเพื่อนนักศึกษาที่มีภาวะทางสุขภาพจิต ให้ได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

ปัจจัยความสำเร็จ

การได้รับการสนันสนุนจากผู้บริหาร และเครือข่ายนักศึกษา






นวัตกรรมเด่น

ระบบ UBU NEXT

เป็นแพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ (Learning Management System หรือ LMS) ของ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (UBU) ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อรองรับการเรียนการสอน และการอบรมแบบ Micro Credentials โดยเฉพาะ

- ฟีเจอร์หลักของ UBU NEXT

o UBU Micro Credentials เพิ่มทักษะแบบตรงจุด เพื่ออนาคตที่คุณเลือกเองได้!

o Up Skill / Re Skill เปลี่ยน “ทักษะเดิม” ให้ล้ำขึ้น หรือ “เติมทักษะใหม่” เพื่อพร้อมลุยทุกบทบาทในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง

o การทดสอบทักษะ (Skill Assessment) ทดสอบความรู้-ความเข้าใจที่คุณเรียนไปประเมินผลแบบชัดเจนก่อนรับ Micro Certificate เป็นมาตรฐานเดียวกับที่ใช้ในภาคอุตสาหกรรมและสุขภาพจิต

o **แบบคัดกรองสุขภาพ (Health Screening Tools)** มีเครื่องมือประเมินสุขภาพจิต เช่น ST-5, 2Q+, 9Q, Burnout, 8Q ใช้งานง่าย เรียนรู้ผ่านกิจกรรมจำลอง (Simulation Case) ปรับใช้ได้กับบริบทของ “นักศึกษา” และ “ที่ปรึกษา”

- กรอบเวลาเรียนชัดเจน
- แต่ละคอร์สมีวันเปิด–ปิดที่แน่นอน เช่น
- รองรับหลายภาษา มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในหน้าเลือกภาษา เพื่อรองรับนักศึกษาและบุคลากรที่ใช้งานกันหลากหลายกลุ่ม
- ใช้งานผ่านเว็บไซต์ เข้าใช้งาน via next.ubu.ac.th หรือค้นหาด้วยคำว่า “UBU Next” เพื่อเข้าสู่ระบบตามระดับผู้ใช้ เช่น นักศึกษา หรือบุคลากร

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

ระบบดูแลใจ ให้ “เก่ง ดี มีสุข” @WU Smile & Smart Center

รองศาสตราจารย์ ดร.อุไร จเรประพาฬ *รองอธิการบดี,*
ผศ.นพ. ปวรุตม์ พวงศรี *รองคณบดีสำนักวิชาแพทย์ศาสตร์*
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

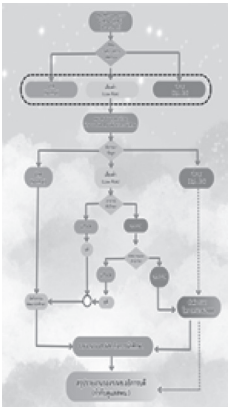
ที่มาและความสำคัญ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ได้กำหนดนโยบายด้านดูแลและเสริมสร้างศักยภาพนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ให้มีคุณลักษณะ “เก่ง ดี มีความสุข” โดยใช้ผลการคัดกรองเป็นฐานในการออกแบบระบบดูแลนักศึกษาผ่านกระบวนการดำเนินงานของ Smile & Smart Centerและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนานักศึกษา

ปีการศึกษา 2564 – 2566 ได้มีการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษา เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือนักศึกษาที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ปัญหาที่นักศึกษามาขอรับคำปรึกษามากที่สุดคือ ปัญหาการเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามมา ต่อมาในปีการศึกษา 2567 ได้เพิ่มการคัดกรองสุขภาวะนักศึกษาทั้งหมด จำนวน 12,639 คน คิดเป็นร้อยละ 98.25 จากนักศึกษาทั้งหมด ในด้านสุขภาวะทางจิต ได้คัดกรองด้านภาวะซึมเศร้า (ประเมินผล 9Q) นักศึกษาปกติ คิดเป็นร้อยละ 66.86 นักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ำ จำนวน คิดเป็นร้อยละ 31.11 คิดเป็นร้อยละ 2.1 ด้านสมาธิสั้น ผลดังนี้ นักศึกษาปกติ คิดเป็นร้อยละ 65.33 นักศึกษาที่มีความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 34.66

ออกแบบระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาเผชิญปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งกระบวนการโดยร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ ผู้บริหาร บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษา สร้างความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน และใช้เป็นแนวปฏิบัติในการในการทำงานด้านการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา รวมถึงกระบวนการดูแลและส่งต่อเพื่อให้นักศึกษาได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการทำงาน



1. กำหนดแผนดำเนินงานการและแต่งตั้งคณะกรรมการ บทบาทหน้าที่และจัดหลักสูตรเสริมสมรรถนะของคณะกรรมการ ร่วมกับสำนักวิชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ผ่านการดำเนินงานของ Smile & Smart Center

2. ออกแบบระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาทั้งกระบวนการโดยร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ ผู้บริหาร บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาที่ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจิต Smile & Smart Center จึงเป็นหน่วยเชื่อมประสานรับ-ส่งต่อและดูแลช่วยเหลือนักศึกษาที่มีภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับสำนักวิชา และคลินิกรักษ์ใจ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ฯ **และงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช กระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งต่อการดูแลนักศึกษากับครอบครัวในชุมชน**

3. ออกแบบหลักสูตรและโปรแกรมดูแลใจที่เหมาะสมกับนักศึกษาแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และสร้างความเข้าใจระบบร่วมกันเพื่อสามารถดูแลและส่งต่อนักศึกษาได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

4. เสริมสมรรถนะของคณะกรรมการ นักศึกษาแกนนำและบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยใช้โปรแกรมเสริมศักยภาพด้านการดูแลใจให้หลากหลายมิติ เช่น การให้คำปรึกษา การฟังอย่างเข้าใจ และ**ประสานศูนย์สุขภาพจิตที่ 11** เพื่อประสานการทำงานร่วมกัน

5. จัดให้มีพื้นที่ในการดูแลช่วยเหลือ (Early Intervention / Counseling / Crisis Care) ใช้ชื่อว่า Smile & Smart Center สำหรับนักศึกษาในการขอรับการปรึกษา ผ่อนคลายความเครียด และมุมพักผ่อน

6. ประเมินความสุขของนักศึกษา โดยใช้เครื่องมือแบบวัดความสุข Happinometer ที่มหาวิทยาลัยสร้างขึ้น



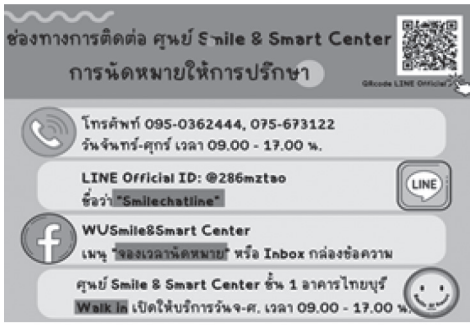




ผลลัพธ์

1. เกิดระบบการดูแล สำนักวิชา 19 สำนักวิชา มีระบบดูแลและเสริมสร้างศักยภาพนักศึกษา
2. มีระบบส่งต่อเพื่อให้นักศึกษาได้รับการดูแลได้รวดเร็ว ทันเวลา
3. อัตราการลาออกเนื่องจากผลการเรียนในปีการศึกษา 2559-2565 ลดลง
4. เกิดนวัตกรรม “ระบบการประเมินสุขภาพจิตออนไลน์”
5. มีช่องทางการให้การปรึกษา ให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและการใช้ชีวิต เมื่อเกิดความเครียด ผ่านช่องทาง Facebook: WUSmile&Smart Center ลิงค์ : https://www.facebook.com/SmileSmartCenter
6. ผลการประเมินความสุขของนักศึกษา เปรียบเทียบระหว่างปีการศึกษา 2566 และ 2567 เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 83.12 เป็น 85.64





นวัตกรรมเด่น “แบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์

ออกและพัฒนาแบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ เนื่องจากที่ผ่านเมื่อนักศึกษาประเมินสุขภาพจิตไม่สามารถทราบผลได้ทันที และเข้าถึงนักศึกษาได้ล่าช้าและบางเคสไม่ได้รับความร่วมมือ จึงได้พัฒนาการประเมินสุขภาพจิตเป็นแบบออนไลน์ นักศึกษาสามารถทำในช่วงใดก็ได้ที่เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล หรือในช่วงประเมินเมื่อนักศึกษาทำแล้วจะสามารถทราบผลได้ทันที เพิ่มช่องทางให้นักศึกษาสามารถประสานงานขอรับการดูแลในรูปออนไลน์ได้นอกเหนือจากการเดินทางขอรับการปรึกษาใน Smile & Smart Center เป็นการเอื้ออำนวยให้นักศึกษากลุ่มเป้าหลากหลายกลุ่มได้ใช้บริการ เช่น กลุ่มสหกิจศึกษา กลุ่มที่พักอาศัยอยู่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ความร่วมมือจากภาคีผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทั้งจากสำนักวิชา หน่วยงาน และมหาวิทยาลัย ที่มีเป้าหมายในการดูแลนักศึกษาเป็นคน เก่ง ดี และ มีความสุข มีการกำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินหน่วยงาน มุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง คือ หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนงานการดูแลใจนักศึกษา

2. องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure) และการขับเคลื่อน (Function) ที่ส่งผลให้ระบบฯ เกิดประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การมีคณะทำงานครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน ทั้งผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาที่มีความเข้าใจ ร่วมกันขับเคลื่อนงานตามอัตลักษณ์และบริบทของสำนักวิชา ผ่านกลยุทธ์ที่หลากหลาย

3. ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ไร้รอยต่อ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และศูนย์สุขภาพจิตที่ 11

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

สำนักวิชาที่ร่วมดูแลนักศึกษา มีความเครียดและวิตกกังวลในการดูแลนักศึกษาที่มีความเสี่ยงสูงในด้านสุขภาพจิต ทำ**แนวทางในการแก้ไขปัญหา** โดยได้จัดประชุมรองคณบดี/ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาทุกสำนักวิชา พร้อมทั้งเขียนคู่มือแนวทางในการนำผลคะแนนจากการคัดกรอง เพื่อร่วมดูแลนักศึกษาได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว และได้จัดให้มีการแลกเปลี่ยนการดูแล (Spper vision) ร่วมกับสำนักวิชาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือนักศึกษาได้อย่างทั่วถึงและนักศึกษาได้รับการดูแลช่วยเหลือ

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

1. ควรพัฒนาให้มีระบบฐานข้อมูลในการจัดเก็บข้อมูลของนักศึกษาร่วมกัน ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้สามารถดูแลนักศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง และส่งนักศึกษา(Refer) ไปดูแลได้อย่างทันท่วงที มีข้อมูลพร้อมเพื่อประสานและเชื่อมต่อการดูแลนักศึกษา

2. เพิ่มช่องทางในการให้การปรึกษานักศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ ระบบ smile chat และประชาสัมพันธ์เพื่อให้นักศึกษาทราบ อีกทั้งการจัดให้มีเครือข่ายมาร่วมให้การปรึกษาออนไลน์มากขึ้น และเพื่อให้มีความเป็นมืออาชีพควรพัฒนาให้เป็นเว็บไซต์เพื่อให้การเข้าถึงได้อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น



มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

นวัตกรรมกลไกการส่งเสริมและดูแลสุขภาวะทางจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิรยา สิทธิสาร
รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิตและพันธกิจสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

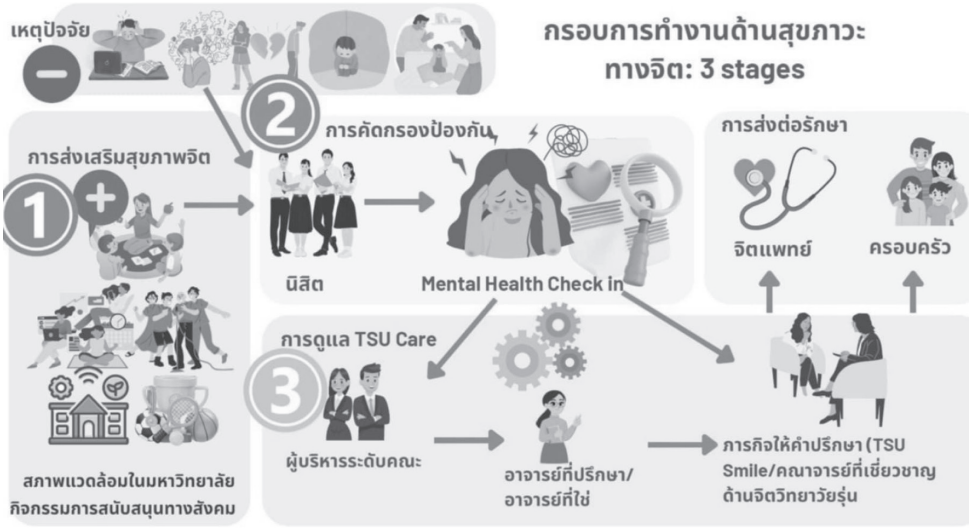
ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาวะ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของนิสิตในระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปัจจัยหลายด้าน เช่น ความเครียดจากการเรียน ความกดดันจากครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อีกทั้งนิสิตจำนวนมากยังขาดทักษะการดูแลตนเอง และไม่กล้าเข้ารับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา มหาวิทยาลัยทักษิณ ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างระบบสนับสนุนและการส่งเสริมสุขภาวะนิสิตแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงได้พัฒนา นวัตกรรมการส่งเสริมและดูแลสุขภาวะของนิสิต ที่ตอบสนองต่อบริบทของนิสิตในปัจจุบัน ด้วยการผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัล กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในมหาวิทยาลัย

นวัตกรรมนี้จึงไม่เพียงมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา แต่ยังเน้น การป้องกัน การส่งเสริม และการสร้างทักษะชีวิต เพื่อให้นิสิตมีความพร้อมในการเผชิญปัญหา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถเรียนรู้และเติบโตได้อย่างสมดุลตลอดช่วงชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัย

กระบวนการทำงาน

1. **ส่งเสริม :** การจัดกิจกรรมเสริมความสุข สร้างทักษะทางสังคม สร้างเวทีส่งเสริมศักยภาพความสามารถของนิสิต
2. **คัดกรอง ป้องกัน :** มีการตรวจเช็คสุขภาพใจของนิสิตในทุกภาคการศึกษา
3. **ดูแลและส่งต่อ :** บูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างคณะ ฝ่ายกิจการนิสิตและทุกภารกิจที่เกี่ยวข้อง หากกรณี มีความร้ายแรงจะมีการส่งต่อการรักษาไปยังจิตแพทย์ในโรงพยาบาล



ผลลัพธ์ output outcome impact

1. ผลลัพธ์เชิงระบบ (System Outcomes)

1.1 มหาวิทยาลัยมีกลไกระบบคัดกรองสุขภาพจิตแบบออนไลน์ (Mental Health Check-in) ที่ผสานความร่วมมือกันทุกคณะในการรณรงค์ให้นิสิตตอบแบบสอบถามด้านสุขภาพจิตในทุกภาคการศึกษา

1.2 มีศูนย์บริการด้านสุขภาวะทางจิต TSU Smile ที่ให้บริการให้คำปรึกษา ดูแล และจัดกิจกรรมส่งเสริมความแข็งแรงด้านจิตใจ โดยจะมีการเชื่อมศูนย์บริการสุขภาพ (TSU Primary Care) ที่สามารถดูแลด้านกายและจิตได้แบบองค์รวม

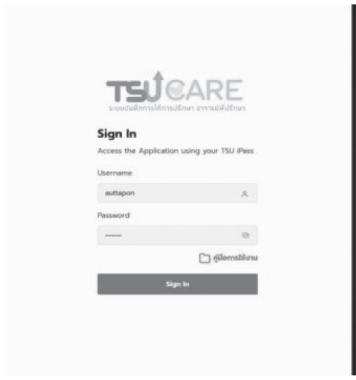
1.3 มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น ทั้งในกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาและนิสิตเพื่อนช่วยเพื่อน ให้สามารถรับฟัง วิเคราะห์ให้คำแนะนำเบื้องต้น และส่งต่อความช่วยเหลือได้

1.4 มีระบบบันทึกสารสนเทศการให้การปรึกษาสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา (TSU Care) เพื่อบันทึกข้อมูลการติดตามดูแลและให้ความช่วยเหลือ

1.5 มีการจัดบริการระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตผ่านเพลตฟอร์มออนไลน์ที่นิสิตสามารถเข้าถึงการบริการโดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

1.6 จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลสงขลา, สปสช.







2. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมของนิสิต (Student Behavior Outcomes)

2.1 นิสิตมีความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น เห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เช่น กิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ (Resilience Enhancement Program)

2.2 มีนิสิตเริ่มเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและบริการส่งต่อมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสอบหรือช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิต

2.3 มีการใช้ช่องทางออนไลน์และเว็บไซต์สุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การขอรับบริการปรึกษาออนไลน์โดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ที่เชื่อมกับกิจกรรมของมหาวิทยาลัยทักษิณ





3. **ผลลัพธ์เชิงป้องกันและการช่วยเหลือ (Preventive & Support Outcomes)**

3.1 สามารถ **คัดกรองผู้มีความเสี่ยงทางจิตใจได้เร็วขึ้น** และส่งต่อเพื่อรับบริการได้ทันเวลา

3.2 กรณีปัญหาจิตใจรุนแรง (มีความคิดฆ่าตัวตาย) ลดลงในช่วงปี 2566–2567

3.3 กรณี “นิสิตพยายามฆ่าตัวตาย” มีแนวโน้มลดลงหลังมีการประเมินสุขภาพจิตและกิจกรรมช่วยเหลือเพื่อน

3.4 การตอบรับจากผู้รับบริการคำปรึกษาแสดงความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ย 4.65 ในระดับดีมาก

นวัตกรรมเด่น



TSU Well-being Platform

“แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อสุขภาวะนิสิตแบบองค์รวม” ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผสมผสานกับกิจกรรมเชิงปฏิบัติการในชีวิตจริง ประกอบด้วย ระบบคัดกรองสุขภาพจิตแบบออนไลน์ (Mental Health Check-in) พร้อมให้คำแนะนำตามระดับความเสี่ยง และเชื่อมต่อกับนักจิตวิทยาหรืออาจารย์ที่ปรึกษา ระบบบันทึกการให้การปรึกษาสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา (TSU Care) กิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ (Resilience Enhancement Program) จัดกิจกรรมเสริมสร้างสมดุลชีวิต ระบบพี่เลี้ยงหรือเพื่อนช่วยเพื่อน โดยนิสิตอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมจะเป็นผู้ช่วยเฝ้าระวังสัญญาณความเครียดในกลุ่มเพื่อน (TSU Buddy Care) สายด่วนให้การปรึกษา (TSU Care Line) ให้บริการตลอดเวลา โดยทีมให้คำปรึกษาที่ได้รับการอบรมจากนักจิตวิทยามืออาชีพ โดยแอพพลิเคชั่น Occa และแอพพลิเคชั่น หมอดี ให้บริการตรวจวัดค่าความเครียดเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ Biofeedback

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้บริหารระดับสูงของมหาวิทยาลัยให้ความสำคัญและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ และบุคลากร

2. การมีส่วนร่วมของนิสิต นิสิตมีส่วนร่วมทั้งในฐานะผู้รับบริการ และผู้ร่วมขับเคลื่อน เช่น อาสาสมัครสุขภาพจิต (Peer Support), TSU Buddy Care

3. ทีมงานมืออาชีพและบุคลากรที่มีทักษะ มีนักจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษา (อาจารย์ที่ใช่) และเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมและมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาวะนิสิต

4. การใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น TSU Well-being Platform เพื่อให้บริการสะดวก เข้าถึงง่าย และต่อเนื่อง

5. ความต่อเนื่องของกิจกรรมและการประเมินผล มีกิจกรรมที่ดำเนินอย่างสม่ำเสมอ พร้อมการติดตามประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6. การบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอก การทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ศูนย์สุขภาพ, กลุ่มงานแนะแนว, โรงพยาบาล, ชุมชน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

บุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนจำกัด

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

จัดกิจกรรมสร้างสุขภาวะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ขยายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก

มหาวิทยาลัยกับการดูแลใจนักศึกษา
(Mind Matter: University Initiatives for Student Mental Health Care)

ระบบการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจเชิงบูรณาการอย่างยั่งยืน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน

ผศ.ดร.สุรัสวดี อรุณวรากรณ์ *ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิตและพัฒนาอย่างยั่งยืน,*
นางวิธิพร มังคลาภิวัฒน์ *นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพ ชำนาญการ (หัวหน้าหน่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ),*
นายธรรมนูญ วัฒนปรีดา *นักจิตวิทยา,* **นายกิตติคุณ ซึ้งหฤทัย** *นักจิตวิทยา,* **นางสาวณัฐพร เจนสมุทร์** *นักจิตวิทยา*

ที่มาและความสำคัญ

เนื่องจากการดำเนินชีวิตของนิสิตในปัจจุบัน ต้องเผชิญกับความผันผวน การเปลี่ยนแปลงรอบด้าน ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อการปรับตัวและความเครียดของนิสิตในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการใช้ชีวิต ด้านการเรียน ด้านการปรับตัว และด้านสังคม เมื่อนิสิตประสบปัญหาทำให้เกิดความเครียด หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาจนกลายเป็นความเครียดสะสม ล้วนเป็นจุดวิกฤตที่นิสิตต้องเผชิญทำให้มีโอกาสเกิดความไม่สบายใจนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ การมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการปรับตัวในการใช้ชีวิต การทำงาน การกังวลการใช้ชีวิตในสังคม และการเรียน นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาวะได้ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน มีนโยบายขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาวะนิสิตครอบคลุมทุกมิติ โดยสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจเชิงบูรณาการอย่างยั่งยืน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย พร้อมพัฒนาระบบออนไลน์เพื่อสำรวจ รวบรวม และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาวะทางจิตใจอย่างทั่วถึง มุ่งเสริมสร้างความเข้าใจ และการดูแลจิตใจซึ่งกันและกันในทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้นิสิตและชุมชนในมหาวิทยาลัยอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 นโยบาย ผู้บริหารกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างชัดเจน มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตนิสิต ตั้งแต่ปี 2546 และให้การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ และบุคลากร (นักจิตวิทยา) อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 สวัสดิการ ได้จัดสวัสดิการค่ารักษาและค่ายาด้านจิตเวชสำหรับนิสิต นิสิตสามารถเบิกค่ารักษาสุขภาพจิตได้ปีละ 1,000 บาท

ขั้นตอนที่ 3 นวัตกรรม พัฒนาระบบออนไลน์สำหรับการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และเปิดช่องทางสื่อสารให้นิสิตสะท้อนความต้องการด้านสุขภาวะ

ขั้นตอนที่ 4 เครือข่ายภายในและเครือข่ายภายนอก สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายใน เช่น กองพัฒนานิสิต คณะสังคมศาสตร์ สถานพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นต้น เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตนิสิต หน่วยงานภายนอกร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานด้านสุขภาพจิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนการส่งต่อนิสิตกรณีจำเป็น

ขั้นตอนที่ 5 การส่งเสริมและพัฒนา จัดกิจกรรมเสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตใน 2 กลุ่มหลัก กลุ่มนิสิตและกลุ่มบุคลากร

กลุ่มนิสิต : เตรียมความพร้อมและการปรับตัวในช่วงเปลี่ยนผ่าน สนับสนุนบทบาทผู้นำในการประชาสัมพันธ์สวัสดิการและช่องทางดูแลสุขภาพจิต ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในหอพัก

กลุ่มบุคลากร : อบรมทักษะการดูแลช่วยเหลือนิสิตที่มีภาวะเสี่ยงส่งเสริมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และแนวทางการส่งต่ออย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 6 ระบบการดูแลช่วยเหลือนิสิต พัฒนาระบบให้ครอบคลุมการป้องกัน การเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ เชื่อมโยงการทำงานร่วมกับบุคลากรสายสนับสนุน เพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตทางจิตใจของนิสิตอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- นิสิต: นิสิตทุกกลุ่มเข้าถึงช่องทางรับบริการ และสวัสดิการด้านสุขภาพจิต พร้อมได้รับความสบายใจ และเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการและสวัสดิการ ที่ครอบคลุมสอดคล้องกับความต้องการ และสภาพปัญหาของนิสิต ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล และช่องทางติดต่อหน่วยงานที่ดูแลช่วยเหลือได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว
- บุคลากร: บุคลากรเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาวะทางจิตใจ และมีทักษะในการดูแลจิตใจตนเอง มีความภูมิใจที่จะทำหน้าที่ เพื่อดูแลช่วยเหลือนิสิตอย่างเต็มประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีระบบส่งต่อเพื่อช่วยเหลือนิสิต ทั้งภายใน และภายนอกมหาวิทยาลัย
- หน่วยงาน: มีการขับเคลื่อนเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม เกิดความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำสู่การพัฒนาการดำเนินงานเชิงบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทั้งภายใน และภายนอกมหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง
- มหาวิทยาลัย: 1. มีระบบการดูแลช่วยเหลือนิสิตด้านสุขภาวะทางจิตใจ 2. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาวะทางจิตใจ ที่เป็นปัจจุบัน นำสู่การวางนโยบายบริหารจัดการ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร วางนโยบายที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาวะของนิสิต มีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงจัดสรรงบประมาณ สถานที่ และบุคลากร (เพิ่มอัตรากำลัง) ขับเคลื่อนร่วมกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ในการการถ่ายทอดและต่อยอดองค์ความรู้ ส่งเสริมการฝึกประสบการณ์แก่นิสิต/นักศึกษาฝึกงานด้านสุขภาวะสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมเวทีวิชาการและการประกวดระดับประเทศและสากล
- การประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ใช้สื่อหลากหลาย: Website, Application, Facebook, Line Official สื่อสารถึงกลุ่มเป้าหมายครบทุกระดับ: ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนิสิตทุกคณะเน้นการสื่อสารผ่าน : ช่องทางหลักของมหาวิทยาลัยกิจกรรมหลักส่วนกลาง
- การทำงานแบบเครือข่ายสหวิชาชีพรวมพลังจากหลายสายวิชาชีพ เช่น คณาจารย์ นักแนะแนว นักจิตวิทยา พยาบาล และจิตแพทย์ทำงานร่วมกันเพื่อดูแลนิสิตอย่างรอบด้าน เครือข่ายอาจารย์ที่ปรึกษาหอพักดูแลและให้คำปรึกษาแก่นิสิตหอพักเสริมสร้างความใกล้ชิดและความไว้วางใจระหว่างนิสิตกับอาจารย์ เครือข่ายกองกายภาพและสิ่งแวดล้อมยั่งยืนดูแลด้านความปลอดภัยของสถานที่เรียน/หอพักมีระบบอำนวยความสะดวก เช่น รถพาไปโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง
- ระบบส่งต่อที่ครอบคลุมมีเครือข่ายการประสานงานส่งต่อนิสิตที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตเชื่อมโยงการดูแลทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย





นวัตกรรมเด่น

“ระบบการสำรวจสุขภาวะนิสิตออนไลน์” พัฒนาขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกให้นิสิตได้ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความสุข) พร้อมนี้นิสิตสามารถ นัดรับบริการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยา ประจำหน่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ โดยไม่มีค่าใช่จ่าย และสามารถทราบช่องทางติดต่อเพื่อรับบริการด้านสุขภาพจิต จากทั้งหน่วยงานภายใน และภายนอกมหาวิทยาลัย

ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)

วัดขวางชุมชนคุณธรรม สานพลังบวร. ร่วมสร้างระบบการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ

นางบุญธรรม จ้อยสุดใจ *ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มงานโรงพยาบาล กองสาธารณสุข อบจ.พิจิตร หน่วยงาน รพ.สต.วัดขวาง

ที่มาและความสำคัญ

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุตำบลวัดขวางที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยในปี 2565-2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.59, 23.68, 24.49 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวน 1,103 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 90.84 (1,002 คน) กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 7.61 (84 คน) และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.55 (17 คน) และจากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน พบปัญหาหรือมีความเสี่ยง 3 ลำดับแรก 1) ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 16.70 2) ด้านการมองเห็นร้อยละ 16.50 และ 3) ด้านความคิดความจำ ร้อยละ 13.07 สำหรับด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (2Q plus) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2566-2568 พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.84 (18 คน), ร้อยละ 2.22 (26 คน) และ ร้อยละ 2.73 (33 คน) ตามลำดับ จากการลงติดตามเยี่ยมบ้านเชิงรุก ในกลุ่มที่มีผล 2Q plus ผิดปกติ ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) พบว่าร้อยละ 75.76 มีคะแนนอยู่ระหว่าง 3-6 คะแนน และร้อยละ 24.24 มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7 -9 คะแนน ซึ่งผลคะแนนที่พบได้ติดตามดูแลให้คำปรึกษาในระดับชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขครั้งแรก เยี่ยมบ้านซ้ำโดยแกนนำ อสม. สุขภาพจิตหรือหมอคนที่ 1 ในชุมชนร่วมกับพยาบาลจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเชิงลึก จำนวน 33 คน พบว่า ร้อยละ 70 อยู่บ้านตามลำพังในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากลูกหลานในครอบครัวต้องไปทำงาน และร้อยละ 30 มีภาระในการเลี้ยงดูหลาน ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนส่วนตัว ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด เบื่อชีวิต และเหงา หรือเมื่อมีเวลาว่างผู้สูงอายุบางรายไม่รู้ว่าจะทำกิจกรรมอะไรที่ช่วยผ่อนคลายด้านจิตใจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวางร่วมกับเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุตำบลวัดขวาง จึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลผู้สูงอายุและประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เชิงรุก มุ่งหวังให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็ว ทั่วถึง และครอบคลุมโดยทีมสุขภาพ 3 หมอปฐมภูมิ

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 : *สำรวจทุนทางสังคมของพื้นที่ตำบลวัดขวาง*

ตำบลวัดขวางมีทีมนำและเครือข่ายพลังบวร. สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของสังคมผู้สูงอายุตำบลวัดขวางโดยใช้แนวคิด “สังคมผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งกัน” มีการกำหนดกลยุทธ์ การเสริม สร้าง สุข คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านกาย จิต และจิตวิญญาณ การเสริมพลังความเข้มแข็งให้กับชมรมผู้สูงอายุตำบลวัดขวาง ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านการจัดการ แนวทางการดำเนินงานคือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการรวมตัวเป็นกลุ่มชมรมผู้สูงอายุตำบลวัดขวาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมวลสมาชิก ช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เอื้ออาทร เกื้อหนุนต่อชุมชน และสังคม รวมทั้งภาครัฐเองก็พัฒนาระบบบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ภาคท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดสวัสดิการที่ต้องได้รับตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 : *สร้างทีมดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ*

พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม.หมอคนที่ 1 ให้สามารถใช้แบบคัดกรอง 2Q plus ได้ถูกต้อง สามารถเฝ้าระวังสังเกตสัญญาณเตือน ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งติดต่อแจ้งข่าว ประสานงานกับหมอคนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 : *เสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายพลังบวร. (บ้าน วัด หน่วยงานราชการในพื้นที่)*

พัฒนาศักยภาพแกนนำบวร. สามารถเฝ้าระวัง สังเกตสัญญาณเตือน ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งติดต่อแจ้งข่าว ประสานงานในพื้นที่ สร้างช่องทางการติดต่อ สื่อสารและดูแลช่วยเหลือตามบริบทสภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 : *สร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในชุมชน*

ในกรณี อสม.หมอคนที่ 1 พบผู้สูงอายุหรือประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดจากการดูแลหรือมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลหรือคำปรึกษาจากหมอคนที่ 2 (จนท. รพ.สต.) สามารถแจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์และช่องทาง Line โดยมีการตั้งกลุ่มไลน์ “รพ.สต. Consult” และเมื่อหมอคนที่ 2 (จนท. รพ.สต.) ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินซ้ำ แล้วพบว่าต้องส่งต่อหรือส่งวินิจฉัยโดยหมอคนที่ 3 (แพทย์ที่อยู่ รพ.โพทะเล) หมอคนที่ 2 จะส่งข้อมูลทางโทรศัพท์ และช่องทาง Line เพื่อขอรับคำปรึกษาจากทาง รพ.โพทะเล ผ่านไลน์ “Consult mobile” จากแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



ขั้นตอนที่ 5 : *เกิดระบบการดูแลจิตใจผู้สูงอายุในชุมชน* ภาคีเครือข่ายพลังบวร. เข้ามามีส่วนร่วมกับทีม 3 หมอ ในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุในชุมชน สามารถเข้าถึงการบริการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึง และครอบคลุม

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ผู้สูงอายุและประชาชนที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้าถึงระบบบริการ อย่างรวดเร็ว ทั่วถึง และครอบคลุม
- ผู้สูงอายุและประชาชนที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่องและไม่พบว่ามีประชาชนในพื้นที่ฆ่าตัวตาย
- หลังดำเนินกิจกรรมเครือข่ายแกนนำในชุมชนและประชาชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือกันเองในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการกำหนดบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนในทีมสุขภาพ 3 หมอปฐมภูมิและเครือข่ายในพื้นที่
- ชุมชนเข้าใจภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมใส่ใจดูแล สอดส่องมองหา แจ้งเหตุ ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย







นวัตกรรมเด่น

ด้านการบริหารจัดการ “ระบบดูแลจิตใจผู้สูงอายุตำบลวัดขวาง”

ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)

ชาวดอนฉิมพลีร่วมใจดูแลหัวใจผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพจิต ชีวิตสมดุล สร้างสุขได้ทุกมิติ

นางจุฬารัตน์ สิทธิการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.ฉะเชิงเทรา

ที่มาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุนับเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่า สมควรที่ลูกหลานให้ความใส่ใจทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ในฐานะที่ท่านได้สร้างคุณประโยชน์นานัปการทั้งแก่คนในครอบครัวและสังคม ในทางจิตวิทยา วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเคารพนับถือที่ลูกหลานยกย่องให้เกียรติ เป็นวัยแห่งความสุขที่จะได้เห็นลูกหลานที่เลี้ยงมาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ภาระรับผิดชอบต่าง ๆ ลดลง มีเวลาว่างที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ตามความชอบหรือความสนใจอย่างเต็มที่ แต่ในขณะเดียวกัน วัยสูงอายุก็เป็นช่วงเวลาของชีวิตที่จะเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยชราอย่างเต็มตัว ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขเป็นเรื่องสำคัญ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้ประชากรในวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมีผลให้ลักษณะครอบครัวไทย เปลี่ยนจากครอบครัวขยาย (Extend Family) ไปสู่ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง จำนวนผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง มีเวลาให้ผู้สูงอายุลดลง ขาดการให้ความรักและความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวและดำเนินชีวิตเพียงลำพัง สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่างๆ ซึ่งก่อให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ ความเครียด ความคับข้องใจ แยกตัว ออกจากสังคม ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ท้อแท้ และเบื่อหน่ายในชีวิต ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ต้องออกจากงาน รายได้ลดลง ภาวะสุขภาพเสื่อมลง มีโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สารชีวเคมีและฮอร์โมนลดลง สูญเสียสิ่งสำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต เพราะตาย การสูญเสียบุตรเพราะแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียสถานภาพ หรือบทบาททางสังคม ตลอดจนการสูญเสียการเป็นที่พึ่งของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดด้วยแล้ว จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุว้าเหว่ มีภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลงจนเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม เป็นผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจ หม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึก สิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การเผชิญหน้ากับภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่หนักใจของญาติ ผู้ใกล้ชิด และตัวผู้สูงอายุ

จำนวนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ สอ. เฉลิมพระเกียรติฯดอนฉิมพลี มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 1,057 คน คิดเป็นร้อยละ 13.72 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในไม่ช้านี้ ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบจำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 24.03 จึงเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ภายใต้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม กาย จิต สังคม ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถจัดการกับความเครียดได้

กระบวนการทำงาน

ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้า แนวทางการประเมินภาวะซึมเศร้า และวิธีการสร้างความสุขเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า กลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างความสุขป้องกันภาวะซึมเศร้า

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

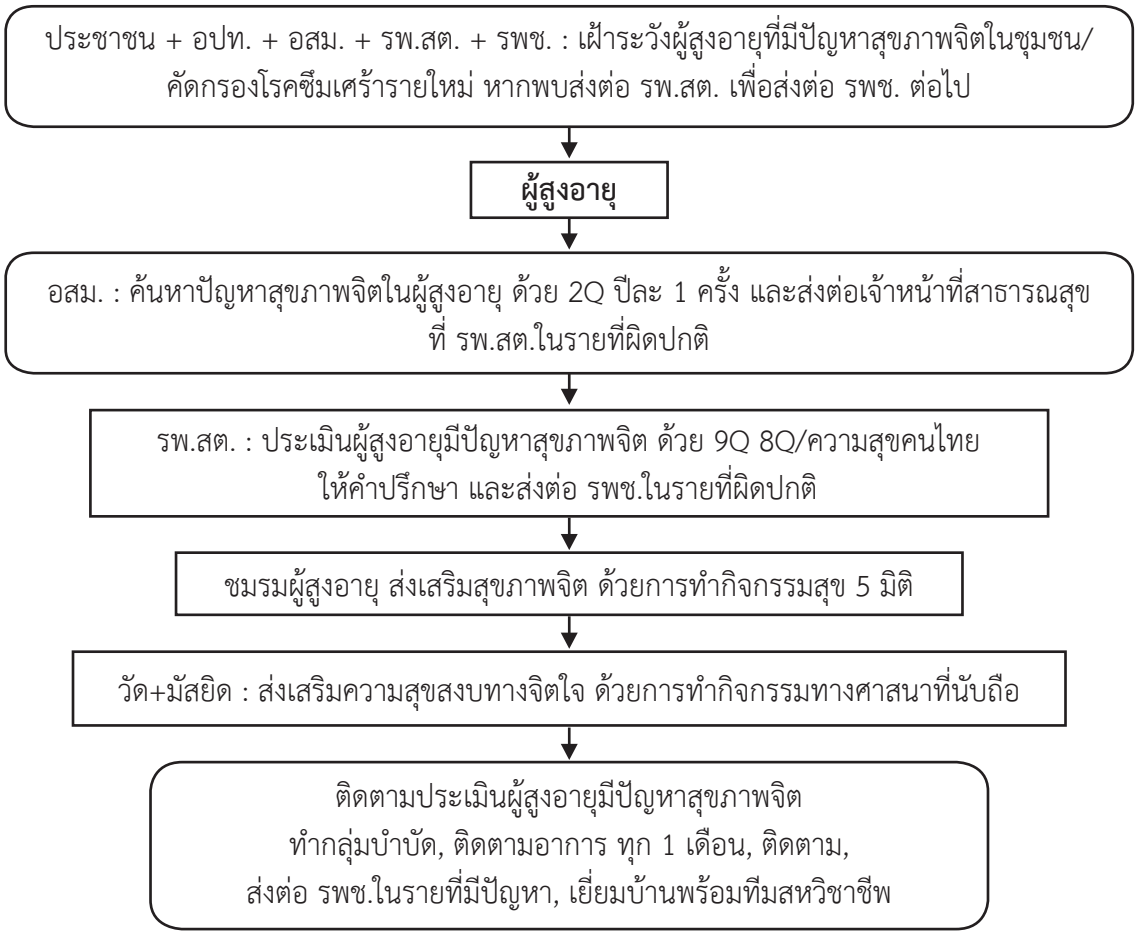
ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ (ติดสังคม)

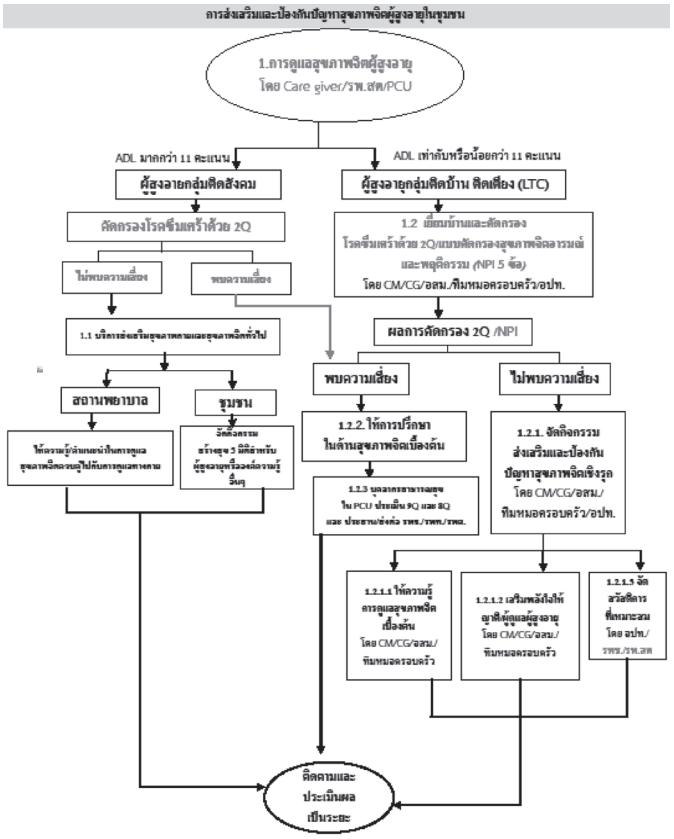
1. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเสริมสร้างความสุข ลด ความเศร้า เหงา ว้าเหว่ในชุมชน
2. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพร่างกาย เน้นการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ติดบ้าน/ติดเตียง)

1. ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q พร้อมให้คำปรึกษา SSBI
2. ติดตาม เยี่ยมเยียน ถามไถ่ สร้างกำลังใจ ให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตวัยผู้สูงอายุในชุมชน



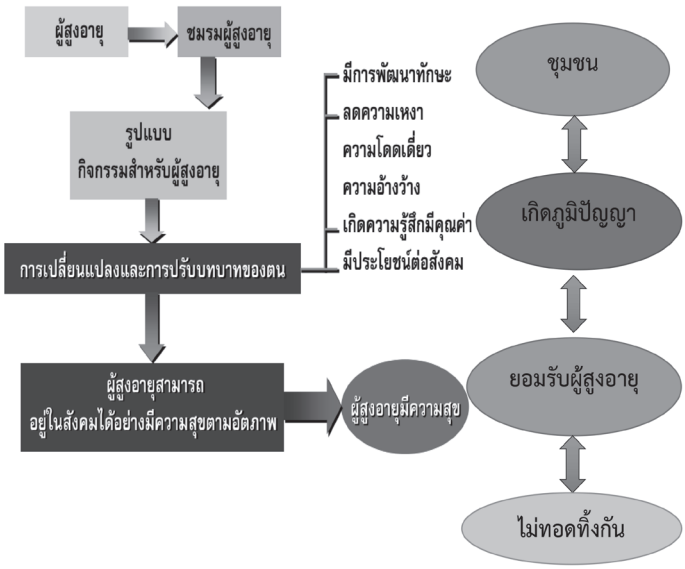


การบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงาน (เครือข่ายอื่นๆ ที่ร่วมที่ร่วมดำเนินงาน)



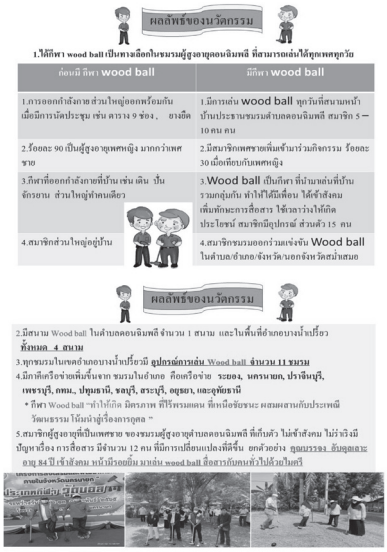
ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	คน	ประเมิน 9q 8q เสี่ยงน้อยและเสี่ยงปานกลาง	ผลการประเมินดีขึ้นหลังได้รับการให้คำปรึกษา SSBI
กลุ่มปกติ	156	156	อยู่ระหว่างดำเนินการ
กลุ่มติดบ้าน	67	67	
กลุ่มติดเตียง	22	22	
รวม	245	245	



นวัตกรรมเด่น กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ

1. นวัตกรรมกีฬาวู๊ดบอล





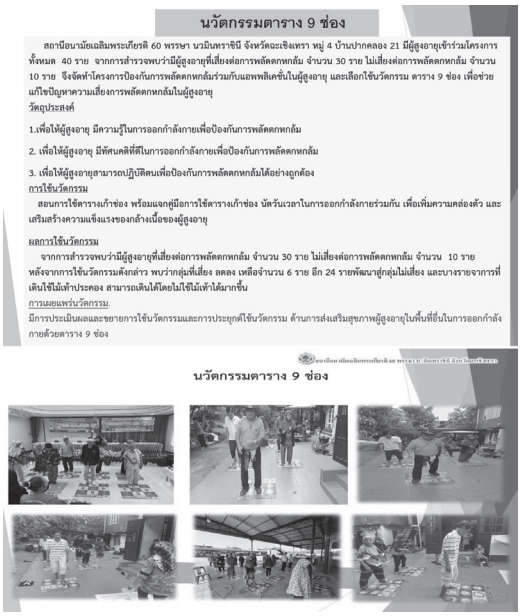








2. นวัตกรรมตาราง 9 ช่อง



ปัจจัยความสำเร็จ

1. ทีมสุขภาพจิตในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวให้การสนับสนุนงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

2. ในระดับการทำงานหน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดบทบาทและการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนและเน้นการบริการแบบบูรณาการ

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทรับผิดชอบประชาชนและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

4. มีการพัฒนาศักยภาพ เผยแพร่ ถ่ายทอดความรู้สุขภาพจิต แก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน

5. ความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ผู้นำและภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญในการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค

1. หน่วยบริการสาธารณสุขมีภาระล้นมือ และยังมีจำนวนบุคลากรที่จำกัด
2. ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชและขาดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต
3. ตราบาปและการรังเกียจเดียดฉันท์ต่อผู้ป่วยจิตเวช

แนวทางแก้ไข

1. ควรสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ และภาคีเครือข่าย มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

2. ส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำ และภาคีเครือข่าย ให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน และพัฒนาให้มีทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์แก่ประชาชน เพราะความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งให้งานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนได้

3. ครอบครัวและชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน นำโดยทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยที่จะสามารถกลับไปสู่ชุมชนได้มากขึ้น

2. ให้การรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีและมีสมรรถภาพที่ดี สามารถทำงานดูแลช่วยเหลือตัวเองได้

3. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการเจ็บป่วยของตนเองและพัฒนาทักษะ ในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง

4. การมีทีมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนที่พร้อมให้การช่วยเหลือสนับสนุนเครือข่ายและร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกัน

5. เน้นการสร้างขีดความสามารถในด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ และภาคีเครือข่าย

ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)

การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้กลยุทธ์ 3 C (Client Caregiver Community)

นางสาวฤทัย พานพรม *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม*
โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลผักปัง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ มีประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 3,640 3,792 3,705 รายตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากข้อมูลการรักษาในระบบโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 45,48,59 รายตามลำดับ มีจำนวนมากขึ้นทุกปีภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของอำเภอภูเขียว ปี 2565 มีจำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 12.4 ต่อแสนประชากร ปี 2566 มีจำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 13.6 ต่อแสนประชากร ปี 2567 มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ7.54 ต่อแสนประชากร ปัญหาดังกล่าวมักถูกละเลยเนื่องจากขาดการสังเกตอาการและระบบดูแลที่เหมาะสม ความรู้ทักษะของผู้ดูแล การสนับสนุนจากชุมชนยังไม่เพียงพอ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงชุมชน เป็นความรับผิดชอบการดูแลโดยระบบสาธารณสุขมากกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน การเข้าถึงบริการเพื่อการดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กลยุทธ์ 3C ผู้สูงอายุ (Client) ผู้ดูแล (Caregiver) และชุมชน (Community) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยสร้างระบบการดูแลที่ประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชน ให้สามารถลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่และคัดกรองสุขภาพจิตโดย อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเครื่องมือ 2Q plus,9Q,8Q บันทึกข้อมูลในระบบ smart อสม.,HOSxP,Elderly DMHประมวลผลจัดระดับแบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง/กลุ่มป่วย ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลเฉพาะกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพ แกนนำอสม. ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เครือข่ายในชุมชน/ ชมรมผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ทักษะการสื่อสารเชิงบวก ทักษะการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ ด้วยหลัก 4 ส 1. ส.สังเกต 2. ส.ใส่ใจ 3. ส.เสริมสร้าง 4. ส.ส่งต่อเชื่อมโยง รวมถึงการนำความรู้เรื่องการสร้างสุขในผู้สูงอายุด้วยทักษะสุข 5 มิติ การเสริมสร้างพลังใจผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาเครือข่ายดูแล ประชุมชี้แจงแก่ทีมผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน/อสม. ครอบครัว/ผู้ดูแล แกนนำชมรมผู้สูงอายุ เพื่อร่วมวางแผนดูแลตามแนวทางดูแลเฉพาะกลุ่ม พัฒนาระบบการดูแลและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้มีความเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ตั้งแต่คัดกรอง ดูแลรักษา ฟื้นฟู การรับส่งต่อ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 3,610 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.44 กลุ่มเสี่ยง 64 รายกลุ่มเปราะบาง/ป่วย 34 ราย ส่งต่อดูแล รักษา ฟื้นฟูสุขภาพจิต เยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบาง/ป่วย ร้อยละ100 จัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง ทั้งหมด 12 ครั้ง ผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านสุขภาพจิตดีขึ้น ร้อยละ100 ไม่มีการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม
2. ผู้ดูแล ครอบครัว อสม.ได้รับการอบรมความรู้ทั้งหมด 84 ราย มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ร้อยละ 100
3. เครือข่ายดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีส่วนร่วม มีความตระหนักเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สนับสนุนให้ความช่วยเหลือในการดูแลส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สนับสนุนงบประมาณในการจัดโครงการอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ อสม. และเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่
2. มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ทีม/ผู้ดูแลมีทักษะการสื่อสารเชิงบวก
3. มีเครือข่าย/ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง เป็นฐานสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

1. ผู้สูงอายุบางรายไม่เปิดเผยอารมณ์ ไม่ยอมรับการดูแล สร้างความคุ้นเคยโดยใช้ผู้ดูแล/อสม.ที่ไว้ใจได้
2. ผู้ดูแลบางรายยังขาดความรู้/ทักษะเฉพาะ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง
3. ข้อจำกัดด้านงบประมาณสำหรับกิจกรรมกลุ่มบูรณาการ ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

1. พัฒนาคู่มือ แนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ดูแล/ครอบครัว อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. บูรณาการร่วมกับโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ในชมรมผู้สูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ
3. จัดตั้งแกนนำสุขภาพจิตชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนต่อเนื่อง และขยายโครงการไปยังหมู่บ้านอื่นๆ






รูปแบบการทำงาน การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้กลยุทธ์ 3 C (Client, Caregiver, Community)

ดูแลใจวัยสูงอายุ (Healthy Minds, Happy Aging)

เครือข่ายดูแลช่วยเหลือติดตามสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ว่าที่ ร.ต.หญิงปัณณ์ธณัฏฐ์ หนูโหยบ *นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมกรวด อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมกรวด ตำบลเกาะหมาก อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง โดยพบว่า ปี 2566 กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) จำนวน 456 ราย พบว่ามีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.68 ปี 2567 กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 494 ราย พบว่ามีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.30 และในปี 2568 กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรอง จำนวน 439 คน พบกลุ่มปกติ จำนวน 389 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.61 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.39 จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ การปล่อยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมกรวด ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการติดตามประเมินสุขภาพจิตและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กระบวนการทำงาน

การนำหลักการทีม 3 หมอมาใช้

- ชี้แจงให้หมอคนที่ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เรียนรู้วิธีการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) โดยมีหมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข) เป็นผู้สอน
- หมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข) นำผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากหมอคนที่ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มาวิเคราะห์ จัดตั้งทีม และลงพื้นที่เพื่อประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในผู้สูงอายุ และให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SSBI) นำข้อมูลจากการลงพื้นที่มาบันทึกในระบบการติดตามดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- หมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข) ลงพื้นที่ครั้งที่ 2 เพื่อให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBI) โดยเว้นระยะเวลาจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2- 4 สัปดาห์
- หลังจากให้ SBI ครั้งที่ 2 ครบ 1 เดือน หมอคนที่ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ร่วมกับหมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข) ดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในผู้สูงอายุซ้ำ หากพบผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง หมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข) มีการดำเนินการส่งต่อไปยังหมอคนที่ 3 (หมอครอบครัว) เป็นผู้วินิจฉัยและให้การดูแลการรักษาอย่างทันท่วงที

ผลลัพธ์

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการประเมินติดตาม และดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาแบบสั้นอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

2. หลังจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับคำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ มีความสุข และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

3. ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ได้รับการส่งต่อไปยังหมอคนที่ 3 เพื่อรับการวินิจฉัยและให้การดูแลการรักษา

4. หลังจากการรักษาและดูแลจากหมอคนที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิต และดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากครอบครัว ชุมชน และทีม 3 หมอ

ปัจจัยความสำเร็จ

ครอบครัว

ครอบครัวถือเป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างพลังจิตใจให้กันและกัน ความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

ชุมชน

คนในชุมชนตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับคนในครอบครัว ให้เกียรติ ยอมรับ และให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ทีม 3 หมอ

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากทีม 3 หมอ มีการวางแผนการคัดกรอง ประเมินสุขภาพจิต การให้คำปรึกษา การส่งต่อการรักษา การดูแลช่วยเหลือ จนกระทั่งทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะ

- ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ได้ง่าย สะดวก และไม่เสียค่าใช้จ่าย
- จัดอบรมให้ความรู้ แก่บุคคลในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- มีการคัดกรอง ประเมินสุขภาพจิต และติดตามกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)

SUWAN Model (Suicidal Understanding Watchfulness Alliance North) กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

นพ.กฤษฎ์ ทองบรรจบ *ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงาม*
ร่วมกับกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทยที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่หลากหลาย โดยมีประชากรอาศัยอยู่ทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตที่ต้องตอบสนองความต้องการในแต่ละบริบทพื้นที่อย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม จังหวัดลำปางยังคงเผชิญกับวิกฤตด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตายที่อยู่ในระดับรุนแรงและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 16.10 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศถึง 2 เท่า (ค่าเฉลี่ยประเทศอยู่ที่ 7.94 ต่อแสนประชากร) อีกทั้งยังมีรายงานจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 286 ราย โดยสาเหตุหลักสำคัญของพฤติกรรมดังกล่าว มาจากปัญหาความสัมพันธ์ (คิดเป็นร้อยละ 48.7) และปัญหาด้านเศรษฐกิจ (คิดเป็นร้อยละ 22.6) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568)

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จังหวัดลำปางจึงได้ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 โดยได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดลำปางขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่ 3/2563 เพื่อประสานงานการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต รวมทั้งได้มีการดำเนินการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดลำปางอย่างต่อเนื่องรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตภายในจังหวัด ใน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 3) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ และ 4) เด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ทั้งนี้ จังหวัดลำปางได้ใช้กลไกของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด พัฒนา “SUWAN Model” ภายใต้มาตรา 46 ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ซึ่งมุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม โดยสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายลงเหลือ 10.21 ต่อแสนประชากร (ลดลงร้อยละ 36.5) และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลงจาก 48.8 ต่อแสนประชากร เหลือ 18.30 ต่อแสนประชากร (ลดลงร้อยละ 62.5)

กระบวนการทำงาน

จังหวัดลำปางได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 โดยมุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตภายในจังหวัดอย่างเป็นระบบผ่านกลไกของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดลำปาง ประธานคณะอนุกรรมการฯ ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง “คณะทำงานสุขภาพจิต 5 มิติ จังหวัดลำปาง” เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพใน 5 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 : ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ดำเนินการอบรมครูจำนวน 90 คนและสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังจำนวน 65 โรงเรียน, มิติที่ 2 : ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต โดยสร้าง SUWAN Alliance Network หรือ “SUWAN Model” ที่พัฒนาจากหลักฐานวิชาการของ European Alliance Against Depression ที่ลดการฆ่าตัวตายได้ 24% (Hegerl et al., 2006) และ Thailand’s HOPE Taskforce ที่ป้องกันการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ 599 ราย (World Health Organization, 2024) และอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 1,245 คน เพื่อให้เป็น Community Gatekeepers, มิติที่ 3 : ด้านการบำบัดรักษา ขยายพื้นที่ CBTx ให้ครอบคลุม 44 ตำบล 76 หมู่บ้าน, มิติที่ 4 : การฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้ Safety Planning Intervention และเยี่ยมบ้านภายใน 48 ชั่วโมง และมิติที่ 5 : ด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม ดำเนินการอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวน 266 คน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต



Chart รูปแบบการทำงาน
คณะทำงานสุขภาพจิต 5 มิติ จังหวัดลำปาง

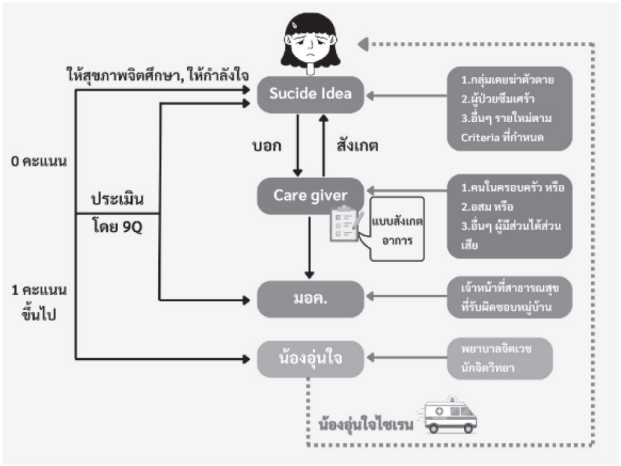


Chart สรุปขั้นตอนหรือรูปแบบการทำงาน
SUWAN Model (Suicidal Understanding Watchfulness Alliance North)

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ผลลัพธ์ output outcome impact

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่วัดได้

- **ผลผลิต :** อบรมบุคลากร จำนวนทั้งสิ้น 1,611 คน ขยายบริการ CBTx ครอบคลุม 44 ตำบล แก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด 247 คน ครอบคลุม 13 อำเภอ
- **ผลลัพธ์ :** อัตราการฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 36.5 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 42.6 ค้นหาผู้เสี่ยงได้เร็วขึ้นร้อยละ 65 อัตราการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 92.16 ของผู้ป่วยจิตเภท และจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น 512% (จาก 76 เป็น 389 ราย)
- **ผลกระทบ :** สร้าง Community Resilience ลดการตีตรา เพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นในชุมชน 65% โมเดลได้รับการยอมรับเป็นต้นแบบระดับประเทศตามแนวทาง WHO’s LIVE LIFE package (World Health Organization, 2025)

นวัตกรรมเด่น

ชื่อนวัตกรรม SUWAN Alliance Network (Suicidal Understanding Watchfulness Alliance North)

ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือ ที่เน้นการสร้างพันธมิตร (Alliance) ที่เข้มแข็งในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย บริการ ชุมชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและดูแลสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

ที่มาและแนวคิดที่ให้เกิดนวัตกรรม

SUWAN Model พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับสากลจากความสำเร็จของชนเผ่าอินเดียนแดงที่ลดการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 31 ใน 3 ปี (Cwik et al., 2014) ร่วมกับการผสานกับระบบ Mental Health Check-In ที่มีผู้ใช้กว่า 3.18 ล้านคน ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 (Wannasewok et al., 2022) และการบูรณาการแนวทาง European Alliance Against Depression ซึ่งประสบความสำเร็จที่เมือง Nuremberg ประเทศเยอรมนี โดยลดการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 24 (Hegerl et al., 2006) แนวคิดของนวัตกรรมนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อบริบทของจังหวัดลำปางที่เผชิญกับอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ และมีความจำเป็นในการสร้างระบบเฝ้าระวังและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่

อธิบายนวัตกรรมคืออะไร ใช้อย่างไร กับใคร โดยใคร

นวัตกรรม SUWAN Alliance Network ทำงานผ่านระบบเฝ้าระวัง 3 ระดับ 1) ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ผ่าน Looker Studio ที่แสดงข้อมูลเชิงพื้นที่และการปักหมุดพื้นที่เสี่ยงสูงแบบ real-time ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้บริหารสามารถเข้าถึงได้ทันที 2) เครือข่ายอาสาสมัครชุมชน จำนวน 1,245 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือมาตรฐาน PHQ-9 และ 9Q ทำหน้าที่เป็น Mental Health First Aid ในชุมชน 3) ระบบติดตามดูแลต่อเนื่องที่ใช้แนวทาง Safety Planning Intervention ร่วมกับการเยี่ยมบ้านภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์ และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งการทำงานแบบ Alliance 4 ระดับประกอบด้วย Alliance ระดับนโยบาย (คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดและการบูรณาการตามมาตรา 46), Alliance ระดับบริการ (ทีมสหวิชาชีพและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ), Alliance ระดับชุมชน (เครือข่าย อสม. และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน) และ Alliance ระดับครอบครัว (การสร้างพันธมิตรระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับครอบครัวผู้ป่วย)

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

นอกจากผลลัพธ์เชิงตัวเลขที่สะท้อนความสำเร็จของการดำเนินงาน ได้แก่ การลดอัตราการฆ่าตัวตายลงร้อยละ 36.5 และการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายลงร้อยละ 42.6 แล้ว นวัตกรรม SUWAN Model ยังสร้างผลกระทบแบบ Synergistic ที่มากกว่าผลรวมของการดำเนินการแยกกัน ได้แก่ การพัฒนา Mental Health Literacy ในชุมชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 การสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลระดับชาติ และการได้รับการยอมรับตามมาตรฐาน WHO’s LIVE LIFE package

ปัจจัยความสำเร็จ

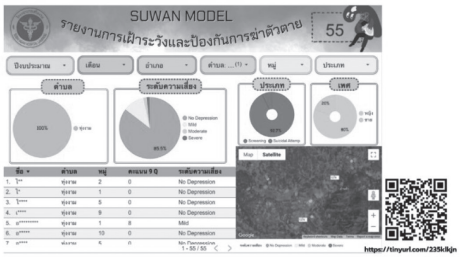
การมีผู้นำเข้มแข็งและสนับสนุนทุกระดับ การทำงานแบบบูรณาการหลายภาคส่วนตามมาตรา 46 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต การใช้แนวทาง Thailand's HOPE Taskforce ที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ และการมีระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือพร้อมบุคลากรที่มีทักษะ

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

อุปสรรคด้านเทคโนโลยีแก้ไขด้วยการพัฒนาระบบออฟไลน์ ปัญหาทัศนคติใช้ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบ และข้อจำกัดงบประมาณแก้ไขด้วยการขอสนับสนุนจากหลายแหล่ง

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

เสนอขยายผลเป็น 3 ระยะภายใน 3 ปี (60% ในปี 2569, 80% ในปี 2570, 100% ในปี 2571) พัฒนาระบบด้วยเทคโนโลยี AI และแอปพลิเคชันมือถือ บรรจุเข้าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ และจัดทำคู่มือต้นแบบระดับประเทศเพื่อให้พื้นที่อื่นนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ







เอกสารอ้างอิง

Cwik, M. F., Barlow, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Tingey, L., Craig, M., Lupe, R., & Walkup, J. (2014). Community-based surveillance and case management for suicide prevention: An American Indian tribally initiated system. American Journal of Public Health, 104(S3), e18-e23.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychological Medicine, 36(9), 1225-1233.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562). ราชกิจจานุเบกษา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2568). รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดลำปาง ครั้งที่ 2/2568.

Wannasewok, W., Harintharanon, K., & Siriwong, S. (2022). Development of community mental health infrastructure in Thailand: From the past to the COVID-19 pandemic. Consortium Psychiatricum, 3(3), 45-58.

World Health Organization. (2024). Suicide prevention in Thailand: A whole-of-society approach. WHO Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2025). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. WHO Press.

จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)

ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายและใช้ความรุนแรงโดยเครือข่ายจังหวัดพิษณุโลก

นางศิริเนตร เรืองหน่าย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์การฆ่าตัวตายของจังหวัดพิษณุโลก ปี 2567 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.14 ต่อแสนประชากร ช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายสูงสุดคือ 60 ปีขึ้นไป ผู้พยายามฆ่าตัวตายพบในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี และ 20 - 59 ปี ปัจจัยเสี่ยงเกิดจากมีปัญหาติดสุรา/สารเสพติด ร้อยละ 30.61 ป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง ร้อยละ 16.33 (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง /หลอดเลือดสมอง/โรคปอดเรื้อรัง) มีประวัติตนเองหรือคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 16.33 มีบุคลิกหุนหันพลันแล่น ร้อยละ 12.24 ป่วยโรคจิตเวช ร้อยละ 10.20 มีสัญญาณเตือน ร้อยละ 38 ปัจจัยกระตุ้น พบว่าทั้ง การฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย มีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น พบมากสูงสุด คือ ประสบปัญหาชีวิตหรือ มีเหตุการณ์วิกฤต ร้อยละ 57.14 ปัจจัยปกป้อง ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 4 - 16.33 ยังไม่มีการปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ ยังมีการใช้ความรุนแรงในประชาชน

กระบวนการทำงาน

Pre-Hospital care	• ประชุมคณะทำงานระดับจังหวัด / คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดฯ • ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งคณะทำงาน ประชุม กำหนดแนวทาง และแก้ไขปัญหาการก่อ ความรุนแรงซ้ำในจังหวัด • คัดกรอง SMI-V ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนอายุ 15 – 60 ปี • ให้ความรู้ อสม.ผู้นำชุมชน ประชาชน ทีมตำรวจ 1669/ MCATT/ กู้ภัย 5 สัญญาณเตือนก่อ ความรุนแรง เผชิญสถานการณ์วิกฤตด้านจิตใจ /การใช้ ESS Help Me • ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กเล็กป้องกันโรคทางจิตเวชในเด็กเล็ก • เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเยาวชนในสถานศึกษาร่วมกับเครือข่าย (สสจ.พล/ศึกษาธิการ/ สพม.พล-อต./พมจ.พล/ศบส.2/รพ.จิตเวช พล/ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 / รพ.พุทธชินราช/สมาคมอาสาสมัครสร้างสุข) • สร้างด่านกั้นในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก โดยวางแผนติดตั้งกล้องวงจรปิด และ Monitor
Pre-Hospital care	• ซ้อมแผนเผชิญเหตุผู้ป่วย SMI-V ทุกอำเภอ • เปิดให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาล ระยะ Acute care, Sub acute

Post-Hospital care	• MCATT (ทีมเยียวยาจิตใจ) • ติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา 1 ปี และ 5 ปี • ติดตามจิตเวชพ้นโทษให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง (ราชทัณฑ์ ปันสุข)

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ขับเคลื่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ ผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดพิษณุโลก

2. มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)

3. มีการใช้โปรแกรม School Health Hero ในการดูแลและช่วยเหลือนักเรียนรายบุคคล จำนวน 158 ร.ร. กลุ่มเสี่ยงดีขึ้น 55.20%

4. ผลการติดตาม Mental Health Check In กลุ่มเสี่ยง > 18 ปี 97.14% ,อายุ 19 ปีขึ้นไป 97.11%

5. พัฒนาสุขภาพจิตแกนนำอาสาสมัครสร้างสุข ในสถานศึกษา เพื่อเป็นแกนนำดูแลตนเองและเพื่อน 5 แห่ง

6. อาสาสมัครฮีลในในสถานพินิจ จำนวน 20 คน

7. อบรมเสริมสร้างความสุขในผู้สูงอายุ เสริมสร้างความสุขในตนเอง และเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ตำบลนาบัว อำเภอนาบัว 120 คน

9. ติดตาม ให้ความรู้ครอบครัว ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9 อำเภอ 315 คน

10. ร่วมกับ พมจ. และองค์กรเอกชนรณรงค์ประชาสัมพันธ์ใช้ ESS help me ช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉิน

11. มี Patient Journey Mental Health Refer ระดับชุมชน ระดับจังหวัดและระดับเขต

12. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.) 5.15 ต่อแสน ปชก.

13. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (65%) 100%

14. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (85%) 93.98 %

15. มาตรฐานงานสุขภาพจิตในรพช.และรพ.สต. ทุกแห่ง

ปัจจัยความสำเร็จ

การมีขับเคลื่อนงานโดยผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดพิษณุโลก วิเคราะห์ข้อมูลตรงตามปัญหาของบริบทในพื้นที่จึงสามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเครือข่ายภาคประชาชนในระดับพื้นที่ให้ความร่วมมือ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และทำงานด้วยความสมัครใจ รวมทั้งมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม



นวัตกรรมเด่น

ชื่อนวัตกรรมเด่น ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายและใช้ความรุนแรงโดยเครือข่ายจังหวัดพิษณุโลก

ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม ปัจจัยกระตุ้น พบมากที่สุด คือ การประสบปัญหาชีวิตหรือมีเหตุการณ์วิกฤต ร้อยละ 57.14 ปัจจัยปกป้อง : ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งอยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 4 - 16.33 ยังไม่มีการปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่คนใช้ฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง พบการใช้ความรุนแรงในประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านกลคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด จึงได้มีการประชุม เสนอแนวทางบูรณการสร้าง และใช้แนวทางป้องกันปัญหา ฆ่าตัวตายและใช้ความรุนแรงโดยเครือข่ายจังหวัดพิษณุโลก

นวัตกรรม สร้าง พัฒนา ความรู้ ทักษะเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ให้เยาวชนในสถานศึกษา วัยทำงานในสถานประกอบการสามารถแก้ไขปัญหาความเครียด เป็นที่ปรึกษาได้ ประชาชน ทีมปฏิบัติงาน (จนท.สาธารณสุข / ตำรวจ ทุกสภ.ในจังหวัด /กู้ภัย) มีความรู้ การสื่อสารสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การก่อความรุนแรง รู้และใช้แนวทาง อย่างถูกต้องในการเผชิญเหตุ เครือข่ายเอกชนมีส่วนร่วมดำเนินการ

ผลลัพธ์ที่ได้ 1) สร้างและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครนักฮีลใจในสถานศึกษา และสถานพินิจฯ ให้มีความรู้ ทักษะเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 65 /20 คน และสร้างพื้นที่ปลอดภัยคลายเครียด ประเมินสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2) มีเครือข่ายภาคเอกชนอาสาพัฒนาสุขภาพจิตเยาวชนในสถานศึกษา สมาคมอาสาสมัครสร้างสุข 3) มีระบบช่วยเหลือการพยายามฆ่าตัวตายภาครัฐ-ประชาชน ภายใต้ความร่วมมือกับตำรวจ กู้ภัย และ Social Influencer เพื่อช่วยเหลือ ผู้ที่มีความเสี่ยงโดยใช้สังคมออนไลน์ และให้การดูแลผู้ประสบภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตอย่างทันท่วงที เพื่อเสริมกลไกการประสานงาน ส่งต่อ และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยสามารถช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย และเสี่ยงก่อความรุนแรง 1 ราย รวมทั้งเกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือโดยประชาชน ในเพจเฟซบุคเครือข่าย (ตำรวจ กู้ภัย สาธารณสุข) มีความหวังและกำลังใจเพิ่มขึ้น 4) ระบบคัดกรองประชาชนก่อความรุนแรงสามารถคัดกรองได้ จำนวน 1,818 ราย พบว่า มีสัญญาณเตือน จำนวน 69 ราย ได้รับการดูแลครบร้อยละ 100 และไม่ก่อความรุนแรง ร้อยละ 100

จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)

การบูรณาการภาคีเครือข่ายจังหวัดราชบุรี ในการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต

นางสาวเนาวรัตน์ งามยิ่งยวด *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี*

ที่มาและความสำคัญ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพโดยรวม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่สังคมต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความเครียด ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพจิตทวีความรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ครอบคลุม และมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วนในสังคม

จังหวัดราชบุรี ในฐานะจังหวัดที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านสาธารณสุข ชุมชน และภาคีเครือข่าย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต และได้มีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยนำหลักการของ พ.ร.บ.สุขภาพจิต มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน ร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานราชการ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา และชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุม ยั่งยืน และเป็นมิตรกับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดราชบุรี

กระบวนการทำงาน

เพื่อให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระดับจังหวัดมีทิศทางที่ชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต จังหวัดราชบุรี ได้จัดตั้ง “คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด” ตามแนวทางของ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการกำกับ ติดตาม และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการทำงานที่สำคัญ ประกอบด้วย: การจัดประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 2 ครั้ง/ปี เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่โดยบูรณาการกับแผนพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดและนโยบายกระทรวงฯ รวมถึงการแต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อความคล่องตัวในการทำงาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), ผู้นำชุมชน, ภาคประชาสังคม และเยาวชน และการติดตามและประเมินผลทุกไตรมาส

การสนับสนุนและขับเคลื่อนผ่านภาคีเครือข่าย เช่นองค์ความรู้ และเครื่องมือแก่เครือข่ายระดับอำเภอ/ตำบล ส่งเสริมโครงการต้นแบบ เช่น วัคซีนใจในชุมชน, วัคซีนใจในสถานประกอบการ, เสริมสร้างพลังใจในสถานศึกษา, และนวัตกรรมการสร้างอสม.บัดดี้ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การเชื่อมโยงกับกลไกอื่นในจังหวัด ทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.), คณะกรรมการ Service Plan ป้องกันการฆ่าตัวตาย, และเครือข่ายโรงพยาบาลและส่งเสริมให้งานสุขภาพจิตเป็นวาระสำคัญร่วมของทุกภาคส่วนในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการจังหวัดราชบุรีทุกเดือน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากขึ้น สามารถการลดอัตราการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต เกิดเครือข่ายชุมชนร่วมดูแลกันเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ความร่วมมือของทุกภาคส่วนการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาล สถานศึกษา องค์กรชุมชน และประชาชน

2. การจัดตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่ชัดเจนในการบริหารงาน ผู้นำและการบริหารจัดการที่เข้มแข็งมีวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อนงาน

3. ระบบเฝ้าระวังและข้อมูลที่มีคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องและแม่นยำ รวมถึงการใช้ข้อมูลในการวางแผนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน

4. การสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในชุมชนเพื่อลดการตีตราและเข้าใจสุขภาพจิตการอบรมบุคลากรและอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรมเด่น

นวัตกรรม อสม.บัดดี้ คือ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแล ติดตาม โดย ระบบ อสม.บัดดี้ จับคู่กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังตาม 5 สัญญาณเตือน และติดตามให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 65 ราย โดยกำหนดให้ อสม. 1 คน เป็นเพื่อนคู่หู ดูแลผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 1 คน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ ช่วยหนุนเสริม ให้กำลังใจ






อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

พบว่าประชาชนบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต ยังคงมี “การตีตรา” และเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่กล้าเปิดเผยหรือเข้ารับบริการ รวมถึงจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอและภาระงานสูง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับความต้องการ เจ้าหน้าที่มักต้องดูแลหลายด้าน ทำให้การติดตามและดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

พัฒนา “นวัตกรรมชุมชน” ด้านสุขภาพจิต โดยการส่งเสริมให้แต่ละอำเภอหรือ ชุมชน คิดค้นนวัตกรรมของตนเองเพื่อส่งผลงานเข้าประกวดในเวทีระดับจังหวัดอย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อให้สามารถขยายผลไปยังตำบลอื่นได้ ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ความเครียดเรื้อรัง และความรุนแรงในครอบครัว เกิดนวัตกรรมท้องถิ่นที่สามารถขยายผลครอบคลุมภายในจังหวัดราชบุรี

จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)

ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชฉุกเฉินวิกฤตสาหรับบุคลากรทางการแพทย์ออนไลน์ ระดับเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง

แพทย์หญิงอรอุมา ประสงค์สาเร็จ และนางศุภมาศ บารุงรัตน์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในประเทศไทย ปี 2568 จากการเฝ้าระวังข่าวความรุนแรงทางสังคม มีการประมาณการณ์ผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติดหรือจิตเวชยาเสพติด และอื่นๆ จำนวน 223,253 คน คาดการณ์การเข้าถึงบริการ 33.57% (กรมสุขภาพจิต,2568) ปัญหาในระบบบริการสุขภาพจิตฉุกเฉินส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการที่ไม่ทั่วถึง ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในหน่วยบริการฉุกเฉินและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคในการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม และการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลระยอง พบกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V ประเภท2-4) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปี 2565 – ปี 2567 พบผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 135 ราย 139 ราย และ 326 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลระยอง, 2568) สาเหตุของการก่อความรุนแรงและกลับเป็นซ้ำ มีสาเหตุมาจากมีการใช้สารเสพติดร่วม เกิดอาการข้างเคียง หยุดรับประทานยา การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วย

จากการประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต จังหวัดระยอง ครั้งที่ 1 เมื่อวัน 24 เมษายน 2567 และครั้งที่ 2 วันที่ 7 สิงหาคม 2567 โดยมีนางสาวสลารีวรรณ ทัพทวี รองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ทำให้จังหวัดเห็นถึงปัญหา และความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และมีมติการประชุมให้แต่ละหน่วยงานในจังหวัดระยองมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกัน

โรงพยาบาลระยอง จึงได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ โดยใช้แอปพลิเคชัน (Line Official Account) ในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อให้เกิดการดูแลเชื่อมกันอย่างไร้รอยต่อ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยและปลอดภัย

กระบวนการทำงาน

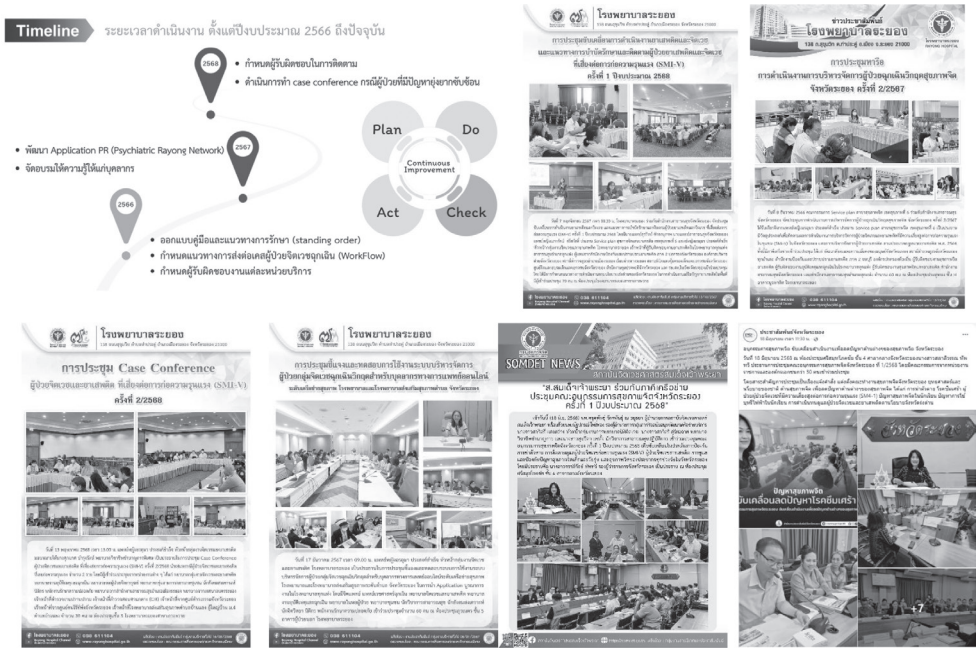
1. ออกแบบคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและแนวทางการรักษา (standing order)
2. กำหนดแนวทางการส่งต่อเคสผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Work Flow) โดยมีการประชุมหาข้อสรุปร่วมกันภายในจังหวัด และมีการประชุม Update เป็นระยะ
3. กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยบริการ สำหรับประสานงานการปรึกษาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนา Application PR (Psychiatric Rayong Network) เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างรวดเร็วเพื่อสามารถติดตามได้อย่างครบถ้วน

5. จัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและแนวทางการรักษา (Standing order) ให้แก่บุคลากร

6. กำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V นอกเหนือจากการนัดติดตามตามระบบปกติของหน่วยงาน โดย ประเภท 1 ถูกติดตามโดยทีมนักจิตวิทยาผ่านการโทรศัพท์ติดตามและการแพทย์ทางไกล ส่วนกลุ่ม SMI-V ประเภท 2-4 จะถูกติดตามโดยทีมแพทย์พยาบาลและนักจิตวิทยาผ่านการโทรศัพท์ติดตามและการแพทย์ทางไกล (ไลน์คอล และหมอพร้อม สเตชั่น) และดำเนินการทำ case conference กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

7. รายงานการดำเนินงานในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดระยอง ครั้งที่ 1 ปี 2568 เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2568 เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและการดำเนินงานให้กับคณะอนุกรรมการฯ



ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ใช้งานที่ ER, Ward จิตเวช, OPD จิตเวช และงานชุมชน ดำเนินการในโรงพยาบาลครบทั้ง 9 แห่ง (100%)
2. มี Admin/CM ทุกโรงพยาบาล
3. มีการรายงานผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V แยกประเภทตาม CBD ESI/OAS รายโรงพยาบาล
4. มีรายงานการใช้ Standing Order Acute Psychosis/Alcohol withdrawal/Suicide
5. มีรายงานการส่งต่อเยี่ยมบ้าน การ Re-admit และ Refer back
6. บุคลากรทางการแพทย์มีทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
7. ช่วยเพิ่มความพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
8. แก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุม รวดเร็วแบบ real time

การรายงานผล

ข้อมูลต่างๆ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารในจังหวัดเห็นความสำคัญ และมีการผลักดันการขับเคลื่อนผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด
2. หน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดเห็นความสำคัญและร่วมมือ รวมทั้งมีการบูรณาการการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน
3. การได้รับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน



นวัตกรรมเด่น

1. Application PR (Psychiatric Rayong Network)



จังหวัดกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (Legislating mental wellness)

การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ภายใต้กลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 จังหวัดกาฬสินธุ์

นางสาวณัฐกฤตา ทุมวงศ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

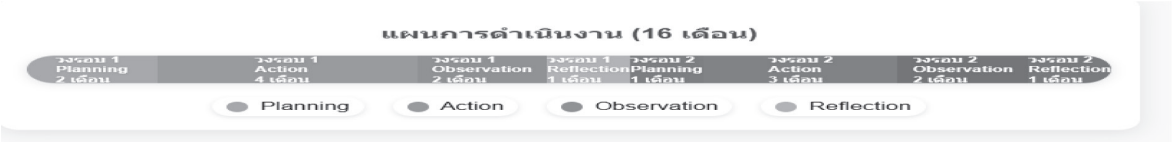
ที่มาและความสำคัญ

ผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดกลไกการดำเนินงานในระดับจังหวัดผ่านคณะอนุกรรมการประสานงาน เพื่อการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด รวมถึงการได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

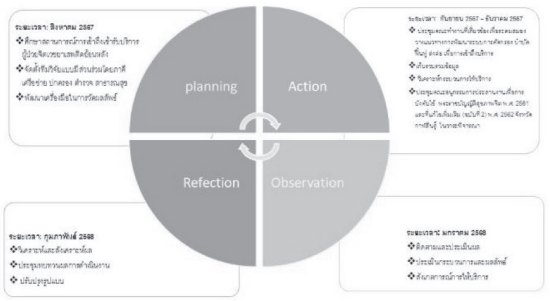
จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ใช้ยาเสพติดที่เคยขึ้นทะเบียน 8,124 คน เข้ารับการบำบัดในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3,598 คน ทั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช 565 คน (ร้อยละ 15.70) ผู้ป่วย SMI-V เข้ารับการรักษา จำนวน 44 ราย ส่งผลให้พบอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนจากผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม สังคมปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

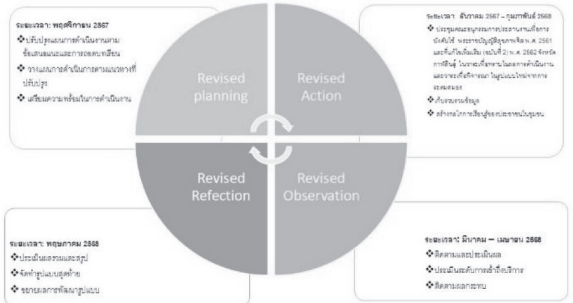
กระบวนการทำงาน



วงรอบที่ 1: การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต



วงรอบที่ 2: การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตให้สมบูรณ์



ผลลัพธ์

OUTPUT: คู่มือการดำเนินงานการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด, และแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด, อนุกรรมการประสานงาน พรบ. สุขภาพจิตฯ 18 อำเภอ ตำบล 36 ตำบล ทีมปฏิบัติการตำบล 137 ทีม, แนวทางการส่งต่อ 1 ชุด, อสม.ผ่านการอบรม 18,416 คน

OUTCOME: 1) จำนวนผู้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.6 จาก 44 คน เป็น 855 คน ในปี 2567 และ 1,167 คนใน พฤษภาคม 2568 2) จำนวนผู้เข้าถึงบริการยาเสพติดเพิ่มขึ้น จาก 3,598 ในปี 2566 เป็น 4,506 รายในปี 2567 และ ก.ค.2568 3,441 ราย 3) สัดส่วนการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 100

IMPACT: คดีอาชญากรรมที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในปี 2567 ลดลงจากปีที่แล้ว ร้อยละ 32.38 (312 คดีในปี 2566 ลดลงเหลือ 211 คดี ในปี 2567, ต.ค.2567-พ.ค.2568 มีจำนวน 65 คดี)

นวัตกรรมเด่น

ชื่อนวัตกรรม: KLS Mental Health & Substance Abuse Coordination Center
ที่มาและเหตุที่ทำให้เกิดนวัตกรรม: อุปสรรคด้านการประสานงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูล การคัดกรองและการติดตามมีความซ้ำซ้อน สถานพยาบาลยาเสพติดและจิตเวชระยะกลาง และระยะยาวมีจำนวนจำกัด
นวัตกรรม: จัดตั้งศูนย์ประสานงานสุขภาพจิตและยาเสพติดจังหวัด รับประสานส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและส่งต่อ รวมถึงปรึกษาแนวทางการรักษากับญาติที่ประสงค์เข้ารับการรักษา
ผลลัพธ์ที่ได้: การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์ ธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด 168 ราย

ปัจจัยความสำเร็จ

โครงสร้างการบริหารจัดการ - มีความชัดเจนตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงตำบล **กระบวนการเข้าถึงบริการ** - ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง บำบัด ส่งต่อ และติดตาม **กลไกการประสานงาน** - มีระบบประชุมและข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยง **บริการหลากหลายระดับ** - ตั้งแต่ระดับชุมชนถึงโรงพยาบาลศูนย์

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

การกระจุกของจิตแพทย์เฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป แก้ไขโดยกำหนดจิตแพทย์โซนในการให้การปรึกษา 5 โซนตามพื้นที่ และการปรึกษา TELAMEDICINE การออกตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเดือนละ 1 ครั้ง

การตีตราและขาดความเข้าใจของชุมชนต่อโรคทางจิตเวชและยาเสพติด แก้ไขโดยร่วมกับสถาบันทางศาสนาในการร่วมกิจกรรมสำคัญร่วมกัน

การประสานงานระหว่างองค์กร แก้ไขโดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระดับจังหวัด-อำเภอ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

ควรขยายผลรูปแบบนี้ไปยังจังหวัดอื่นๆ ที่เชื่อมโยงระบบ Telemedicine, แลกเปลี่ยนบุคลากรเฉพาะทาง และสร้างมาตรฐานการให้บริการร่วมกัน

PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน
(PCU and Community Mental Health Care)

ปรับสุขภาพใจ เปลี่ยนสุขภาพกาย โดยทีมหมอครอบครัวบ้านพญาชมภู

นางปราณี ชัยโรจน์จนศิลป์ *ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพญาชมภู อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ที่มาและความสำคัญ

ในปีงบประมาณ 2568 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพญาชมภูมีผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ 1,140 ราย, NCD Clinic จำนวน 989 ราย ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 108 ราย และความดันโลหิตสูง จำนวน 265 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Uncontrolled DM และ HT จำนวน 36 และ 70 ราย ตามลำดับ ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง และอาจนำไปสู่ความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน

การดูแลผู้มารับบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง หนึ่งในนั้นคือการการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในกลุ่มผู้ป่วย NCD : HT, DM กลุ่ม Uncontrolled , CKD และใช้การบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเครียด/ ภาวะหมดไฟ/ ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับบริการในคลินิก NCD, ANC, ผู้สูงอายุ และ คลินิกสุขภาพจิตที่ รพ.สต.บ้านพญาชมภู อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง ลดความรุนแรงของโรค ลดภาระการดูแลของญาติ ลดค่าใช้จ่ายในระบบการรักษา รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยการบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันและลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น โรคซึมเศร้า และ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชนในชุมชนต่อไป

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพสต.พญาชมภู เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพจิตตามแนวทางในคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว โดยเน้นฝึกทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling: SBC)

ขั้นตอนที่ 2 ประยุกต์ใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในกลุ่มผู้ป่วย NCD : HT, DM กลุ่ม Uncontrolled , CKD และใช้การบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเครียด/ ภาวะหมดไฟ/ ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับบริการในคลินิก NCD, ANC, ผู้สูงอายุ และคลินิกสุขภาพจิตที่ รพ.สต.พญาชมภู

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลลัพธ์ของการให้การบำบัด โดยการติดตามผล BP, FBS, DTX ในกลุ่มผู้ป่วย NCD : HT DM กลุ่ม Uncontrolled , CKD ที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และติดตามผลคะแนน RQ, Stress, Burnout, 2Q, 9Q และ 8Q ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเครียด/ ภาวะหมดไฟ/ ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ผู้ป่วย CKD กลุ่ม Uncontrolled ได้รับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ อันจะนำไปสู่การค้นพบเป้าหมายหรือ สิ่งสำคัญในชีวิตที่จะทำให้ผู้ป่วยก้าวข้ามผ่านความลังเลใจ ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดความรุนแรงของโรค ลดภาระการดูแลของญาติ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในระบบการรักษา

2. กลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันและลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น โรคซึมเศร้า และ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชนในชุมชน

3. ผลลัพธ์ของการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วย DM กลุ่ม Uncontrolled จำนวน 36 คน ได้รับ MI ทุกราย มีค่าระดับน้ำตาลดีขึ้นหลังได้รับ MI ครั้งที่ 1 12 ราย (ร้อยละ 33.33), ครั้งที่ 2 10 ราย (ร้อยละ 27.78), ครั้งที่ 3 8 ราย (ร้อยละ 22.22) และครั้งที่ 4 6 ราย (ร้อยละ 16.67)

4. ผลลัพธ์ของการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วย HT กลุ่ม Uncontrolled จำนวน 70 คน ได้รับ MI ทุกราย มีค่าระดับ BP ดีขึ้นหลังได้รับ MI ครั้งที่ 1 25 ราย (ร้อยละ 35.71), ครั้งที่ 2 15 ราย (ร้อยละ 21.43), ครั้งที่ 3 18 ราย (ร้อยละ 25.71) และครั้งที่ 4 12 ราย (ร้อยละ 17.14)

5. ผู้ป่วย NCD จำนวน 987 ราย ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q plus) จำนวน 902 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.20 ในจำนวนนี้ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

6. หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตทุกราย พบเสี่ยงเครียด 1 ราย และเสี่ยงซึมเศร้า 1 ราย ได้รับการบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยจิตแพทย์ และติดตามจนไม่พบความเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เห็นความสำคัญของการให้การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการที่ รพ.สต. พญาชมภู

2. อสม. มีความตระหนักในการดูแลติดตามผู้ป่วยกลุ่ม NCD Uncontrolled ในชุมชน

3. ระบบการ Consult เพื่อรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระหว่าง รพ.สต.-รพช.ที่มีประสิทธิภาพ

4. การสนับสนุนของหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์สุขภาพจิตที่ 1) เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน รพ.สต.บ้านพญาชมภู

5. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ กรมสุขภาพจิต

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

1. ผู้ป่วย NCD ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ขาดยา ขาดนัด)

การแก้ไข ใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตน สร้างแรงจูงใจ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยเพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. บุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling: SBC) มีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ

การแก้ไข วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกคนให้สามารถให้คำปรึกษาโดยใช้ MI และ SBC

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอด

การขยายผลพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต. ทุกแห่งให้สามารถให้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counselling: SBC) ให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการใน รพ.สต. แต่ละราย





PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน
(PCU and Community Mental Health Care)

การดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวมในชุมชน โดย PCU คลองคูณ

นางสิรินธร เครือเทศ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
รพ.สต.คลองคูณ อ.ตะพานหิน จ.พิจิตร

ที่มาและความสำคัญ

พื้นที่คลองคูณ พื้นที่โดยประมาณ 37.09 ตารางกิโลเมตร ประชากร 4,053 คน อาชีพหลักเกษตรกรรม โดยเฉพาะการทำนา **ที่มาของปัญหา :** ชุมชนตำบลคลองคูณเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพจิต โดยมีกรณีศึกษาของ **"ผู้ป่วยชายมีอาการทางจิต" (นายอ.)** เป็นกรณีนำร่องที่สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัญหา ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าบิดา, เคยอยู่กินฉันสามี-ภรรยากับดารา LGBTQ ปัจจุบันเลิกลากันแล้ว, ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดว่าคนอื่นแอบชอบเที่ยวไปดูเจ้าหน้าที่หญิง รพ.สต.คลองคูณ อบต.คลองคูณและเด็กนักเรียนในชุมชน, แอบมองผู้หญิง, หงุดหงิดง่าย, และเคยใช้มีดไล่แทงชาวบ้าน สร้างความหวาดกลัวและขาดความไว้วางใจในชุมชน แม้จะได้รับการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรักษา แต่เมื่อกลับมาอยู่บ้านยังคงมีปัญหาเรื่องการกินยาไม่ต่อเนื่อง การยอมรับจากครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยวและเป็นที่หวาดระแวงของเพื่อนบ้าน **บริบทพื้นที่ :** ชุมชนนี้มีความหลากหลายทางสังคมและเศรษฐกิจ การขาดความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตและอคติทางสังคม (stigma) เป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องเป็นไปได้ยาก ชุมชนยังขาดกลไกที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชอย่างทันท่วงที

กระบวนการทำงาน

PCU คลองคูณได้ริเริ่ม **"โครงการเพื่อนใจในชุมชน"** ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม แบบบูรณาการ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ **1. การประเมินสถานการณ์และสร้างความตระหนัก ประชุมเครือข่าย :** (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน), ตำรวจ, อบต., อสม., และชาวบ้านที่เกี่ยวข้อง กรณีศึกษาของผู้ป่วยชายนายอ.(นามสมมุติ) **ประเมินความเสี่ยง:** ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และความต้องการของครอบครัวและชุมชน **สร้างความเข้าใจ:** ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต อาการเตือน และวิธีการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกต้องแก่เครือข่ายและชาวบ้าน (จัดอบรม **"เพื่อนบ้านที่เข้าใจ: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน") 2. การประสานงานและการส่งต่อ:** โดยทีมสหวิชาชีพ PCU: เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่กลับจากรพ. กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสังเกตการณ์และแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อมีอาการกำเริบ ประสานตำรวจในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยกรณีที่จำเป็น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติและทีมสาธารณสุข **3. การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูในชุมชน:** การเยี่ยมบ้านเชิงรุก:โดยเจ้าหน้าที่ PCU และ อสม. (โดยเฉพาะ อสม. ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย) เข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินอาการ กระตุ้นเตือนให้กินยา และให้คำแนะนำแก่พี่สาวในการจัดยาอย่างต่อเนื่อง บทบาทพี่สาว/ผู้ดูแล: เน้นการสร้างความเข้าใจและเสริมพลังให้พี่สาวเป็นผู้ดูแลหลักในการจัดการยาและสังเกตอาการ การเฝ้าระวังโดย อสม.:คอยสอดส่องสอบถามอาการเป็นระยะ และ



แจ้งอาการเตือนผิดปกติให้ทีมPCU และการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในชุมชน: สร้างความมั่นใจให้ชุมชน ในความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน 4. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา: จัดกิจกรรมในชุมชน: จัดกิจกรรมในชุมชน: เช่น กิจกรรมคลายเครียด การให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างเครือข่ายสนับสนุนส่งเสริมการรวมกลุ่มของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจกัน

ผลลัพธ์ output outcome impact

1. ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ (Output): จำนวนการประชุมเครือข่าย 4 ครั้ง/ปี จำนวนเครือข่ายที่เข้าร่วม: 8 หน่วยงานหลัก (ตำรวจ, ปลัดอำเภอ, อบต., ผู้นำชุมชน, อสม., รพ.สต.คลองคูณ, ครอบครัว, ชาวบ้าน) และ อสม. จำนวน 5 คน/กิจกรรมสร้างความตระหนัก : อบรม “เพื่อนบ้านที่เข้าใจ” มีผู้เข้าร่วม 50 คน จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช: เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน อสม. ที่เป็นแกนนำ

2. ผลลัพธ์เชิงประชาชน (Outcome) : ผู้ป่วยได้รับการดูแลการกินยาจากพี่สาวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (จากเดิมที่ไม่กินยา) ส่งผลให้อาการกำเริบซ้ำ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนและสำคัญที่สุด) การเข้าถึงบริการ: ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้น ชาวบ้านเริ่มเห็นว่าผู้ป่วยสงบลง (ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงลดลง, สถิติการร้องเรียนลดลง)

3. ผลลัพธ์เชิงผลกระทบ (Impact): ชุมชนมีความปลอดภัยมากขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน ลดภาระของระบบสาธารณสุข: การดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชนช่วยลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำซ้อน สร้างรูปแบบการดูแลที่เป็นต้นแบบ: กรณีศึกษาของผู้ป่วยรายนี้เป็นต้นแบบให้ PCU พัฒนากระบวนการการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายอื่นๆ ในชุมชนต่อไป

นวัตกรรมเด่น

ชื่อนวัตกรรม: “โมเดลพี่สาว-อสม. คู่ใจ ใส่ใจผู้ป่วยจิตเวชในบ้าน” ที่มาและเหตุผล: จากกรณีศึกษาของผู้ป่วยชาย พบว่าอุปสรรคสำคัญคือ “ผู้ป่วยไม่กินยา” และ “พี่สาวไม่ชอบให้เจ้าหน้าที่เข้าไปยุ่ง” ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาความไว้วางใจและการรับรู้ของครอบครัว นอกจากนี้ ชุมชนยังหวาดกลัวและไม่กล้าเข้าใกล้ นวัตกรรมนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อแก้ไขจุดอ่อนเหล่านี้ โดยใช้กลไกภายในที่เข้าถึงง่ายและเป็นที่ไว้วางใจ สร้าง **“ทีมดูแลใกล้ชิด”** โดยมี: พี่สาว (หรือผู้ดูแลหลักในครอบครัว): ทำหน้าที่เป็น **“ผู้จัดการยา”** และ **“ผู้สังเกตอาการด่านแรก”** โดย มีทีมPCU เป็นที่ปรึกษา และ เน้นการสร้างความเชื่อมั่นว่าการกินยาต่อเนื่องจะช่วยให้น้องชายอาการดีขึ้น และให้คำแนะนำการจัดการยากับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อสม. ที่รู้จักใกล้ชิดและเป็นที่ไว้วางใจของครอบครัว: ทำหน้าที่เป็น **“เพื่อนใจ-สายสืบสุขภาพ”** **“แจ้งอาการเตือน”** เมื่อมีข้อสงสัยหรืออาการผิดปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม: การกินยาต่อเนื่องดีขึ้น: พี่สาวสามารถจัดยาและกระตุ้นเตือนให้น้องชายกินยาได้อย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ: อสม. สามารถแจ้งอาการเตือนได้ทันท่วงที ทำให้ PCUเข้าไปให้การช่วยเหลือได้ก่อนอาการกำเริบรุนแรง ลดความหวาดระแวงของครอบครัว: การใช้บุคคลที่คุ้นเคย (พี่สาวและ อสม. ใกล้ชิด) ทำให้ครอบครัวเปิดใจและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

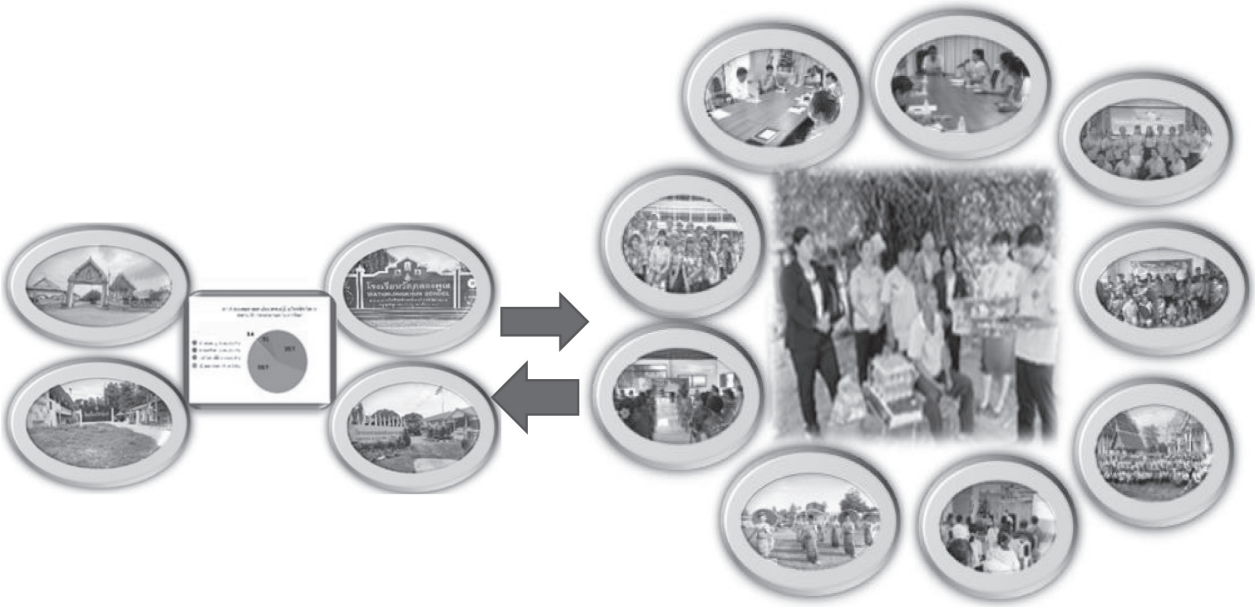
การสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ: PCU ใช้แนวทางเข้าหาครอบครัวอย่างนุ่มนวล ไม่เป็นการคุกคาม การเสริมพลังผู้ดูแล: เน้นการให้ความรู้และทักษะแก่พี่สาว ให้ความสำคัญกับบทบาทของเธอ บทบาทของ อสม.ใกล้ชิด: อสม. เป็นกุญแจสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่าง PCU ครอบครัว และชุมชน ความต่อเนื่องในการติดตาม: การเยี่ยมบ้านและการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

อุปสรรค: ความไม่เต็มใจของพี่สาวในระยะแรก เนื่องจากมองว่าน้องชายอยู่ได้ปกติ **แนวทางแก้ไข:** PCU เน้นการสร้างความเข้าใจทีละน้อย อธิบายถึงประโยชน์ของการกินยาและผลกระทบหากอาการกำเริบ โดยเฉพาะการเน้นที่ “ความปลอดภัยของทุกคนในครอบครัวและชุมชน” และแสดงให้เห็นถึงเจตนาที่ดีในการช่วยเหลือ ไม่ใช่การก้าวก่าย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

นำโมเดลนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชรายอื่นๆ ในชุมชนที่มีปัญหาการดูแลคล้ายคลึงกัน อบรม อสม. เพิ่มเติม: ขยายจำนวนอสม.ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มเติม: พัฒนาโครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างแท้จริง เช่น การจ้างงานผู้ป่วยที่อาการคงที่ในงานที่ไม่ซับซ้อน หรือการจัดกิจกรรมสันทนาการร่วมกัน เพื่อลดอคติและความหวาดกลัวอย่างยั่งยืน มีระบบบันทึกข้อมูลและติดตามผล: พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อติดตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพและปริมาณอย่างต่อเนื่อง และใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อไป หน้าที่ของพื้นที่ Pre hos. ประเมินเป็น ประสานงานและ ส่งต่อ Post hos. ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (อนาคต) มีแผนการเฝ้าระวัง ถ้ามีอาการอีก วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ วางแผนการแก้ไขปัญหา และเริ่มดำเนินการจัดการใหม่อย่างต่อเนื่อง



PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน
(PCU and Community Mental Health Care)

“พลังใจ พลังชุมชน เพื่อสุขภาพยั่งยืน”
การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

นางสาวบุษยา ดำคำ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
หน่วยงานโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ที่มาและความสำคัญ

เขตบริการสุขภาพที่ 3 จังหวัดชัยนาท ที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการกำเริบจนกลับมารักษาซ้ำค่อนข้างสูงกว่าร้อยละ 60 โดยพบมากที่สุดในอำเภอสรรพยาร้อยละ 42 (โรงพยาบาลสรรพยา, 2567) และ มีแนวโน้มการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด จากสถิติข้อมูลในปีงบประมาณ 2561- 2567 อำเภอสรรพยา พบว่าผู้ป่วย จิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 64 โดยสาเหตุของการกำเริบซ้ำที่พบมากที่สุด ได้แก่ สาเหตุ 1) การขาดยาโดยเกิดจากการหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 43.40 เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองหายจากโรคแล้ว และจากการรับประทานยาไม่ครบทุกรายการตามแผนการรักษาของแพทย์ร้อยละ 37.79 อันเป็นผลมาจากผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอน ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 68 ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และบางรายเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น การขาดยา เพราะคิดว่าหายแล้วและรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อคิดเป็นร้อยละ 18.81 (โรงพยาบาลสรรพยา, 2567) จึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นเพื่อการป้องกันการกำเริบซ้ำด้วยการพัฒนาระบบการดูแลระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับนโยบายเพื่อการเข้าถึงบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านทีมหมอครอบครัวมีสหสาขาวิชาชีพที่ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีร่วมกับชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กระบวนการทำงาน

การออกแบบคลินิกหมอครอบครัว “บันได 4 ขั้น” การแบบมีส่วนร่วมแนวทางพัฒนาปฏิบัติการ (PAOR) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก 3) การใช้รูปแบบกลไกลทีมหมอครอบครัว และ4) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบด้วย ทีมหมอครอบครัว ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ชุมชน คืนข้อมูลและจัดทำแผนแบบบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสรรพยาและกำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยทีมหมอครอบครัว อสม. ผ่านการอบรม คัดกรองเบื้องต้น สังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวังให้การดูแลช่วยเหลือ การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อด้วยช่องทางหมอครอบครัวมาโรงพยาบาล ประชุมปรึกษาเคสร่วมกับชุมชน การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และการส่งเสริมการมีคุณค่าของผู้ป่วยป่วยและผู้ดูแล เครือข่ายนอกระบบด้านการประกอบอาชีพและช่วยเหลือทางจิตสังคม

ขั้นตอนที่ 3 การใช้รูปแบบกลไกลทีมหมอครอบครัวด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้จากการรวบรวมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเลขาทีมหรือเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ส่งต่อเชื่อมโยงกับระบบบริการการแพทย์เฉพาะทาง ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยคู่มือการสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบระบบติดตามจากทีมสหวิชาชีพ ด้วยทีม NPCC จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย รพ.สต จำนวน 12 แห่ง รพช. 1 แห่ง เครื่องมือในการสัมภาษณ์ สังเกตด้วยแบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of functioning scale (GAF) และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน CARE-call การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและผู้ดูแลในอำเภอสรรพยา ประเมินคุณภาพของการบริการความพึงพอใจบริการพยาบาลและลดค่าใช้จ่าย

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผล ส่งผลให้อัตราการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทลดลง ผลลัพธ์จากเดิมร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 1.15 (มิถุนายน 68) ในการดูแลรักษาได้ออย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีนโยบายการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทีมหมอครอบครัวที่ชัดเจน
2. การมีส่วนร่วม ทีมงานเข็มแข็งและการประสานงานของทีมหมอครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ สอดส่อง มองหา ใส่ใจ รับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยงระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมแบบไร้รอยต่อ

อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

ปัญหาจากภัยธรรมชาติ อำเภอสรรพยาเป็นพื้นหนึ่งที่ประสบอุทกภัยบ่อยครั้งและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว เนื่องจาก ในพื้นที่ประสบอุทกภัยเป็นอุปสรรคสำหรับการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบจากการขาดยา ทีมหมอครอบครัวพัฒนาระบบ Telemediation ส่งยาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

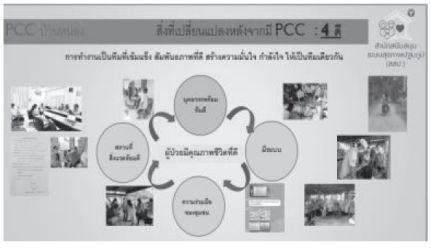
ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาการจัดรูปแบบตามแนวทางปฏิบัติจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน CNPG ทีมสุขภาพ พัฒนาคู่มือการดูแลและติดตามต่อเนื่องขยายกลุ่มเป้าหมายเพื่อการเข้าถึงบริการไร้รอยต่อ

ถอดบทเรียน นวัตกรรม 4 ดี บุคลากรพร้อม ทีมดี มีระบบที่ดีมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ ความร่วมมือของ ชุมชนดี สถานที่ สิ่งแวดล้อมดี







PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน
(PCU and Community Mental Health Care)

การพัฒนาเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ตำบลวังน้ำเขียว โดยคลินิกหมอครอบครัววังน้ำเขียว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลาไหล ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

นางสาววิไลลักษณ์ สกุลหงษ์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลาไหล ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแพงแสน จังหวัดนครปฐม*

ที่มาและความสำคัญ

ตำบลวังน้ำเขียวในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบอัตราการป่วยด้วยโรคทางจิตมีจำนวนที่สูงขึ้นในทุกๆ ปี โดยพบว่าในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนจำนวน 97 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 59 คน ผู้ป่วยซึมเศร้า 38 คน ปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนจำนวน 101 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 64 คน (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2565 จำนวน 6 คน) ผู้ป่วยซึมเศร้า 37 คน และในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียน จำนวน 101 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 65 คน ผู้ป่วยซึมเศร้า 36 คน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลาไหล พบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้นดังนี้ ในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด SMI-V คะแนน OAS = 3 (สีแดง) จำนวน 1 คน คะแนน OAS = 2 (สีส้ม) จำนวน 1 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ 2 คน พ.ศ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด SMI-V คะแนน OAS = 3 (สีแดง) จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยจิตเภทจากการขาดการรักษา คะแนน OAS = 2 (สีส้ม) 1 ราย พบผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ยังไม่เข้ารับการรักษา คะแนน OAS = 1 (สีเหลือง) 4 คน มีผู้ใช้สารเสพติดต้องการเลิกยาเสพติดจำนวน 12 คน รวมผู้ป่วยรายใหม่ 5 คนและในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากการขาดยาและใช้ยาเสพติด SMI-V คะแนน OAS = 3 (สีแดง) จำนวน 1 คน ผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าระบบการรักษา คะแนน OAS = 2 (สีส้ม) จำนวน 2 คน คะแมน OAS = 1 (สีเหลือง) จำนวน 3 คน คะแนนน OAS = 0 (สีเขียว) จำนวน 1 คน พบฆ่าตัวตาย ไม่สำเร็จ 1 ราย พบผู้ป่วยสุขภาพจิตรายใหม่ 6 คน ซึ่งในแต่ละเหตุการณ์สร้างความเสียหาย ความหวาดกลัว ความไม่ปลอดภัยให้กับคนในชุมชน ดังนั้นทาง NPCU วังน้ำเขียว จำเป็นต้องหาแนวทางการค้นหาคัดกรองสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังอาการทางจิต การฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายเชิงรุก เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง บูรณาการทีมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิต พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน พื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต เสริมสร้างสมรรถนะให้แก่ทีมดูแลสุขภาพจิตในชุมชนให้สามารถดูแลจิตใจคนในชุมชนได้อย่างมั่นใจ ใกล้ชิด และทั่วถึง

กระบวนการทำงาน

แบ่งการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็น 3 กลุ่ม

1. กลุ่มปกติ มีขั้นตอนในการดูแลคือ

1.1 นำนโยบายการคัดกรองสุขภาพจิต เข้าแผนพัฒนาชุมชนตำบลวังน้ำเขียว สนับสนุนให้มีการพัฒนางานสุขภาพจิตโดยชุมชนอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน กำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผน และดำเนินการตามแผน รวมไปถึงการบูรณาการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และมีการประสานความร่วมมือด้านทรัพยากร คน เงิน ของ ขับเคลื่อนโดยโครงการ “โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน”

1.2 ร่วมกับชุมชน บูรณาการงานสุขภาพใจภาคประชาชนเข้ากับกิจกรรมของชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีโครงการที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตดังนี้ “โครงการคัดกรองกายและจิต คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง” และ “โครงการส่งเสริมสุขภาพกายและใจผู้สูงอายุ”

1.3 จัดทำเทคโนโลยีสุขภาพจิต ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน เช่น การใช้โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน ตรวจเช็คสุขภาพใจผ่าน QR Code Mental Health Check Up พร้อมกับให้คำแนะนำ

1.4 จัดอบรมให้ความรู้และความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า (20) และกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบประเมินความเครียด (ST-5) เพื่อใช้คัดกรองกลุ่มวัยในชุมชน

1.5 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่างๆ ได้แก่ ติดตามตรวจพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ด้วย 10 XI เครื่องมือ DSPM ในศูนย์เด็กเล็กบ้านดอนซาก จัดกิจกรรมให้ความรู้การจัดการอารมณ์ ผลกระทบเมื่อเป็นเด็กติดเกม รักอย่างถูกต้อง การป้องกันและพูดปฏิเสธยาเสพติดในเด็กโรงเรียนบ้านดอนซาก ให้ความรู้การจัดการความเครียดในวัยทำงาน ส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการ กระตุ้นความจำ ด้วยกิจกรรม “ไม่หลง ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า” ในชมรมผู้สูงอายุ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการเพื่อประเมินจิตใจ เสริมสร้างพลังใจอย่างต่อเนื่อง โดยภาครัฐและเอกชน

2. กลุ่มเสี่ยงป่วยสุขภาพจิต มีขั้นตอนในการดูแลคือ

2.1 ฝึกอบรมแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข คนในชุมชน เรื่องให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือน เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงป่วยทางจิต ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ และทราบแนวทางในการปฏิบัติเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงป่วยด้านสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.2 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลาไหลประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม (9Q8Q, PTST-20, MMSE-Thai 2002, MoCa, Assist, AUDIT และแบบคัดกรอง ASSIST V 3.1) พร้อมให้คำแนะนำ

2.3 จัดให้บริการให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา ผู้ที่มีปัญหาเสี่ยงสุขภาพจิต โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2.4 ส่งเสริมการปรับตัว ช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสามารถปรับตัวเข้ากับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ได้

2.5 ติดตามและประเมินผลการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

2.6 ขอรับคำปรึกษาจากแม่ข่าย แพทย์ประจำ NPCU วังน้ำเขียว คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลกำแพงแสน ในกลุ่มเสี่ยงที่เกินขีดความสามารถ

2.7 ส่งต่อผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่เข้มงวดกว่า ไม่สามารถใช้ชุมชนดูแลซึ่งกันและกันได้ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. กลุ่มป่วยด้วยโรคทางจิต มีขั้นตอนในการดูแลคือ

3.1 ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิตตำบลวังน้ำเขียว ร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ป้องกันอาการทางจิตกำเริบ โดยดำเนินงานผ่าน “โครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ภาคีเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน” มุ่งเน้นกิจกรรมเชิงรุกด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3.2 ทีมสุขภาพจิตของ NPCU วังน้ำเขียว คอยให้การสนับสนุนและรับฟังปัญหา รวมทั้งถ่ายทอดความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตกับผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการของผู้ดูแลและตามความต้องการของชมชน

3.3 ขอรับการสนับสนุนกลุ่มยาทางจิต จากแม่ข่ายเป็น Pre-Pack และเบิกยาไว้เป็น Stork เพื่อจ่ายให้ผู้ป่วยทางจิต ได้เข้าถึงบริการด้านการใช้ยา สะดวก รวดเร็วและมีความต่อเนื่อง

3.4 ทีมสุขภาพจิต NPCU วังน้ำเขียว ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิต ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่เสี่ยงต่อการขาดยา โดยนำยาไปให้ และฉีดยาจิตเวชให้ที่บ้านทุก 1 เดือนอย่างต่อเนื่อง

3.5 จัดให้บริการคลินิกให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยเทคนิคสนทนาเพื่อการบำบัด

ผลลัพธ์ถึงประชาชน

1. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการพยาบาลได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. หลังจากดำเนินกิจกรรมมุ่งเน้นส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เห็นประโยชน์ที่ได้รับโดยตรงจากการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3. ติดตามสถานการณ์การดำเนินโรคทางจิต ในปี พ.ศ.2568 ยังไม่พบผู้ป่วยสขภาพจิตและจิตเวชรายใหม่และไม่พบผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ ไม่มีพบรายงานผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่รักษาอยู่ที่ NPCU วังน้ำเขียว ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงแสน

4. ประชาชนสามารถมีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระดับปรมภูมิได้ และเข้าใจผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

5. ประชาชนให้ความร่วมมือในการคัดกรองสุขภาพจิต ด้วยเครื่องมือคัดกรอง 2Q, 20 plus และ ST-5 มากยิ่งขึ้น

ผลงานเด่น/นวัตกรรม/Base Practice (กลุ่มป่วย)

1. การพัฒนาเครือข่ายบริการในการดูแล ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ต้าบลวังน้ำเขียว



ที่มาของนวัตกรรม

จากการวิเคราะห์ชุมชน กำหนดให้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหา อันดับที่ 5 ของตำบลวังน้ำเขียว โดย พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนจำนวน 97 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 59 คน ผู้ป่วยซึมเศร้า 38 คน ปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2565 จำนวน 5 คน และในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2566 จำนวน 6 คน พบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการใช้สารเสพติด (SMI-V) จำนวน 5 คน พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการขาดยาขาดการรักษา (SMI-V) จำนวน 5 คน พบฆ่าตัวตาย ไม่สำเร็จ 1 ราย และยังมีผู้ใช้สารเสพติดต้องการเลิกยาเสพติด จำนวน 12 คน ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจะได้รับการจัดการก็ต่อเมื่อคนในชุมชนเข้าใจปัญหา ตระหนักในการป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีความรู้เรื่องแนวทางในการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาต่างๆ ดังนั้นทาง NPCU วังน้ำเขียว (รพ.สต.บ้านหนองปลาไหล) จึงโดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตที่เข็มแข็ง บูรณาการทีมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิต เสริมสร้างสมรรถนะให้แก่ทีมดูแลสุขภาพจิตในชุมชนให้สามารถดูแลจิตใจคนในชุมชนได้อย่างมั่นใจ ใกล้ชิด และทั่วถึง โดยขับเคลื่อนผ่าน “โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน” ซึ่งได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 - 2568

กิจกรรมที่ดำเนินการมีดังต่อไปนี้

กิจกรรมอบรมให้ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพจิตชมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย แกนนำสุขภาพ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ที่สนใจทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ป่วยทางจิตที่อาการสงบ และผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต อาการผิดปกติของโรคทางจิต การดูแลที่เหมาะสม และกิจกรรม ฐาน 3 ฐาน ดังนี้ 1) ฐานกะหล่ำปลี เล่นเกมสอดแทรกการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต 2) ฐานการใช้เครื่องมือสุขภาพจิต 3) ฐานจำลองเหตุการณ์สมมุติ (Role Play) สาธิตการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินด้วยวิธีที่ปลอดภัย แนวทางการส่งส่งต่อที่เหมาะสม และกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ตัวอย่างภาพกิจกรรม



ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

1. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้และแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน เฝ้าระวังอาการทางจิตได้
2. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ในการจำกัดพฤติกรรม และเข้าใจแนวทางส่งต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ (SMI-V) พร้อมกับเข้าใจอาการเตือน 5 ธงแดง (5 Red flags)
3. ประชาชนในชุมชนตำบลวังน้ำเขียวสามารถเข้าถึงเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตต่างๆ เช่น 2Q, ST-5 โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้ในสถานบริการปฐมภูมิ NPCU วังน้ำเขียว (รพ.สต.สต.บ้านหนองปลาไหล)
4. ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อาการไม่กำเริบ
5. เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. นวัตกรรม “Plalai Express” ด้วยระบบ “โทรนัด จัดเช้า บ่ายถึง สบายใจหายห่วง”



ที่มาของนวัตกรรม

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่อาการทางจิตกำเริบจากการขาดยา เนื่องจากความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วย ขาดการสนับสนุนที่ดีจากผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย เกิดปัญหาเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุม ทำให้เกิดปัญหาระดับชุมชน จึงเกิดนวัตกรรม “Plalai Express” NPCU วังน้ำเขียว มียาสุขภาพจิตชนิดฉีดแบบฉุกเฉินและแบบฉีดทุก 1 เดือน มียาสุขภาพจิตและจิตเวชชนิดรับประทานอีก 15 รายการ มีระบบการส่งยาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มขาดยา การทำงานจะเน้นทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุม โดย “โทรนัด จัดเช้า บ่ายถึง สบายใจหายห่วง” ผู้ที่ร่วมดำเนินงานทีมเครือข่ายสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ NPCU วังน้ำเขียว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช และแกนนำชุมชน และเป็นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม (ผลงานการด้าเนินงาน ณ ปัจจุบัน)

ประเภทผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	จำนวนทั้งหมด (คน)	เข้ารับบริการที่ NPCU วังน้ำเขียว	
		จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
Depression	36	5	13.88
Schizophrenia	65	22	33.55
โรคสุขภาพจิตประเภทอื่นๆ	4	3	75.00
รับยา Pre-pack	8	8	100
ติดตามรักษาด้วยยาฉีด	12	12	100
HHC ฉีดยาให้ที่บ้าน	8	8	100
ผู้ป่วยซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ	0	0	0

3. นวัตกรรมจิตอาสาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช



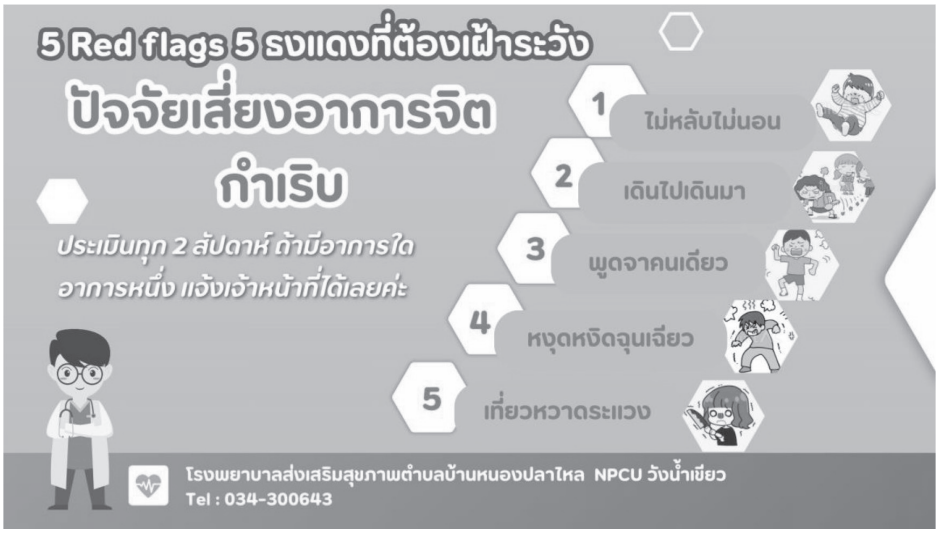
ที่มาของนวัตกรรม

หลังจากดำเนิน “โครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ภาคีเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน” แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตระหนักถึงการร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ป้องกันอาการทางจิตกำเริบ โดยมุ่งเน้นกิจกรรมเชิงรุก ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอในรายที่เสี่ยง เฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบ ติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลมาเล่าสู่กันฟังในวันประชุมประจำเดือนหน่วยงานเอกชน ร่วมกับ NPCU วังน้ำเขียว (รพ.สต.บ้านหนองปลาไหล) ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อมอบสิ่งของ เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม (ผลงานการด้าเนินงาน ณ ปัจจุบัน)

ประเภทผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	จำนวนทั้งหมด (คน)	เข้ารับบริการที่ NPCU วังน้ำเขียว	
		จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
Depression	36	5	13.88
Schizophrenia	65	22	33.55
โรคสุขภาพจิตประเภทอื่นๆ	4	3	75.00
HHC โดยทีมจิตอาสาเยี่ยมบ้าน	105	25	23.81
HHC โดยที่ภาครัฐและเอกชน	105	7	6.67
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากการขาดยา	105	2	1.90

4. นวัตกรรม “เฝ้าระวังได้ไวกว่าใคร แค่ใส่ใจ 5 ธงแดง”



ที่มาของนวัตกรรม

ผู้ดูแลผู้ป่วยผู้บัวยจิตเวช เข้าใจว่าอาการทางจิตที่ไม่ก่อความรุนแรงเป็นอาการปกติของผู้ป่วย ขาดความรู้ในการสังเกตผู้ป่วยจิตเวทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง รอจนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V) สร้างความเสียหายต่อบุคคลและทรัพย์สิน สร้างความหวาดกลัวของคนในชุมชน และใช้ทีมที่มีศักยภาพสูงในการจำกัดพฤติกรรมก่อนนำส่งโรงพยาบาลกำแพงแพงแสน จึงได้จัดทำสติกเกอร์อธิบาย อาการ 5 5 ธงแดง (5 Red Flags) แปะไว้ที่บ้านผู้ป่วย พร้อมกับให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแล ในการทำแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบทุก 2 สัปดาห์ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลาไหลหรือแจ้งเครือข่ายสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม

1. มีแนวทางให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในเรื่องการสังเกตและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
2. ญาติ/ผู้ดูแล คนในชุมชน เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเมื่อมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SM4-V) ลดลงจากเดิม

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน การประสานความร่วมมือ บูรณาการ คน เงิน ของ ร่วมกันทุกภาคส่วนในระดับตำบลและระดับอำเภอ
2. ทุนทางสังคมของพื้นที่มีผลให้คนในชุมชนมีความภาคภูมิใจและผูกพันสร้างจิตสำนึกความเป็นห่วงเป็นใยต่อชุมชนของตน การมีส่วนร่วมของในการตัดสินใจและการดำเนินงานนำไปสู่กิจกรรมที่ยังยืนและความรู้สึกเป็นเจ้าของ
3. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช
4. การให้ความสำคัญจากผู้นำชุมชนในการดำเนินการและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต
5. นโยบายสนับสนุนที่จริงจังในการดำเนินงานสุขภาพใจภาคประชาชนโดยความร่วมมืออย่างเป็นทางการจากตัวแทนผู้นำชุมชน

ปัญหาและอุปสรรค

ผู้ป่วยจิตเวชบางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว สร้างความเสียหายของทรัพย์สินตนเองและผู้อื่น และทำให้เกิดความหวาดกลัวของทีมเจ้าหน้าที่ ครอบครัวผู้ป่วย แกนนำชุมชน ถ้าเจ้าหน้าที่ ครอบครัวผู้ป่วย แกนนำชุมชน รวมถึงประชาชนทั่วไปมีความรู้ในการใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการจิตกำเริบ (5 Red flags) และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ก็จะทำให้ความหวาดกลัวลดลง มีความกล้าที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

1. อยากให้มีเวทีวิชาการแบบนี้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้นำผลงานด้านเด่นๆ ดีๆ ไปปรับใช้กับพื้นที่ของตนเอง
2. อยากให้ทุกชุมชนตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อดูแลคนในชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน
3. อยากให้มีพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ในสถานบริการระดับปฐมภูมิให้มากยิ่งขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ส่งเสริม ป้องกันและจัดการ ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เชื่อว่าจะสามารถลดปัญหาสุขภาพจิตในระดับประเทศได้

4. คนใช้สุขภาพจิตทุกคนมีหัวใจ ใช้ใจดูแลเขา แล้วเราจะเข้าใจตัวอย่างรูปภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของ NPCU วังน้ำเขียว

ตัวอย่างรูปภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของ NPCU วังน้ำเขียว



PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน
(PCU and Community Mental Health Care)

เครือข่ายชุมชนค้อวัง หัวใจดี ร่วมประสานส่งต่อ ผู้ป่วย SMIV เข้าสู่กระบวนการรักษา

นางธันยาภัทร์ ทองมูล *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลค้อวัง

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชอำเภอค้อวัง มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จำนวน 619 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) จำนวน 71 คน (งานสุขภาพจิต รพ.ค้อวัง, 2567) มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายคนอื่น ในปี 2567 จำนวน 10 ครั้ง ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาไม่ร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.33 กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.33 ขาดยา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.66 มีอาการกำเริบซ้ำทุกเดือน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.66 จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคแบบเรื้อรังและเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีความจำเป็น ในการวางระบบหรือรูปแบบเพื่อจัดการพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการนำเข้าสู่บริการที่รวดเร็ว โดยมีเป้าหมายของการดูแล เพื่อลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงคือการให้ความสำคัญของการประเมินและคัดกรองอาการเบื้องต้น เพื่อนำผู้ป่วยเข้ามาสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและปลอดภัยโดยการใช้แบบประเมินการมีพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) และปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags) ได้ถูกต้องรวมทั้งจัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับ รับ/ส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การสร้างความร่วมมือ ให้มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและกำหนดบทบาทหน้าที่ต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจึงมีความสำคัญ ในการนำผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้าสู่การรักษาและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างปลอดภัยปลอดภัย

กระบวนการทำงาน

ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)ขั้นการวางแผน (Planning) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผลกระทบและวางแผนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) พัฒนาโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีแผนการสอนทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติมีกิจกรรมทั้งหมด 8 บท ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง (ครั้งละ 2 บท) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ อบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชน ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการจัดการกรณีฉุกเฉินในชุมชน คัดกรองปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย SMIV 3) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observing) เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานที่ได้ดำเนินการแล้ว ถอดบทเรียน 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting) การสนทนากลุ่มทดลองใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย SMIV

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)อำเภอค้อวังมีประโยชน์มากผู้ป่วย(SMI-V) ทุกรายได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ชุมชนมีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือน/อาการกำเริบ ประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้ง ต่อตนเอง หรือผู้อื่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลช่วยเหลือและจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยมี รายละเอียด ดังนี้

1. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวัง หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้แก่ กู้ชีพในระดับตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. ในการประเมินอาการผู้ป่วย SMI-V
2. ญาติ,ผู้นำชุมชน,อสม. ใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ(5 Red flags) หากพบว่ามีความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบข้อใดข้อหนึ่ง แจ้งต่อจนท. รพ.สต./จนท.โรงพยาบาล ในระหว่างนี้ญาติเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เก็บอุปกรณ์ของมีคมและอาวุธต่างๆ และไม่ควรพูดจาหรือมีท่าที ยั่วยุผู้ป่วย
3. จนท.รพ.สต.และพยาบาลแบบประเมิน (OAS) หลังจากได้รับแจ้ง (ประเมินผ่านทางโทรศัพท์) โดยการโทรถามอาการของผู้ป่วยจากญาติ, ผู้นำชุมชน, อสม.) และแจ้งผลการประเมิน (OAS) แก่ญาติ, ผู้นำชุมชน ,อสม.)
4. ญาติ, ผู้นำชุมชน, อสม.โทรประสานจนท.ตำรวจ 191 ประสานกู้ชีพ 1669 เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา
5. จนท.ตำรวจ ควบคุมสถานการณ์ ดูแลความปลอดภัย ร่วมเจรจาต่อรอง โทรประสานเจ้าหน้าที่รพ.ล่วงหน้า
6. เจ้าหน้าที่กู้ชีพช่วยเหลือพนักงานในการระงับเหตุและช่วยนำผู้ป่วยโรคจิตพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปโรงพยาบาล
7. แพทย์ พยาบาล ให้การดูแลรักษาตามเกณฑ์การรักษา (รับไว้รักษาในโรงพยาบาล/ส่งต่อ)
8. เครือข่ายในชุมชนติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต่อเนื่องในชุมชน ประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบและพฤติกรรมความรุนแรง ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

ผลลัพธ์เชิงปริมาณ	ค่าเป้าหมาย	2566	2567	2568 (ต.ค.67-พ.ค.68)
1. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการติดตาม เฝ้าระวังต่อเนื่องในชุมชนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ 90	90.18	95.77	98.59
2. อัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายใน 1 ปี	< 10%	5.63	4.22	2.81
3. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น	0%	0	0	0
4. อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	< 5%	5.63	4.22	2.81

จากผลการพัฒนารูปแบบส่งผลให้อำเภอค้อวังมีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีการกำหนดบทบาทในการดูแลอย่างชัดเจนนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง ตอบสนองนโยบายของกรมสุขภาพจิตในการผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

นวัตกรรมเด่น

ชื่อนวัตกรรม “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) อำเภอค้อวัง”

ที่มาของนวัตกรรม อำเภอค้อวังมีความยุ่งยากซับซ้อน ขาดการมีส่วนร่วมในการนำผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าสู่กระบวนการรักษา ไม่มีรูปแบบการประสานเชื่อมโยงการส่งต่อที่ชัดเจน เครือข่ายไม่ทราบบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นวัตกรรมคือการปรับปรุงรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน โดยนำแนวคิดและความรู้มาฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ ญาติ,อสม.จนทสาธารณสุข, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, กู้ชีพ1669, ตำรวจ, ปกครอง โดยพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชออกแบบและต้องประยุกต์ใช้ความรู้ทักษะตามแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรม ของโรเจอร์ 5 ระยะ มาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อสร้างการยอมรับของภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์ที่ได้จากนวัตกรรม อำเภอค้อวังมีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จ

การกำหนดบทบาทในการดูแลอย่างชัดเจนนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง ตอบสนองนโยบายของกรมสุขภาพจิต

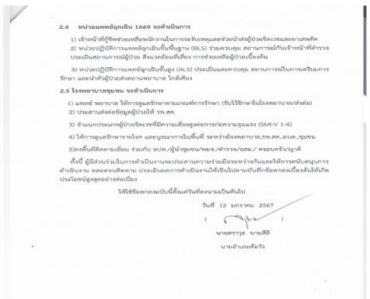
อุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข

การสร้างองค์ความรู้ จนเป็นผลให้เกิดการเข้าใจและมั่นใจและเกิดการปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง ต้องใช้เวลา เนื่องจากมีข้อจำกัดของภาคีเครือข่ายบางคนที่ไม่มั่นใจในองค์ความรู้ของตัวเอง แนวทางแก้ไข ฝึกปฏิบัติและการทดลองปฏิบัติซ้ำๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ต่อยอด และขยายผล

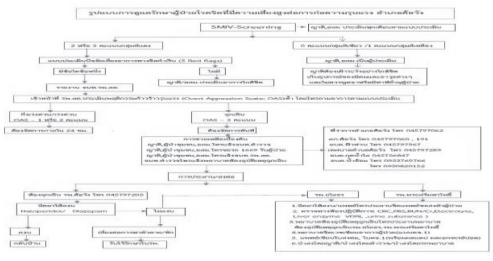
ควรมีการติดตามประเมินด้านการกินยาของผู้ป่วย SMI-V











PCU คุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน
(PCU and Community Mental Health Care)

PCU ตุยงคุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

พว.อังคณา วังทอง *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ*
และเครือข่ายจิตเวชและสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

ที่มาและความสำคัญ

อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามถึงร้อยละ 90 ทำให้การดูแลสุขภาพจิตต้องอาศัยความเข้าใจถึงความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม จากข้อมูลช่วงปี 2564-2567 พบว่า กลุ่มวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (8 ราย) และไม่สำเร็จ (14 ราย) อยู่ในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุดรวม 17 ราย (ร้อยละ 77.27) กลุ่มวัยรุ่น 4 ราย (ร้อยละ 18.18) และผู้สูงอายุ 1 ราย (ร้อยละ 4.55) ผู้ลงมือทำร้ายตนเองทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 68.18 และยังพบปัญหาที่สำคัญ คือ มีผู้ป่วยร้อยละ 36.37 เข้าสู่ระบบล่าช้า เนื่องจากรู้สึกอาย ไม่อยากให้ใครรู้ กลัวถูกตีตรา เพราะเป็นข้อห้ามทางศาสนา เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม อำเภอหนองจิกจึงพัฒนาแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต เป็นการทำงานแบบเครือข่ายครอบคลุมและมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและศาสนา ภายใต้โครงการการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้วย Transformation Mental Health in Primary Health Care “คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว” เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ดูแลแบบองค์รวม ให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจร่วมดูแลสุขภาพผ่านกลไก **“PCU ตุยงคุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี”**

กระบวนการทำงาน

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินงานดูแลแบบองค์รวม ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยวัคซีนใจ สร้างสุข...ก่อนซ่อมแซม...Mental Health in PCU ประกอบด้วย ให้บริการตามมาตรฐานและส่งเสริมสุขภาพจิตโดยทีมหมอครอบครัว ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัวและ ระดับชุมชนภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรม

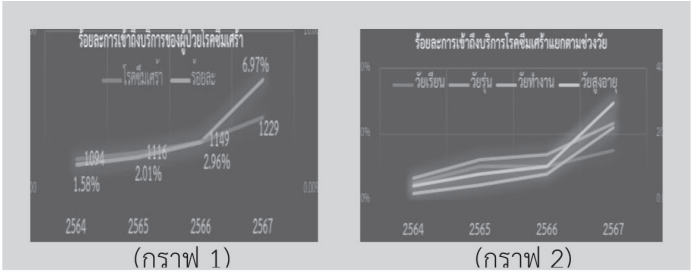
ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนชุมชน ร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน - กำหนด – จัดทำ - ดำเนินการตามแผน - ผลักดันนโยบายบูรณาการดำเนินงาน ภายใต้โครงการการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประยุกต์ใช้คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว ในการสร้างวัคซีนใจ (4สร้าง2ใช้) เพิ่มภูมิคุ้มกันทางใจให้กับประชาชน ผ่านกลไก “PCU ตุยงคุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี”

ขั้นตอนที่ 3 PCU ตุยงคุณภาพกับการดูแลจิตใจในชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (Model 1) เป็นการผสมผสานพัฒนาเครือข่าย สร้างวัคซีนใจและ มีทีม 3 หมอในการเสริมพลังการมีส่วนร่วม ดังนี้ **SLAM (สลาม)** ประกอบด้วย **S–Structures** มีทีม 3 หมอเป็นกลไกหลัก เชื่อมโยงหน่วยบริการ ผู้นำศาสนา อปท. และชุมชน เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ **L–Law** มีทีม 3 หมอ เผยแพร่ความรู้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต และส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่ตีตรา **A–Area** ใช้พื้นที่ (วัด/มัสยิด) เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เข้าใจความหลากหลายทาง

วัฒนธรรมและศาสนา โดยทีม 3 หมอ เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับชุมชนและ **M–Maintain** มีทีม 3 หมอ ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้เทคนิคให้คำปรึกษา **(SBC)/(MI)** สร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน นำไปสู่การเสริมสร้างความรอบรู้ **"หนองจิกตาฮู (TAHU) รู้จริง"** หลัก 3ส2ข (สอดส่องมอง หา ใส่ใจ รับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง ให้ข้อมูลและให้เข้าถึงบริการ) โดยทีมหมอครอบครัว (3 หมอ)

(Model1) Nongjik SLAM mechanism





(กราฟ 1) (กราฟ 2)

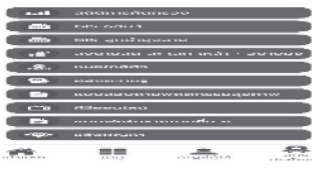
ผลลัพธ์ถึงประชาชน

- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กราฟ 1) และผู้ป่วยโรคจิตเวช SMI-V เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.97 และ 9.20 ตามลำดับ แสดงถึงการทำงานเชิงรุกและความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับเครือข่ายชุมชน
- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แยกตามช่วงวัยเพิ่มขึ้น (กราฟ 2) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นและวัยทำงาน ที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เป็นผลจากการมีส่วนร่วมและใช้เทคนิคให้คำปรึกษา (SBC)/(MI) สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการดูแลได้ด้วยตนเอง
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่ำกว่าเป้าหมายทุกปี และร้อยละ 100 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี แสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลผู้ป่วย ใช้ความเข้าใจตามบริบทของพื้นที่และยอมรับในการเจ็บป่วยมากขึ้น ลดการตีตรา เป็นต้น
- ให้คำปรึกษา Counselling in Primary Health Care โดย MI group ในกลุ่ม DM remission rate จำนวน 3 ครั้ง พบว่าผลของระดับน้ำตาลดีขึ้นตามลำดับและดำเนินการ SBC ในกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต (อยู่ในช่วงเก็บข้อมูล)

ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ด้วยเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งและภาคีเครือข่ายที่ดี
- ประยุกต์ใช้คู่มือสร้างสุข ผ่าน Nongjik SLAM mechanism model ร่วมกับโปรแกรมวัคซีนใจ โดยทีม 3 หมอ ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรม เมื่อองค์ประกอบทำงานประสานกันอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระบบสุขภาพจิตในชุมชนเข้มแข็ง สู่ผลลัพธ์ในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต 4 มิติอย่างเป็นรูปธรรม
- ใช้กลไกของ 3 หมอ (3 หมอรู้จักคุณ, หมอประจำตัวครอบครัวละ 3 คน, หลักสูตร 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด) สอดคล้องบริบทพื้นที่และ ใช้โปรแกรม 3 หมอ + (Community set ZERO plus)



นวัตกรรมเด่น

ประยุกต์ใช้คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว เกิด**คู่มือและแผนการดูแล (care plan) ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย** (1,000 วันสู่ 20,000 วันplus) โดยทีมหมอครอบครัว (3 หมอ) ร่วมกับคณะทำงาน พรบ.สุขภาพจิตและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) **“หนองจิกตาฮู (TAHU) รู้จริง”** ประเมินอาการผู้ป่วย 10 ด้าน ให้กำลังใจ เป็นพี่เลี้ยงและแนะนำการดูแลตนเองตามวิถีชีวิต PCU ตุยงตำบลมหัศจรรย์ฮูกมปากัต และขยายเครือข่ายไปทั้งอำเภอ เพื่อลดการทำร้ายตนเอง ลดอาการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการเข้าถึง ยกระดับคุณภาพชีวิต เป็นต้น







กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH