



ประกาศกรมสุภาพจิต

เรื่อง รายชื่อข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลและได้รับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ

ตามประกาศกรมสุภาพจิต ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๖ รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ในสังกัดกรมสุภาพจิต นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการประเมินบุคคลเพื่อคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ชุดที่ ๑ ได้คัดเลือกข้าราชการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ในประกาศดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว และปลัดกระทรวงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและแต่งตั้งตามมาตรา ๕๗ (๘) ได้ให้ความเห็นชอบในการคัดเลือกด้วยแล้ว ดังนั้น จึงประกาศรายชื่อข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลและได้รับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ จำนวน ๑ ราย ตามบัญชีแนบท้ายประกาศนี้ โดยให้ผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ส่งผลงานทางวิชาการเพื่อเข้ารับการประเมินผลงานในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก ซึ่งดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ในหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และที่ นร ๑๐๐๖/ว ๒๕ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ โดยจะต้องส่งผลงานดังกล่าว ภายใน ๙ เดือน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลและได้รับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ จนถึงวันที่กรมสุภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานเพื่อขอรับการประเมินผลงานที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด และให้ขยายระยะเวลาการจัดส่งผลงานได้อีก ๖ เดือน เว้นแต่กรณีที่ผู้ได้รับการคัดเลือกจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุภาพจิตล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๗ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ได้รับการคัดเลือกยังไม่ส่งผลงานจะถือว่าไม่ประสงค์จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง โดยผลการคัดเลือกดังกล่าวกำหนดให้มีการทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกนี้

ทั้งนี้ การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รักษาราชการแทนอธิบดีกรมสุภาพจิต

แบบประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลและได้รับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้ง
ให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น
ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ

ลำดับที่	ตำแหน่งที่คัดเลือก/หน่วยงาน	ผู้ได้รับคัดเลือก/หน่วยงาน
๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช หรือสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๙๖ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	นายพรธนก ด้งษ์สุภศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช) ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๙๖ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
ชื่อผลงาน	Mental Health Screening and Digital Intervention for Thai Seniors Citizen in Primary Care	
ชื่อข้อเสนอ แนวคิด	การเพิ่มความเข้าถึงบริการและส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพ	
ผลงานอื่น ๆ	ตำรา บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ ๑๑ เรื่อง โรคจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาท และโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง	

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล...นายพรธนก ตันต์สุภาศิริ.....

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)

(ด้านเวชกรรม สาขา จิตเวชหรือเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ตำแหน่งเลขที่ 1396

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงานเรื่อง Mental Health Screening and Digital Intervention for Thai Seniors Citizen in Primary Care
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 2 พฤศจิกายน 2563 – 1 มีนาคม 2564
3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ทฤษฎี/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชาคมอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 17.60) และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มีประชากรสูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ) ภายในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตตามมา และอาจเพิ่มการพึ่งพาสมาชิกอื่นในครอบครัว จากการศึกษาของสุกใส และคณะ (2562) พบว่า ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือหากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจะส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี แต่หากมีปัญหาสุขภาพกาย เช่น มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาจะส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี เกิดความเครียด ไม่มีความสุข

จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกพบว่า ความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทที่พบมากที่สุด คือภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.00 ภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.00 และภาวะวิตกกังวลร้อยละ 3.80 ตามลำดับ สำหรับปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาอันดับต้นๆ รองลงมาได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ และปัญหาเรื่องเพศ (กรมสุขภาพจิต, 2560) นอกจากผลกระทบเฉพาะตัวด้านสุขภาพแล้ว ผลกระทบด้านอื่นที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ งบประมาณด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา ผลการศึกษาจากการสำรวจข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ว่ามีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคหัวใจ และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Prevention) หมายถึงกระบวนการลดอัตราการเกิดความชุกการกลับเป็นซ้ำของผู้มีสุขภาพจิต ยืดระยะเวลาของการเกิดอาการเจ็บป่วยทางจิตให้นานขึ้น รวมทั้งการลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Mrazek & Haggerty, 1994) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นการมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับปัญหา และการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตโดยไม่ใช้ยา หรือ Psychiatric prevention จึงสามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่ระดับที่ยังไม่ถึงกับเป็นโรค เช่น ความเครียด วิตกกังวล เศร้าแต่ยังสามารถคงสถานะหน้าที่ดูแลตนเองได้และยังไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตการทำงานหรือการอยู่ในสังคม หรือกระทั่งอยู่ในระดับเสี่ยงต่อการลุกลามเป็นโรคทางจิตเวชสามารถป้องกันโดยการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งป้องกันอาการที่เกิดขึ้น (สุจริต, 2557)

สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA) ได้มีการปรับปรุงการจำแนกกลุ่มอาการของปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้สูงอายุใหม่โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มอาการทางอารมณ์ (emotional) ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้าเฉยเมย ความนับถือตัวเองลดลง ภาวะซึมเศร้า ความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

2) กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) มีความผิดปกติทางการรับรู้ (cognitive/ perceptual) ได้แก่ อาการหลงผิด คิดว่ามีคนมาขโมยของ มีคนแปลกหน้าเข้ามาอยู่ด้วยคิดว่ามีคนปลอมตัวมาเป็นญาติ และอาการประสาทหลอน อาทิเช่น เห็นภาพหลอน ได้ยินเสียงคนที่เสียชีวิตหรือคนที่ไม่ได้อยู่ในห้อง

3) กลุ่มอาการการนอนผิดปกติ (sleep disorders) มีปัญหาด้านวงจรการนอนหลับ ผู้ป่วยจะนอนหลับมากในช่วงกลางวันและไม่หลับในช่วงกลางคืน หรือตื่นแล้วหลับยากในช่วงกลางคืน

4) กลุ่มอาการอื่น ๆ ทางกายเคลื่อนไหว (motor) ได้แก่ พฤติกรรมทำซ้ำๆ พลุ่พละ่น กระวนกระวาย เดินไปมาแบบไร้จุดหมาย พฤติกรรมก้าวร้าวทางภาษา (verbal aggression) ได้แก่ การพูดถ่มคำพูด การตะโกนร้อง การใช้คำพูดก้าวร้าวหยาบคาย ซึ่งพบมากในเพศชายโดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อนป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และให้การดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น (Psychiatric Prevention) โดยผู้ดูแล/บุคลากรในเครือข่ายสุขภาพ ผ่านระบบดิจิทัล โดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ Neuropsychiatric inventory (NPI) ซึ่งประกอบด้วยอาการ 12 ด้านที่พบได้ในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด (delusions) 2) อาการประสาทหลอน (hallucinations) 3) อาการกระวนกระวาย/ก้าวร้าว (agitation/aggression) 4) ภาวะซึมเศร้า (depression) 5) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) 6) อารมณ์เร้นเร้นเกินเหตุ/ความครื้นครื้นใจ (euphoria/elation) 7) ภาวะเฉยเมย (apathy) 8) การขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) 9) อารมณ์หงุดหงิด (irritability) 10) การเคลื่อนไหวผิดปกติจากเดิม (aberrant motor behavior) 11) การนอนผิดปกติ (night-time disturbances) และ 12) มีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร/การกิน (appetite/eating disturbance)

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือระหว่างถูกกักกันโรค ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เพื่อรับมือกับความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต ผ่านเครือข่ายไม่เป็นการ เช่น ครอบครัว หรือเครือข่ายทางการ เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ โดยประยุกต์รูปแบบการบริการให้สามารถใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) หรือการแพทย์ออนไลน์เพื่อจัดบริการการแพทย์อย่างง่ายได้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา และมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน แนวโน้มการเจ็บป่วยจึงเพิ่มมากขึ้นและมีโอกาสเรื้อรังยาวนานขึ้น ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและจัดแผนการดูแลได้เหมาะสมต้องอาศัยการค้นหาค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุที่ตรงประเด็น ดังนั้น การคัดกรองป้องกันโรคจึงเป็นมาตรการและเครื่องมือสำคัญ นำไปสู่การเตรียมข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละคน แต่ละบริบทเพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิตและวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อไป โดยในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้จัดทำต้นแบบการคัดกรอง ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจผู้สูงอายุให้เป็นรูปแบบโปรแกรมออนไลน์ เพื่อให้ใช้งานได้เหมาะสมกับภาวะวิถีชีวิตใหม่ (New normal)

ขั้นตอนการดำเนินการ

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถสื่อสารได้และเข้าถึงการใช้เทคโนโลยี หรือมีผู้ดูแล/ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ รวมทั้งหมด 4,854 ราย ใน 13 เขตสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ คือ เครื่องมือคัดกรองกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ Neuropsychiatric inventory questionnaires (NPI-Q) ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ ดัดแปลงให้อยู่ในรูปแบบดิจิทัลระบบออนไลน์ เพื่อใช้งานในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยใช้ถามกลุ่มอาการย้อนหลังภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หวาดระแวง ประสาทหลอน กระสับกระส่ายหรือก้าวร้าว

การรายงานผลการคัดกรองและดูแลสุขภาพใจของผู้สูงอายุทั้ง 13 เขตสุขภาพ จะถูกรายงานตรงเข้าระบบเก็บข้อมูลใน google studio ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ และ chi-square วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของเครื่องมือวัด

เป้าหมายของงาน

เพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในเครือข่ายสุขภาพ และวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากกลุ่มตัวอย่าง 4,854 คน ใน 13 เขตสุขภาพ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 1,116 คน ร้อยละ 35 ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นเพศชาย 1,701 คน (35%) และเพศหญิง 3,153 คน (65%)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายการ พบว่าอาการด้านพฤติกรรมเป็นปัญหาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการนอน 864 คน (17.8%) ปัญหาการรับประทานอาหาร 662 คน (13.5%) และปัญหาการทำพฤติกรรมซ้ำๆ 448 คน (9.2%) ในขณะที่อาการด้านอารมณ์พบในสัดส่วนที่ต่ำกว่ามาก อาทิเช่น อาการวิตกกังวล 415 คน (8.5%) อารมณ์ซึมเศร้า 407 คน (8.3%) และอารมณ์เฉยเมย 271 คน (5.6%)

ในกรณีที่มิปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจิตตามนิยามของศูนย์สุขภาพจิต (2Q positive) มีจำนวน 642 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 4,854 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์หลังในรายละเอียดในกลุ่มนี้ พบว่ามีปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและการรับประทานอาหารประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่ม 2Q positive คิดเป็นร้อยละ 49.5 และ 37.2 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าอาการด้านอารมณ์

แม้ว่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์จะก้าวหน้าไปมาก แต่ยังพบว่ามียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์แต่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการประมาณ 3,721 คน หรือร้อยละ 76.7 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจะเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข หรือการให้บริการจากเครือข่ายช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนตามความเชื่อและภูมิปัญญาชาวบ้าน อาทิ เช่น ผู้นำศาสนา หมอแผนโบราณ หมอผี หรือผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพใจในผู้สูงอายุไทยเบื้องต้น (Psychiatric prevention) รวมถึงใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการพัฒนางานสุขภาพจิต และวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศเชิงรุกต่อไป

6.2 สำหรับเครื่องมือ Neuropsychiatric inventory questionnaires (NPI-Q) ฉบับภาษาไทย ในประเทศไทยยังไม่มีนักวิชาการท่านใดพัฒนาเครื่องมือเป็นฉบับดิจิทัล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุอาจเข้าถึงเทคโนโลยี Google, WhatsApp, Line ได้จำกัด ดังนั้นข้อมูลควรมีแผ่นพับหรือสื่อรูปแบบ offline ควบคู่ไปด้วย โดยควรเป็นข้อมูลที่เข้าใจง่ายชัดเจน เช่น ภาษา ตัวหนังสือ หรือรูปภาพที่มีขนาดใหญ่

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุอาจไม่ทราบถึงวิธีการใช้บริการออนไลน์ เช่น การขอรับคำปรึกษาหรือสายด่วน หรือบริการสุขภาพ ควรให้ข้อมูลพร้อมรายละเอียดและบอกวิธีการขอความช่วยเหลือที่นำไปใช้ได้จริงได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุดิจิทัลนี้สามารถนำไปคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือหรือป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

9.2 ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบมากขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ และเป็นภาวะที่อาจส่งผลร้ายแรง และบางคนอาจถึงฆ่าตัวตายได้ ควรเฝ้าระวังผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด

9.3 ควรเร่งดำเนินการคัดกรองและประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งปรับปรุงพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

9.4 ควรพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางด้านสุขภาพให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

10. การเผยแพร่(ถ้ามี)

☒ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ European Psychiatry (Online)

ISSN 1778-3585 ปีที่ 2022 ฉบับที่ 65 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

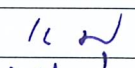
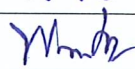
<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/mental-health-screening-and-digital-intervention-for-thai-seniors-citizen-in-primary-care/EDF05C513A1874ED151244920542047E>

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11. การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ.....85.....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเยาวลักษณ์ พนิธอังกูร	10	
นางสาวพรประไพ แวกเต้า	5	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายพรธณ ตันท์ศุภศิริ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)

(ด้านเวชกรรม สาขา จิตเวชหรือเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ตำแหน่งเลขที่ 1396

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การเพิ่มการเข้าถึงบริการและส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพ
- 2) หลักการและเหตุผล

ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีประมาณการว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทย หรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และจากการคาดการณ์ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทย จะเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน และจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอาจนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ และระบบการให้บริการทางการแพทย์

การป้องกันและดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุนั้น ยังคงมีเป้าหมายที่การลดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นการลดความรุนแรงและชะลอการะโรค ด้วยมาตรการค้นหา การคัดกรอง การวินิจฉัย การดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งมักเป็นโรคติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคนที่รักหรือทรัพย์สินซึ่งคาดว่าจะพบขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-2019)

นอกจากนี้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขนอกจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรักษาโรคประจำตัวได้แล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 ซึ่งจัดทำโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ได้ทำการรวบรวมข้อมูลการแพร่ระบาดระลอกแรกในปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 57.2 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 47.3 ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 25 รู้สึกเหงา และร้อยละ 23.3 ไม่มีความสุข ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยผลการศึกษาของ UNFPA Thailand ซึ่งดำเนินการโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สำรวจผลกระทบของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทยจำนวนทั้งสิ้น 1,230 ราย ในเดือนกรกฎาคม ปี 2563 พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการล็อกดาวน์ผู้สูงอายุให้อยู่แต่ในที่พักอาศัย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ และยังพบว่าในช่วงล็อกดาวน์นี้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทางจิตใจมากกว่าในช่วงสถานการณ์ปกติ โดยรู้สึกกังวล เครียดเพิ่มขึ้นและมีปัญหานอนไม่หลับ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยพบว่าร้อยละ 86.5 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร้อยละ 6.6 สิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 3.7 สิทธิประกันสังคม และร้อยละ 3.2 เป็นสิทธิอื่นๆโดยในช่วงปิดเมืองหรือล็อกดาวน์ในการแพร่ระบาดของตรรกะแรกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีส่วนลดลง ร้อยละ 7.7 ปัจจุบันเทคโนโลยีสุขภาพและการแพทย์เป็นอีกหนึ่งส่วนสำคัญที่จะถูกนำมาใช้เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสถานบริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ และประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีประชากรสูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นจำนวนประชากรไทยไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตตามมา

อย่างไรก็ตามระบบการดูแลจิตใจที่มีอยู่มีการดำเนินงานเฉพาะในผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแล้วเท่านั้น ในส่วนของผู้สูงอายุทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง NCD และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียจากสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 จะยังไม่มีระบบการดูแลสุขภาพจิตอย่าง ชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการควรเริ่มต้นจากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ในชุมชน ครั้วเรือน และในสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ (Early Screening) ซึ่งควรเป็นแบบ คัดกรองที่ใช้ได้ง่าย กระชับ เข้าได้กับระบบสาธารณสุขแบบ New Normal และสามารถปรับให้เหมาะสม สำหรับผู้รับบริการรายบุคคลหรือจำนวนมากได้ โดยหลังกระบวนการคัดกรองควรมีการใช้เครื่องมือที่ช่วยในการ ดูแลสภาพปัญหาด้วยตนเองได้ในเบื้องต้น (Self-Intervention) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสถาน บริการที่ไม่มีแพทย์สามารถบำบัดทุกข์เลาอาการเบื้องต้นได้ และควรมีแนวปฏิบัติในการบำบัดรักษาและส่งต่อ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้ได้รับการส่งต่อตามระบบ service plan ในกรณี ที่บำบัด ด้วยตนเองตามคำแนะนำแล้วไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุหรือบุคลากรสาธารณสุขในระดับ ปฐมภูมิและทุติยภูมิ ควรต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ด้านการดูแลปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมในผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพในเครือข่าย มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ และมีทักษะในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นในผู้สูงอายุได้

4.2 ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน และได้รับการส่งต่อการรักษาเฉพาะทางในรายที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล

4.3 เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุออกสถานพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ โดยเฉพาะการ ดูแลที่บ้านและในชุมชน

4.4 พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการได้อย่างแม่นยำและทันสมัย

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลปัญหาอารมณ์และจิตใจโดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเบื้องต้น (Behavioural Intervention) นอกสถานพยาบาลมีจำนวนมากขึ้น

5.2 มีคู่มือ แนวเวชปฏิบัติในการบำบัดรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมแก่แพทย์ทั่วไป แพทย์ใช้ทุนในเขตบริการสุขภาพ

5.3 มีระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการแก่ผู้สูงอายุ และมีการส่งต่ออย่างเป็นระบบในกรณียุ่งยากซับซ้อน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการ ในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

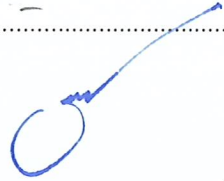
ลงชื่อ  (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
(นายพรรณภักดิ์ ตันตศุภศิริ)
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
วันที่ 27 11 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ — (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(.....)

ตำแหน่ง —

วันที่ —

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายอติ แสงธรรม)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ตำแหน่ง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

วันที่ 31 11 66

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป อีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรอง 1 ระดับได้