



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๕/๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๑.	นางสาวพัชรภรณ์ บุญจ้อย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๕ กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพจิต วัยสูงอายุ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๕ กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพจิต วัยสูงอายุ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ลำพัง
๒.	นางสาวทิพย์วดี อาจพงษา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังและมีภาวะ โรคร่วมทางกาย (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบบูรณาการ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในระยะอาการ ทางจิตสงบ
๓.	นางสาวอำไพ โพธิ์คำ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๘๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๘๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยง ฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) เพื่อลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย



ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวพัชรภรณ์ บุญจ้อย

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ
ด้าน (ถ้ามี) สาธารณสุข ตำแหน่งเลขที่ 3305 กลุ่มงาน พัฒนาสุขภาพจิต วัยสูงอายุ
หน่วยงาน กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2568

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานในสายวิชาชีพ
นักวิชาการสาธารณสุข โดยปฏิบัติงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการ

1. ศึกษา ค้นคว้าและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สถานการณ์หรือแนวโน้มที่ส่งผล
ต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะ
ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

ด้านการวางแผน

1. วางแผนดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. วางแผนและให้ข้อเสนอแนะในส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ด้านการประสานงาน

ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสูงอายุ เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ด้านการบริการ

ร่วมให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อให้
ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุเกิดความสะดวกและได้รับข้อมูลอย่างเหมาะสม

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือประชากร อายุตั้งแต่ 60 ปี
ขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)
ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลงเรื่อย ๆ ถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรไทย ยังคงเป็นเช่นนี้
ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป
มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20) (สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ, 2567) โดยระบบสุขภาพจัดแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มเพื่อใช้จำแนกตามภาวะพึ่งพิง โดยคัดกรอง
จากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ADL (Barthel Activities of Daily Living
: ADL) คือ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ มีผลคะแนน
แบบประเมิน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือ
ตนเองได้บ้าง มีผลคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนนและ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง
ได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้มีผลคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (ศศิธร ชิตนาคีและคณะ, 2562)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา จากการสำรวจพบว่า ประมาณ 14% ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบภาวะความผิดปกติทางจิต โดยคิดเป็น 10.6% ของภาวะทุพพลภาพทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคทางจิตที่พบมากที่สุด คือโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล นอกจากนี้ โดยเฉลี่ยทั่วโลก เกือบ 1 ใน 4 ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (27.2%) เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (องค์การอนามัยโลก, 2023) สำหรับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และมีปัญหาเกี่ยวกับเพศ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่อยู่ใน 5 อันดับแรก คือ โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า (สุนิสา คำชื่นและคณะ, 2563) และพบข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด 10.39 ต่อแสนประชากร ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การอยู่โดดเดี่ยว การสูญเสียคู่สมรส ปัญหาทางการเงิน สุขภาพที่เสื่อมถอย และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า (ศุภชัย ใญะระวีการฆ่าตัวตาย, 2566) ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1. ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การใช้ธรรมะ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่เพียงพอ รายได้ สถานภาพครอบครัว การไม่ดื่มสุราและติดสารเสพติด ความพอใจในสุขภาพ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และความเพียงพอของรายได้ เป็นต้น 2. ปัจจัยจากครอบครัว เช่น การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ 3. ปัจจัยจากชุมชน เช่น การจัดบริการในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย ชุมชนแกนนำชุมชน เพื่อสร้างความอบอุ่นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4. ปัจจัยด้านสถานพยาบาลการเข้าถึงบริการ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการคัดกรองดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับความรู้ การได้รับคำปรึกษารายบุคคล 5. ปัจจัยด้านการเสริมสร้างการเรียนรู้และสุขภาวะทางปัญญา พบว่า การสอนให้ประชาชนรู้จักคุณค่าของชีวิต เปิดปัญญามองหาคุณค่าในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป หาความหมายต่ออนุชนรุ่นหลัง และมีชีวิตที่พร้อมทำหน้าที่ในการตายอย่างสมเกียรติอย่างมีคุณค่า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้

การคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น การดำเนินการดังกล่าวสามารถทำได้ผ่านการใช้เครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q PLUS) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อได้ผลคัดกรองจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q PLUS) ว่า มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและ/หรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แล้วจึงประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าและประเมินการฆ่าตัวตายด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และ/หรือแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) หลังจากประเมินแล้วผลพบว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าที่คะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป และ/หรือ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จึงส่งให้แพทย์วินิจฉัยโรคโดยใช้ค่าคะแนนของ 9Q และ/หรือ 8Q ประกอบการวินิจฉัยโรค และให้การรักษาต่อไป

ในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขที่มีบทบาทภารกิจในการผลักดันและสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในประเด็นดังกล่าว ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้นำข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้วางแผนดำเนินการเฝ้าระวังส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมทั้ง 5 มิติ ได้แก่ 1. สุขสบาย (Health) 2. สุขสนุก (Recreation) 3. สุขสง่า (Integrity) 4. สุขสว่าง (Cognition) 5. สุขสงบ (Peacefulness) (สุจริต สุวรรณชีพ, 2554) ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) กำหนดหัวข้อที่จะทำการศึกษาจากประเด็นปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุศึกษาค้นคว้าจากเอกสารทบทวนองค์ความรู้ งานวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- 2) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล
- 3) วิเคราะห์ข้อมูล โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ข้อมูลระดับทุติยภูมิของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐานทั่วไป หมวดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q Plus) รายงานการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และรายงานการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง ของผู้สูงอายุคนไทย และในเขตสุขภาพที่ 1-12 ปี พ.ศ. 2567

เป้าหมายของงาน

- 1) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(2Q Plus) ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย(8Q) ผิดปกติ ของผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 ในกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
- 2) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(2Q Plus) ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย(8Q) ผิดปกติ ของเขตสุขภาพที่ 1-12 ปี พ.ศ. 2567

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ศึกษารายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) รายงานการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และรายงานการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ของผู้สูงอายุคนไทย และในเขตสุขภาพที่ 1-12 ปี พ.ศ. 2567 ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ดังนี้

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

1) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

จากการคัดกรองโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความผิดปกติร้อยละ 0.34 กลุ่มติดบ้านมีความผิดปกติ ร้อยละ 2.42 และกลุ่มติดเตียงมีความผิดปกติ ร้อยละ 3.23 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 0.44 และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 0.89

จากการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) (ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี 2Q ผิดปกติ) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีภาวะซึมเศร้าน้อย ร้อยละ 25.53 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.77 และภาวะซึมเศรารุนแรง ร้อยละ 1.90 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะซึมเศร้าน้อย ร้อยละ 28.86 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.75 และภาวะซึมเศรารุนแรง ร้อยละ 1.02 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีภาวะซึมเศร้าน้อย ร้อยละ 30.97 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.42 และภาวะซึมเศรารุนแรง ร้อยละ 0.88

จากการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) (ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี 9Q ผิดปกติ) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีแนวโน้มฆ่าตัวตายน้อย ร้อยละ 21.74 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง ร้อยละ 3.24 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง ร้อยละ 2.26 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีแนวโน้มฆ่าตัวตายน้อย ร้อยละ 20.13 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง ร้อยละ 4.55 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง ร้อยละ 1.30 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายน้อย ร้อยละ 13.64 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง ร้อยละ 2.27 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง ร้อยละ 4.55

2) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 ในเขตสุขภาพที่ 1-12

จากการคัดกรองโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีความผิดปกติสูงสุดถึงร้อยละ 3.73 เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 1.94 เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 1.65 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่มีผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงสุดได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 0.63 เขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 0.53 เขตสุขภาพที่ 6,9 และ 12 ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่มีผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 3.20 เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 1.53 และเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 1.15 ตามลำดับ

จากการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) (ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี 2Q ผิดปกติ) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 57.53 เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 38.64 และเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 35.14 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 13.57 เขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 10.09 และเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 10.36 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 12.20 เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 3.54 และเขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 3.14 ตามลำดับ

จากการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) (ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี 9Q ผิดปกติ) ผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายน้อย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 34.17 เขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 34.16 และเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 33.64 ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 7.50 เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 5.31 และเขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 5.14 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 7.48 เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 4.17 และเขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 3.44 ตามลำดับ

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและอาจนำไปสู่ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว สังคม และบุคลากรทางการแพทย์ หากมีการเฝ้าระวัง ติดตามและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะสามารถลดความเสี่ยงและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ การศึกษานี้จะช่วยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทราบสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถนำไปวางแผนการดำเนินงานและบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 1) ทราบถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) ผลการศึกษาสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน และเฝ้าระวัง ติดตาม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การนำข้อมูลที่มีอยู่ในระบบทุติยภูมิมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยสูงอายุ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เขตสุขภาพที่ 13 ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่คัดกรองในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) จึงไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

9) ข้อเสนอแนะ

1) ส่งเสริมให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถานการณ์เพื่อวางแผนการเฝ้าระวัง ติดตาม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2) มีการจัดระบบการเฝ้าระวัง ติดตาม และส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการวางแผนเชิงวิชาการจากสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (รวมผู้ขอประเมินผลงานด้วย) ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาวพัชราภรณ์ บุญจ้อย	100	

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้

หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีผลงานร่วมรายใดได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวพัชรภรณ์ บุญจ้อย

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติการ
ด้านสาธารณสุข ตำแหน่งเลขที่ 3305 กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพจิต วัยสูงอายุ
หน่วยงาน กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง

2) หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้ว และกลายเป็นสังคมสูงอายุแล้วนั้น มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะอยู่ตามลำพังคนเดียว และตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้นสูงขึ้น จากข้อมูลรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2018) พบว่า ในปีพ.ศ. 2553 จากทั่วโลก 143 ประเทศ มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวอยู่ ประมาณร้อยละ 12 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในทวีปยุโรป ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้นพบสัดส่วนสูง ถึงร้อยละ 15 โดยเฉพาะผู้สูงอายุในทวีปยุโรป และอเมริกาเหนือ สำหรับผู้สูงอายุในทวีปเอเชียและแอฟริกา จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวและคู่สมรสเท่านั้น อยู่ในสัดส่วนน้อยกว่าแต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน (ศุทธิดา ขววันและคณะ, 2563) สำหรับประเทศไทย ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 22.6 และ น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.9 อย่างไรก็ตาม ลักษณะการอยู่อาศัยของ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ใน ปีพ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2567 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเพศและอายุของ ประชากร ครอบครัวยุคใหม่มีขนาดเล็กลง ใน ขณะเดียวกันการย้ายถิ่น และการขยายตัวของเมือง ทำให้เกิดรูปแบบของครัวเรือนที่หลากหลายมากขึ้น แนวโน้มที่ สูงขึ้นของ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง ห่างไกลจากลูก หลาน และญาติ (ผศ.ดร.ศุทธิดา ขววัน และคณะ, 2563)

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุคนไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 0.44 และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 0.89 การศึกษานี้ช่วยให้ทราบถึง สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ลำพังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขที่มีบทบาทภารกิจในการผลักดันและสนับสนุนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญใน ประเด็นดังกล่าว เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านจิตใจมากกว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอื่น การเตรียมความพร้อม การสนับสนุนและการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่อาศัย ตามลำพังสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุขได้

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังนั้น พบว่าต้องรับภาระดูแลสภาพความเป็นอยู่และดูแลสุขภาพที่เสื่อมลงและมีโรคต่างๆ ตามวัยด้วยตัวเองเพียงลำพัง ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ถูกทอดทิ้งและกลุ่มที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการอยู่ตามลำพัง ซึ่งผลกระทบของการอยู่ตามลำพังนั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีทั้งทางด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา หมดหวังในชีวิต ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังนี้ ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบางในการดำรงชีวิต หากผู้สูงอายุผู้นั้นไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับตนเองไว้ล่วงหน้า จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แนวความคิด

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่ หลากหลายในสังคมไทย เพื่อประเมินความเข้มแข็งและความต้องการสนับสนุนของ ครัวเรือน มีรูปแบบการ อยู่อาศัยที่เปราะบาง 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว 2) อาศัยอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น 3) อาศัยอยู่กับพ่อ/แม่และหรือคู่สมรสเท่านั้น 4) อาศัยอยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่น 5) อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติเท่านั้น (ผศ.ดร.ศุทธิดา ขวณวัน,2561) สำหรับการแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ควรเน้นที่ เรื่องความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) โดยการพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดการดำเนินชีวิตดีขึ้นหรือพัฒนาให้ดีขึ้นตามศักยภาพที่เป็นอยู่ โดยการพัฒนาให้เป็นคนดีในสายตาผู้อื่น การพัฒนาให้เป็นคนเก่งสรรค์สร้างสิ่งใหม่ พัฒนาให้เป็นคนมีความสุข สามารถหาความสุขได้ มีลักษณะเอื้อต่อการมีความสุข และสามารถมีความสุขที่ยั่งยืน สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เป็นการมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับปัญหาและการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น มี 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 Psychosocial Prevention คือ การพัฒนาภูมิคุ้มกันในการจัดการกับปัญหาที่จะมากระทบกระเทือนจิตใจ และการพัฒนาระบบในการช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุ ระดับที่ 2 Psychiatric Prevention คือ ระดับที่เริ่มมีอาการทางจิต แต่ยังไม่ถึงกับเป็นโรค หรืออยู่ในระดับเสี่ยงต่อการลุกลามเป็นโรคทางจิตเวช สามารถป้องกันโดยการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งป้องกันอาการที่เกิดขึ้น (Symptom treatment/Prevention) และยังไม่มีอาการของโรคแต่มีความเสี่ยงสูงจากประวัติ พ่อ แม่ พี่น้อง ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่จะให้การรักษา ป้องกันโดยให้การรักษาเสมือนเป็นโรคแล้ว (สุจริต สุวรรณชีพ,2557)

ข้อเสนอ

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง นับว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความวิตกกังวล และมีความเครียด บางคนมีความเหนื่อยหน่ายหรือขาดความช่วยเหลือต่อการมารักษา และมีความรู้สึกท้อแท้ ยิ่งส่งผลต่ออาการและภาวะของโรคเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการให้การส่งเสริมสุขภาพจิต การเฝ้าระวังคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการดูแลทางสังคมจิตใจด้วยการใช้ทักษะสื่อสาร เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง รับรู้ เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับมือกับสภาวะอารมณ์ สังคม และ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการในการรองรับปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ประเทศไทยต้องเผชิญต่อไป

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1) ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะทางจากสถานบริการสุขภาพ ความไม่สะดวกในการเดินทาง และการขาดความรู้เกี่ยวกับบริการที่มีอยู่ ส่งผลให้หลายคนไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว อาจรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาสุขภาพจิต แม้ว่าแนวทางของกรมสุขภาพจิตจะส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม แต่ในทางปฏิบัติ การเข้าร่วมกิจกรรมอาจเป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคนช่วยเหลือหรือขาดการสนับสนุนจากชุมชน

แนวทางแก้ไข

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง

1) การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ โดยให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสุขภาพจิต จัดอบรมหรือเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยการสร้างภูมิคุ้มกัน การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การฝึกควบคุมอารมณ์ และสามารถลดปัญหาหรือเปลี่ยนปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นโอกาส

2) การส่งเสริมโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายอาสาสมัครที่สามารถเข้าไปเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ และช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงคำแนะนำทางจิตวิทยา บริการให้คำปรึกษา และการดูแลทางไกลผ่านวิดีโอคอลหรือแชท โดยอาจมีการออกแบบให้ใช้งานง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี รวมถึงมีระบบแจ้งเตือนและติดตามอาการสุขภาพจิตแบบอัตโนมัติ

4) บริการสายด่วนสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่สามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินทางจิตใจ โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมเจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และอาจมีบริการสายด่วนเฉพาะทางสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดสูง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ทั้งผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน

2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังสามารถเข้าถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และการบริการสุขภาพจิตได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1) มีแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง

2) จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังสามารถเข้าถึงและใช้บริการด้านสุขภาพจิตได้เพิ่มขึ้น