



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมเสีตา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๕๗ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวภูษณิศา ชัยวีรัตน์กุล นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๙ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ (ด้านจิตวิทยา) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๙ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	การพัฒนาหลักสูตรการจัดการผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉิน การแพทย์รูปแบบออนไลน์	มาตรฐานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
๒.	นางสาวพรพิมล นาอ่อน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๒๕ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๒๕ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	คู่มือแนวทางการคัดกรองและการบันทึก รหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ๔๓ แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข	แนวทางการออกแบบและพัฒนา นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต จากผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ. ๒๕๓๐ (Futures of Mental Health 2033)

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมาไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวพรพิมล นาอ่อน.....

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....นักวิชาการสาธารณสุข.....ระดับ.....ชำนาญการ.....
 ด้านสาธารณสุข.....ตำแหน่งเลขที่.....3625..... กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการจิตเวช.....
 กลุ่มภารกิจ-.....หน่วยงาน.....กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต..... กรมสุขภาพจิต...

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง...คู่มือแนวทางการคัดกรองและการบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข.....
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....มกราคม 2563.....ถึง.....สิงหาคม 2564.....
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เคยปฏิบัติงานเป็นผู้รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ระบบปฏิบัติการ_HOSXP จึงได้นำประสบการณ์การทำงานและความรู้เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องจากการทำงานเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ (PM) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มาพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วย SMI-V และประสานงาน ผลักดันให้เกิดการรวบรวม จัดเก็บ เชื่อมโยงและการรายงานผลข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ในระดับกระทรวงสาธารณสุข

- 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

กิจกรรมหลัก/การดำเนินงาน	วิธีการดำเนินงาน
1. ทบทวนสถานการณ์	<p>สถานการณ์และการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า เดิมระบบการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีการเก็บรวบรวมในรูปแบบไฟล์ Excel ซึ่งข้อมูลภายในประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทุกสิ้นเดือนสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป (จิตเวชผู้ใหญ่) จะต้องรายงานข้อมูลผู้ป่วย SMI-V รายใหม่โดยส่งไฟล์ผ่าน Email มาที่กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แต่เนื่องจากในปี 2562 มีการเตรียมตัวเพื่อเร่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิรูปข้อมูลสุขภาพเพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ กรมสุขภาพจิตจึงเร่งหารือและดำเนินการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของกรมสุขภาพจิตและ Health Data Centre ของ สป.สธ.</p> <p>แต่เนื่องจากรายการเก็บข้อมูลที่กรมสุขภาพจิตออกแบบตั้งต้นไม่สอดคล้องกับโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ ซึ่งเป็นรายการข้อมูลสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตต้องการนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชนอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง จึงทำให้การวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลเพื่อออกแบบรูปแบบและรายการเชื่อมโยงข้อมูลใหม่ให้สอดคล้องกับรหัสตามโครงสร้างข้อมูล จึงต้องมีการศึกษาและหาข้อสรุปร่วมกันทั้งในเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับคำนิยามและการตีความหมายของสหวิชาชีพในการปฏิบัติงานและการวิเคราะห์โครงสร้างทางข้อมูลเพื่อเชื่อมระบบฐานข้อมูลให้ในระดับประเทศ</p>

	<p>แม้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจะมีการดำเนินงานอยู่แล้วในสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตแต่เนื่องจากพื้มี การเพิ่มรหัสการลงข้อมูลเข้าไปใหม่ในระบบ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) เพื่อให้เกิดแนว ทางการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานเดียวกันจึงนำมาซึ่งการจัดทำคู่มือ แนวทางการคัดกรองและการบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>2. การทบทวนเนื้อหา และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>ทบทวนเนื้อหาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า กรมสุขภาพจิตได้กำหนดลักษณะของผู้ป่วย จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มี พฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต 3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) <p>แฟ้มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพหลักที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย SMI-V: PERSON= ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการ ADDRESS= ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกหรือในเขตรับผิดชอบ DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD= ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย (F00-F99 และ X60-X84) SERVICE= ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการและการให้บริการนอก สถานพยาบาล DEATH=ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบและ ผู้มารับบริการ SPECIALPP= ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้ที่มารับ บริการ และประวัติการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับ กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ DATA_CORRECT= ข้อมูลที่ขอแก้ไข</p> <p>แนวทางการเชื่อมโยงข้อมูล: เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิตถูกเก็บใน รูปแบบ Excel และโครงสร้างข้อมูลใน HDC ยังไม่มีรหัสระบุประเภทผู้ป่วย SMI-V จึงต้องมีการนำเข้าสู่ข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ซึ่ง Primary Key เชื่อมระหว่าง ฐานข้อมูลทั้ง 2 ระบบคือหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ผู้ดูแลข้อมูล ของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตแต่ละแห่งจึงจำเป็นต้องตรวจสอบความ สมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนที่จะส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจาก กยผ.ส.ป.ส.ศ. นำข้อมูล เข้าสู่ระบบ และหากเสร็จสิ้นแล้วสถานบริการสามารถบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม พื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) on Cloud แทนการเก็บบันทึกรายงานและเวช ระเบียบแบบเดิมได้</p>

<p>3. การดำเนินการ</p>	<p>ประชุมเชิงปฏิบัติการ (ด้านวิชาการ) เพื่อพัฒนาเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิต SMI-V โดยสหวิชาชีพจากสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบงาน SMI-V ซึ่งในการจัดประชุมจะแบ่งเป็นระยะทบทวนนิยาม เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยและแนวทางการดูแลเพื่อศึกษา Flow การดำเนินงานที่เป็นแนวทางปฏิบัติการ นำไปสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการ (เชิงเทคนิค) เพื่อพัฒนาระบบการลงข้อมูลการคัดกรองและการบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจากสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดแนวทางการลงข้อมูลใน HOSxP ที่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิก</p>
<p>4. การดำเนินงานขับเคลื่อนเชิงนโยบาย</p>	<p>เมื่อได้ข้อสรุปด้านนิยามและเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย SMI-V ที่ชัดเจนและผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและจัดทำผังไหลของข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้มแล้ว ได้ทำการขอเพิ่มรหัสการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) ไปยังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. สธ. เพื่อออกรหัสการบันทึกข้อมูล และประกาศการใช้งานรหัสการคัดกรองฯ ต่อสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ สธ. สามารถคัดกรอง ลงข้อมูลและส่งข้อมูลมายัง Health Data Centre ได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ต้องรายงานและส่งข้อมูลมายัง กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตโดยตรง</p>
<p>5. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน</p>	<p>เพื่อความเข้าใจและรับทราบแนวทางปฏิบัติงานที่ตรงกันทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านคลินิกและผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจึงได้มีการชี้แจงการดำเนินงานโดยเนื้อหาหลักที่เกี่ยวข้องคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - นิยามและเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย SMI-V - คู่มือการดูแลช่วยเหลือและป้องกันความรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต - แนวทางการคัดกรองและการบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข <p>เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลจิตเวชที่เลี้ยง) ที่เกี่ยวข้องทราบและเข้าใจแนวทางการปฏิบัติงานในการขับเคลื่อนการลงรหัสฯ แก่สถานบริการในเขตบริการที่รับผิดชอบ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลสุขภาพ</p>
<p>6. สนับสนุนด้านเทคนิคและวิชาการให้กับสถานบริการจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต</p>	<p>มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานทั้งทีมสหวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศ</p> <p>รูปแบบทางการ: มีการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิตและวิทยากรผู้ดูแล HDC สป.สธ. เพื่อหาข้อผิดพลาดและให้คำปรึกษาเชิงเทคนิค</p> <p>รูปแบบไม่เป็นทางการ: มีกลุ่ม Line ในการพูดคุย สอบถาม แลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรคและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน</p>

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ: คู่มือแนวทางการคัดกรองและการบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง.

(SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้ม (SPECIAL_PP) กระทรวงสาธารณสุข.....

เชิงคุณภาพ: เกิดระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เชื่อมต่อกันทั่วประเทศ ซึ่งเป็นระบบที่มีความปลอดภัยสูงต่อการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และมีการเก็บ ประมวลผลแบบปัจจุบัน (Real-time) สถาบันและโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตรวมถึงหน่วยงานและประชาชนที่สนใจ สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อเกิดประโยชน์ทางการแพทย์ได้ทั้งด้านวิชาการ ด้านการวางแผนเชิงนโยบายทั้งรายพื้นที่และภาพรวมของประเทศ รวมถึงการใช้ข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ซึ่งนับว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มสำคัญที่ต้องดูแล ติดตามอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันไม่ให้กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและสังคม.....

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

รหัสการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในแฟ้ม (SPECIAL_PP) ถูกประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อ วันที่ 30 มีนาคม 2564 และประกาศ update เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2564 โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สถานบริการทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบและสามารถลงข้อมูลการดำเนินงานตามแนวทางร่วมกันกับโรงพยาบาลจิตเวชที่เลี้ยงในเขตพื้นที่แต่ละแห่งได้ ทั้งนี้ยังเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data Exchange) เพื่อการเฝ้าระวังและดูแลคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้รหัสการคัดกรองผู้ป่วย SMI-V พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการให้บริการสุขภาพ การคัดกรองและการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อใช้แทนระบบการจัดเก็บข้อมูลหรือระบบเวชเบียนแบบเดิม ภายใต้โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักงานในการจัดเก็บรายงานแบบซ้ำซ้อน ป้องกันผู้ปฏิบัติงานจากการถือครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยตามและป้องกันป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ที่ประกาศบังคับใช้อย่างเป็นทางการในประเทศไทยเมื่อ 27 พฤษภาคม 2562 ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวยังถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม ดูแล เฝ้าระวังและวางแผนการรักษาผู้ป่วย SMI-V ทั่วประเทศ นอกจากนี้ถูกใช้เป็นข้อมูลเพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนเชิงนโยบายสุขภาพในหลายๆ เวที เช่นการขอขึ้นทะเบียนบริการต่างๆ ในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ลดการกลับไปก่อเหตุความรุนแรงในสังคมรวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากกระบวนการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เดิมมีการเก็บรวบรวมในรูปแบบไฟล์ Excel และรายการเก็บข้อมูลที่กรมสุขภาพจิตออกแบบตั้งต้นไม่สอดคล้องกับโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ ซึ่งเป็นรายการข้อมูลสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตต้องการนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง จึงทำให้การวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูลเพื่อออกแบบรูปแบบและรายการเชื่อมข้อมูลใหม่ให้สอดคล้องกับรหัสตามโครงสร้างข้อมูลในช่วงปีแรกมีปัญหาและอุปสรรคเป็นอย่างมาก ทั้งในเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับคำนิยามของประเภทของผู้ป่วย SMI-V และรายการข้อมูลที่ไม่ได้มีในโครงสร้างข้อมูล 43 แฟ้ม เช่น คัดตามกฎหมายที่ผู้ป่วยก่อเหตุความรุนแรง.

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ความเข้าใจที่แตกต่างกันตามในมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางด้านคลินิกมีแนวทางการปฏิบัติ (Flow) ในการบำบัด ดูแล รักษาและติดตามผู้ป่วย SMI-V ตามความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ แต่เนื่องจากระบบฐานข้อมูลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศหรือนักวิชาการคอมพิวเตอร์ การออกแบบแนวทางการไหลของข้อมูล (Flow) จึงมีรายละเอียดค่อนข้างที่จะแตกต่างกัน ในระยะแรกของการพัฒนาจึงใช้เวลาในการทำความเข้าใจให้ตรงค่อนข้างนาน อีกทั้งระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นตอนเชื่อมฐานข้อมูลเข้ากับ Health Data Centre (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขนั้นใช้ระยะเวลายาวนาน บางหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานจึงทำให้เกิดการดำเนินงานค่อนข้างติดขัด นอกจากนี้ยังมีปัญหาเชิงระบบเช่น การใช้ระบบปฏิบัติการ HOSxP เวอร์ชันที่แตกต่างกัน หรือการกำกับรายงานตัวชีวิต MOU ของกรมสุขภาพจิตผ่านรายงานแสดงผลข้อมูลของ HDC ในช่วงกำลังพัฒนาการนำเข้าข้อมูลและปรับปรุงข้อมูลทำให้เกิดรายงานที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง (Under-report).

9) ข้อเสนอแนะ

..... สหวิชาชีพและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องควรมีการออกแบบรายการเก็บข้อมูลที่ต้องการ โดยคำนึงถึงการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงของข้อมูล ก่อนที่สร้างระบบการจัดเก็บข้อมูลและดำเนินการเก็บข้อมูลจริงจากพื้นที่ไม่ควรเป็นข้อมูลความต้องการ (Requirement) บนพื้นฐานของการรายงานตัวชีวิต (KPI) เพื่อใช้กำกับและติดตามข้อมูลรายปีงบประมาณเท่านั้น เนื่องจากจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้พื้นที่ กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ปฏิบัติหน้างานด้านสุขภาพจิตเพราะพื้นที่ต้องรับภาระงานด้านการลงข้อมูลด้านสุขภาพรวมถึงนโยบายจากกรมอื่นๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุขด้วย ดังนั้นข้อมูลที่ต้องการรายงาน (Report) ควรเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในระบบเผื่อจะวางแผนสุขภาพจิตหรือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านนโยบายได้จริง หากเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีรายการข้อมูลนอกเหนือจากโครงสร้างข้อมูล 43 แฟ้มและมีวัตถุประสงค์จำเพาะควรพิจารณาเก็บข้อมูลในรูปแบบอื่นเช่น การเก็บข้อมูลเชิงวิจัยคุณภาพ เป็นต้น

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

✓ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ เผยแพร่ในรูปแบบ pdf ผ่าน www.mhso.dmh.go.th และเผยแพร่ในการประชุมที่เกี่ยวข้องให้กับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน

ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ.....70.....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพรพิมล นาคอ่อน	70	<i>นางสาวพรพิมล นาคอ่อน</i>
นางสาวกฤษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล	30	<i>นางสาวกฤษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล</i>

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางานไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวพรพิมล นาอ่อน.....
♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....นักวิชาการสาธารณสุข.....ระดับ.....ชำนาญการ.....
ด้านสาธารณสุข.....ตำแหน่งเลขที่.....3625..... กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการจิตเวช.....
กลุ่มภารกิจ-..... หน่วยงาน.....กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต..... กรมสุขภาพจิต...

1) ชื่อผลงานเรื่อง แนวทางการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตจากผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ.2570. (Futures of Mental Health 2033).

2) หลักการและเหตุผล

โลกปัจจุบันกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้านเนื่องจากมีปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายอย่างเข้ามากระตุ้น ส่งผลให้เกิดเทรนด์ใหม่ที่แปลกตาไปในทุกมิติทั้งด้านธุรกิจ สุขภาพ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม แต่โลกที่เปลี่ยนไปนี้ก็ยังแฝงด้วยปัญหาต่างๆ ที่ซับซ้อนและรุนแรงกว่าในอดีตส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในยุคปัจจุบัน แม้ว่าโลกจะมีการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เข้ามามีส่วนช่วยในทุกๆ ระบบแต่ก็พบว่าคนไทยยังคงเผชิญกับภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประชาชนใช้ชีวิตท่ามกลางความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชในไทย เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.3 ล้านคน ในปี 2564 แต่มีเพียงร้อยละ 3.25 ของประชากรไทยเท่านั้นที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยอายุ 5-9 ปี หรือประมาณ 1 ใน 14 คน มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์และร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายคือสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของวัยรุ่นไทย

จากความไม่แน่นอนและวิกฤติที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ในอนาคตหากไม่มีการวางแผนรับมือที่ดี อาจส่งผลกระทบต่อความสูญเสียอย่างมหาศาลเกิดขึ้นได้ เห็นได้จากสถานการณ์ Covid19 พบว่าประชาชน 1 ใน 3 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประชาชนมีความเครียดสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องดังนั้นการพัฒนา ออกแบบนวัตกรรมเทคโนโลยีควรสิ่งสำคัญนอกจากต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการที่แท้จริง ยังต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของโลกปัจจุบันและอนาคตอีกด้วย

ข้าพเจ้าขอเสนอแนวทางการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตจากผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2570 (Futures of Mental Health in Thailand 2033) เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการในยุคดิจิทัล เพื่อนำไปสู่การขยายผลในการใช้งานนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตที่ยั่งยืน พร้อมรับมือและปรับปรุงแก้ไขให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างแท้จริง

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

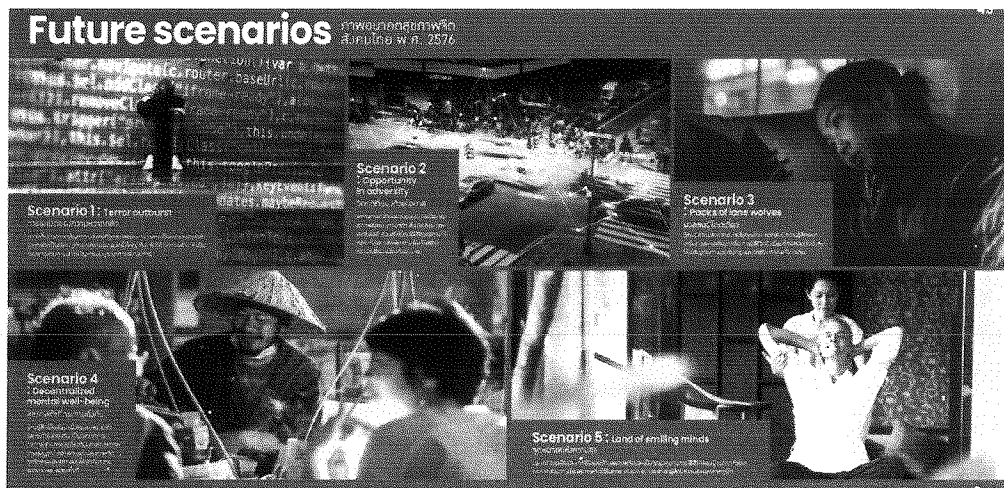
บทวิเคราะห์

ปัจจุบันการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นที่นิยมนักหลายหลายทั้งในและต่างประเทศ แต่มีจำนวนนวัตกรรมไม่น้อยที่ถูกออกแบบพัฒนาขึ้นมาและไม่ถูกนำมาใช้งานหรือมีการใช้งานเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ แล้วก็หายไป เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้จากความต้องการและพฤติกรรมการใช้งานของผู้รับบริการหรือลูกค้า (Customer needs) ก็มีความต้องการที่หลากหลายภายใต้พฤติกรรมบริการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตจึงไม่ใช่เรื่องง่ายเนื่องจากมีต้นทุนการผลิตที่ค่อนข้างสูงและกลุ่มผู้ใช้งานมีความ

ต้องการที่เฉพาะแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยที่แตกต่างในสังคม การออกแบบวางแผนการพัฒนาที่ดีตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นตอนการขยายผลการใช้งานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงตามโลกอนาคต จึงเป็นทางออกที่จะทำให้นวัตกรรมนั้นถูกใช้งานอย่างยั่งยืน (Sustainable) ในระบบบริการสุขภาพในสังคมยุคดิจิทัลต่อไป

แนวความคิด

การศึกษาอนาคตศาสตร์หรือการมองอนาคต (Foresight) คือ การวิเคราะห์คาดการณ์และอธิบายการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (Yawson & Greiman, 2017) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต หรือเพื่อออกแบบอนาคตที่พึงประสงค์ (Lu et al., 2016) ผลการศึกษาอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า (กรมสุขภาพจิต, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติและศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา, 2566) พบว่าภาพอนาคตสุขภาพจิตไทยที่จะเกิดขึ้นได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า มีด้วยกัน 5 ภาพอนาคต (Scenarios) ซึ่งภาพอนาคตสุขภาพจิตอันพึงประสงค์ที่อยากให้เกิดขึ้นได้จริง (Preferable Futures) ในสังคมไทยได้แก่ ภาพอนาคตที่ 4 สุขภาพใจที่กระจายถึงกัน (Decentralized mental well-being) และ ภาพอนาคตที่ 5 จุดหมายแห่งความสุข (Land of smiling minds)



ข้อเสนอ

- ผลักดันให้มีประเด็นด้านสุขภาพจิตอยู่ในทุกนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีและการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐทั่วประเทศเพื่อให้สังคมไทยพัฒนาไปยังภาพอนาคตด้านสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ได้
- ให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในทุกมิติไม่น้อยไปกว่านวัตกรรมบริการ เพื่อครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวบุคคล สังคมและชุมชนในอนาคต
- ค้นหาปัญหาที่แท้จริง (Corrective problem) ที่อยากแก้ไขและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือผู้ใช้งานที่แท้จริง (Customer need) ก่อนการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยี
- ปรับงบประมาณด้านการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต และกระตุ้นให้มีการเพิ่มจำนวนนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตในสังคม
- ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเข้าถึงได้โดยต้องเน้นการผสมผสานเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคม

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งในระดับองค์กร ชุมชน และประชาสังคม ในการพัฒนาหรือมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม (Product owner) และเกิดการใช้งาน ขยายผลนวัตกรรมสุขภาพจิตในพื้นที่อย่างยั่งยืนในระบบนิเวศสุขภาพจิตและเกิดการดูแลจิตใจอย่างเท่าเทียมของทุกพื้นที่

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนจากหลายปัจจัยที่ซับซ้อน การศึกษาวิเคราะห์คาดการณ์อนาคตเป็นเพียงหนึ่งในกระบวนการสำคัญที่ช่วยในการออกแบบอนาคตที่พึงประสงค์ (Preferable futures) แต่ไม่ควรใช้ผลการคาดการณ์อนาคต (Foresight study) มากเกินกว่า 10 ปีในการออกแบบการออกแบบ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิตเนื่องจากอนาคตมีการเปลี่ยนแปลงจากผลของการดำเนินงานของปัจจุบัน จึงควรมีการวางแผนการทำงานที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่อาจจะเกิดขึ้น

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและสามารถออกแบบ พัฒนา นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว ทำให้นวัตกรรมที่ผลิตและคิดค้นพัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและตลาดด้านสุขภาพจิตที่แท้จริง (Customer need) ส่งผลให้เกิดการใช้งานนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตในระบบนิเวศสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน สู่ภาพสังคมสุขภาพจิตอันพึงประสงค์ในอนาคต

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- จำนวนแผนการพัฒนา/การปรับปรุงกระบวนการออกแบบและพัฒนา นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตจากผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ.2570 (Futures of Mental Health 2033)
- จำนวนนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตที่ออกแบบและพัฒนาต่อยอดจากผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ.2570 (Futures of Mental Health 2033)
- ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ.2570 (Futures of Mental Health 2033)