สรุปสาระสำคัญ
โครงการพัฒนางานสุขภาพจิต
ประจำปี 2549

กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
สรุปโครงการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2549	1
1. โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	1-3
2. โครงการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ปีงบประมาณ 2549	4-6
3. โครงการบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเครือข่ายสู่ชุมชน	7-9
4. โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปีงบประมาณ 2549	10-12
5. โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ ปีงบประมาณ 2549	13
6. โครงการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา	14
7. โครงการชุมชนเข้มแข็งบำบัด	15-16
8. โครงการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	17-19
9. โครงการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต และองค์ความรู้ที่สำคัญในการบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช	20-21
10. โครงการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549	22-23

สรุปโครงการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2549

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	81,900,000	- สำนักสุขภาพจิตสังคม
2. โครงการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ปีงบประมาณ 2549	20,000,000	- สถาบันราชานุกูล
3. โครงการบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเครือข่ายสู่ชุมชน	15,000,000	- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2
4. โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปีงบประมาณ 2549	15,000,000	- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
5. โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ ปีงบประมาณ 2549	2,000,000	- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
6. โครงการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา	9,400,000	- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
7. โครงการชุมชนเข้มแข็งบำบัด	5,000,000	- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
8. โครงการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	3,000,000	- โรงพยาบาลสวนปรุง
9. โครงการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต และองค์ความรู้ที่สำคัญในการบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช	1,000,000	- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
10. โครงการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549	2,000,000	- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิต ได้รับมอบหมายให้ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามยุทธศาสตร์แห่งชาติที่ 1 คือ การปลุกพลังแผ่นดินและการป้องกัน ภายใต้โครงการ TO BE NUMBER ONE อันประกอบด้วย 2 ยุทธศาสตร์ คือ 1 : การปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และ2 : การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน(Generation Y)ในชุมชน โดยมุ่งเน้นดำเนินการในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพ(Potential Demand) ทั้งในและนอกระบบการศึกษาเป็นหลัก ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2545 จนถึงวันที่ 4 ธันวาคม 2547 มีผู้สมัครเป็นสมาชิกโครงการ TO BE NUMBER ONE กว่า 25 ล้านคน มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในโครงการ ใครติดยายกมือขึ้นทั่วประเทศ รวมทั้งมีการพัฒนาเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือผู้ติดและเสพยาครอบคลุมทั้งในสถานบริการ สถานศึกษา และสถานประกอบการ

การแพร่ระบาดและความรุนแรงของปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานาน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยเวลา ความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน ตลอดจนความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมทุกด้าน ในปี 2549 โครงการ TO BE NUMBER ONE จึงต้องดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ทั้ง 2 ต่อไป เพื่อให้เกิดผลอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันก็ได้มีการดำเนินกิจกรรมใหม่ คือ โครงการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น (TO BE NUMBER ONE FRIEND CORNER) เพื่อคอยสนองความต้องการของวัยรุ่นที่ต้องการที่พึ่งพาทางใจ โดยเฉพาะจากผู้มีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาที่มีวัยใกล้เคียงกัน รวมทั้งต้องการโอกาสและสถานที่สำหรับการแสดงออกถึงพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยง สามารถเข้าไปใช้บริการโดยมีภาครัฐสนับสนุน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นและปลุกจิตสำนึกของประชาชนให้ตระหนักว่าการที่จะเอาชนะปัญหายาเสพติดเป็นหน้าที่ของทุกคนในชาติที่จะร่วมแรงร่วมใจกันเป็นพลังของแผ่นดินที่จะต่อสู้และเอาชนะปัญหายาเสพติดให้ได้โดยเร็ว

2. เพื่อระดมแนวความคิดด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ผู้นำชุมชน และประชาชนผู้เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดพื้นที่พิเศษทั่วทุกภาค

3. เพื่อเป็นของขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของชุมชน โดยทูลเชิญทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี เสด็จเยี่ยมพื้นที่ภาคต่างๆ

4. เพื่อเผยแพร่ความรู้และบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ที่ทรงเสด็จเยี่ยมประชาชน

สถานที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ

เป้าหมายผลผลิต

1. มีการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ 1 โครงการ

2. ร้อยละ 70 ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทักษะในการป้องกันการติดสารเสพติด

3. ร้อยละ 80 ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ

วิธีดำเนินการ

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1</u> การปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

<u>โครงการย่อยที่ 1 : การรณรงค์ให้ความรู้ จัดกิจกรรมและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ</u>

1. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและกิจกรรม

2. ทูลเชิญองค์ประธานเสด็จเยี่ยมสถานศึกษา สถานประกอบการและชุมชน TO BE NUMBER ONE ดีเด่นในจังหวัดภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร

3. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และจังหวัดทั่วประเทศ

4. จัดประชุมประจำปี รวมพลสมาชิก TO BE NUMBER ONE

5. จัดประกวดกิจกรรม เพื่อสร้างกระแสการมีส่วนร่วมจากเยาวชนและประชาชนทั่วไป

6. จัดคอนเสิร์ต และ EVENT ต่าง ๆ

<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2</u> การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน (Generation Y) ในชุมชน

<u>โครงการย่อยที่ 2 : การจัดกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน (Generation Y) ในชุมชน</u>

1. พัฒนาและจัดพิมพ์คู่มือการจัดค่ายกิจกรรมการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชนในชุมชน

2. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการ ในปี 2549 แก่โรงพยาบาลจิตเวช และ ศูนย์สุขภาพจิตเขต 1 – 15 (เขตตรวจราชการที่ 1 – 19)

3. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการ ปี 2549 ในพื้นที่ใหม่ 4 ภาค

4. อบรมความรู้วิทยากรหลักแก่จังหวัด

5. จังหวัดคัดเลือกแกนนำชุมชน จากหมู่บ้าน / ชุมชน ในจังหวัดที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ TO BE NUMBER ONE

6. ประสานการดำเนินงานให้จังหวัดจัดการอบรมความรู้การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตและทักษะเบื้องต้นในการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นในรูปแบบค่ายแก่แกนนำเยาวชนในชุมชน

7. ประสานการดำเนินงานให้จังหวัดสนับสนุนแกนนำเยาวชนในชุมชน ดำเนินการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตแก่เยาวชน โดยการจัดกิจกรรมค่ายการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต

7.1 ภูมิภาค 75 จังหวัด (7,500 ชุมชน) x 3 ครั้ง (ค่าย)

7.2 กทม. 50 เขต x 3 ครั้ง (ค่าย)

8. นิเทศติดตามผลการดำเนินโครงการ โดยศูนย์สุขภาพจิตเขต 1 – 15 และ กองสุขภาพจิตสังคม

9. สัมมนาสรุปผลการดำเนินโครงการ

<u>โครงการย่อยที่ 3: การพัฒนาและจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น (TO BE NUMBER ONE FRIEND CORNER)</u>

วิธีการดำเนินงาน

1. จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น หรือ TO BE NUMBER ONE FRIEND CORNER ในชุมชน และในสถานศึกษา ดำเนินการต่อเนื่อง และเพิ่มจากปี 2548 ดังนี้

1.1 ในชุมชนเมือง 80 แห่ง

- กทม. 5 แห่ง (จัดตั้งใหม่ 2 แห่ง / เดิม 3 แห่ง)
- ภูมิภาค 75 แห่ง (จัดตั้งใหม่ 30 แห่ง / เดิม 45 แห่ง) จังหวัดละ 1 แห่ง

1.2 ในชุมชนชนบท 100 แห่ง

1.3 ในสถานศึกษา 250 แห่ง

- กทม. 50 แห่ง (จัดตั้งใหม่ 25 แห่ง / เดิม 25 แห่ง)
- ภูมิภาค 150 แห่ง (จัดตั้งใหม่ 50 แห่ง / เดิม 100 แห่ง)

2. จัดให้มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

- <u>ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในชุมชน</u>

2.1 การให้คำปรึกษา แนะนำแก่วัยรุ่นที่มีปัญหาหรือต้องการปรับทุกข์

2.2 กิจกรรมสำหรับฝึกแก้ปัญหาและพัฒนา EQ

2.3 กิจกรรมสร้างสุขด้วยการเสริมทักษะด้านดนตรี กีฬา ศิลปะต่างๆ ที่วัยรุ่นสนใจ เพื่อจูงใจวัยรุ่นให้ใช้เวลาว่างอย่างสร้างสรรค์

- <u>ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในสถานศึกษา</u>

2.4 จัดให้มีกิจกรรมและบริการเหมือนในชุมชน

2.5 สนับสนุนการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ฯ ด้านวิชาการทั้งใน กทม. และภูมิภาค รวม 200 แห่ง

3. จัดอบรมผู้ให้คำปรึกษาและผู้จัดกิจกรรม 2 หลักสูตร

- หลักสูตรการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ให้คำปรึกษา
- หลักสูตรการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์สำหรับแกนนำเยาวชน

4. ประชาสัมพันธ์ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น

5. จัดพิมพ์คู่มือการเรียนรู้ / ฝึกแก้ปัญหาและพัฒนา EQ ด้วยตนเอง 7 เรื่อง และคู่มือกิจกรรมกลุ่มเพื่อการพัฒนา EQ 5 เรื่อง

6. นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน

7. สนับสนุนการดำเนินงานด้านวิชาการในการจัดตั้งและติดตามผลการดำเนินงานของศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในส่วนภูมิภาคและสถานศึกษา

8. ประเมินผลโครงการรณรงค์และแก้ไขปัญหายาเสพติดในภาพรวม

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 81,900,000 บาท

โครงการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ปีงบประมาณ 2549

หลักการและเหตุผล

จากคำประกาศนโยบายและเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง คนไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ของนายกรัฐมนตรี (พตท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร) เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2547 รัฐบาลจะพัฒนาให้เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพิ่มมากขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล จากคำประกาศดังกล่าว กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงสถานการณ์ของเด็กไทยในยุคนี้และในอนาคตจึงได้คิดหาวิธีที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหา รวมทั้งค้นคว้าหาแนวทางที่จะส่งเสริมคุณภาพและศักยภาพของเด็กไทย โดยได้ดำเนินโครงการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทยต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2548 ด้วยการใช้วิธีสร้างกระแส ปลุกจิตสำนึก การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยี โดยผ่านทางครูหรือผู้ปกครองให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสติปัญญาเด็กให้มีศักยภาพและวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการแข่งขันกับนานาประเทศได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ได้องค์ความรู้และสื่อเทคโนโลยีการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย การส่งเสริมและป้องกันปัญหาบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคออทิสซึมและปัญหาในวัยเรียน การดูแลบุคคลออทิสติกและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้บกพร่องทางสติปัญญา

2. เพื่อให้เกิดรูปแบบของระบบบริการส่งเสริม IQ / EQ ในเด็กปกติ และระบบบริการบุคคลออทิสติกและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข

3. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ครูพี่เลี้ยง / ครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลมีความรู้ เจตคติและทักษะในการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย โดยสามารถถ่ายทอดและเป็นที่ปรึกษาแก่พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กได้

4. เพื่อให้บุคลากรเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการดูแลบุคคลออทิสติกเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและผู้บกพร่องทางสติปัญญา

5. เพื่อให้ประชาชนรับรู้ถึงความสำคัญในการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย และมีแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคออทิสซึมและปัญหาในวัยเรียน

6. เพื่อให้มีฐานข้อมูล IQ / EQ เด็กไทย

สถานที่ดำเนินการ

- พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพจิตเขต 15 เขต (เขตละ 1 จังหวัด 1 อำเภอ ต่อจังหวัด) และศูนย์สุขภาพจิตเขตจังหวัดตรัง รวม 16 แห่ง
- จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- สถานบริการสาธารณสุขนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 จังหวัด

เป้าหมายผลผลิต

1. จำนวนองค์ความรู้และสื่อเทคโนโลยีที่ผลิต 6 เรื่อง

2. ได้รูปแบบบริการส่งเสริม IQ / EQ เด็กปกติ 1 รูปแบบ และระบบบริการบุคคลออทิสติกและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ 5 จังหวัด

3. บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ครูพี่เลี้ยง / ครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล 1 คน / 1 แห่งในพื้นที่เป้าหมายมีความรู้ เจตคติและทักษะในการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย

4. ร้อยละ 70 ของบุคลากรเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการดูแลบุคคลออทิสติกและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ

5. มีกิจกรรมรณรงค์จำนวน 4 กิจกรรม ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรม

6. มีระบบฐาน IQ / EQ เด็กไทยที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน 1 ระบบ

วิธีดำเนินการ

การพัฒนา IQ/EQ เด็กปกติ	การพัฒนาเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการแบบองค์รวม
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาเทคโนโลยีและรูปแบบการบริหารจัดการ</u>	
1. พัฒนาและผลิตสื่อเพื่อดำเนินงานถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี 2. พัฒนาระบบบริการส่งเสริม IQ / EQในเด็ก	1. ผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีองค์ความรู้การดูแลเด็กที่มีปัญหาในวัยเรียน 2. ผลิต/พัฒนาสื่อการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลบุคคลออทิสติก
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การอบรมและถ่ายทอดเทคโนโลยี</u>	
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่เป้าหมาย 5. สัมมนาวิชาการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย 6. นิเทศการดำเนินงานพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย 4. นิเทศติดตามการดำเนินงานใน 5 จังหวัด
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 3 การรณรงค์เพื่อสร้างพลังทางสังคม</u>	
7. ประชุมผู้บริหารเพื่อประสานนโยบาย 8. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสสาธารณะผ่านสื่อต่างๆและการจัดกิจกรรม	5. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุและหนังสือพิมพ์
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยและพัฒนา</u>	
9. พัฒนาระบบฐานข้อมูล IQ / EQ เด็กไทย 10. สัมมนาประเมินผลการดำเนินงานระดับเขต 11. งานวิจัย 2 เรื่อง	6. การติดตามประเมินผลโครงการ 7. งานวิจัย 3 เรื่อง

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 20,000,000 บาท

โครงการบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเครือข่ายสู่ชุมชน

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนับวันจะเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้กรมสุขภาพจิตต้องหากลไก ในการทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการดูแลป้องกันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติที่กล่าวว่า คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาวะ และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีความพอเพียงทางด้านสุขภาพจิต

จากสถานการณ์ปัญหาและแนวคิดดังกล่าวกรมสุขภาพจิต จึงเห็นความสำคัญของการบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชสู่ชุมชน โดยผ่านเครือข่ายภาครัฐ ซึ่งได้แก่เครือข่ายระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านที่ประกอบด้วยกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครู อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครพัฒนาชุมชน สมาชิก อบต. คณะกรรมการชุมชนฯ โดยให้เครือข่ายทั้ง 2 ส่วนสามารถสนับสนุนและประสานงานเพื่อการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างเครือข่ายและกำหนดแผนงานการบริการสุขภาพจิตสำหรับหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข
2. เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานสุขภาพจิต
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพ หากลไกทางสังคมในการป้องกัน ส่งเสริม ดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
4. เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชเฉพาะในชุมชน (Care giver)
5. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

สถานที่ดำเนินการ

เครือข่ายภาคสาธารณสุข	เครือข่ายภาคประชาชน
- โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง - ศูนย์บริการสาธารณสุข 10 แห่ง	- ภูมิภาค 5 % ของทุกตำบล (380 แห่ง) - พื้นที่พิเศษ กทม. 10 % ของเขตการปกครอง (5 เขต)

เป้าหมายผลผลิต

1. ร้อยละ 50 ของจังหวัดที่มีเครือข่ายสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข
2. ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต
3. ร้อยละ 70 ของกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในการดำเนินงาน
4. ร้อยละ 80 ของผู้นำชุมชนได้รับความรู้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ชุมชนได้

5. ร้อยละ 70 ของหมู่บ้าน / องค์กรชุมชน สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างน้อย 1 เรื่อง
6. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชในหมู่บ้านที่มีเครือข่ายมีผู้ดูแลเฉพาะ

วิธีดำเนินการ

เครือข่ายภาคสาธารณสุข	เครือข่ายภาคประชาชน
1. ทบทวนและวิเคราะห์การดำเนินงานสุขภาพจิต 2. ประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการและคณะทำงาน 3. จัดทำหลักสูตร เทคโนโลยีและเอกสารสนับสนุนการพัฒนาเครือข่าย 4. อบรมวิทยากรพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต 5. สัมมนาการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต 6. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล 7. สรุปนวัตกรรมด้วยกระบวนการวิจัยประเมินผล	1.จัดประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ 2. พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการสู่ชุมชน 3. สร้างความตระหนักในการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4. พัฒนาศักยภาพความรู้และการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิต รวมทั้งจัดทำแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านองค์กรปกครองท้องถิ่นและกลไกทางสังคม 5. จัดเวทีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 15,000,000 บาท

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปีงบประมาณ 2549

หลักการและเหตุผล

ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และยังมีอัตราที่สูง โดยในปี 2546 อัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 7.1 ต่อแสน นับเป็นปัญหาที่สร้างความสูญเสียให้แก่ครอบครัวและสังคมโดยรวมเป็นจำนวนอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (คำนวณจากจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาวะ หรือ Disability-Adjusted Life Year, DALYs ของข้อมูลปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 147,988 DALYs)

กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีนโยบายและแผนงาน เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำโครงการช่วยเหลือและป้องกันผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 – 2548 ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีส่วนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการเผยแพร่แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาแก่ประชาชนทั่วไป

จากการประเมินผลการดำเนินโครงการฯ ดังกล่าว พบว่า โครงการประสบความสำเร็จในด้านการสร้างความตระหนักถึงปัญหานี้ในหมู่ผู้ให้บริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้นกว่าช่วงก่อนดำเนินโครงการ ได้แก่ ระบบการตรวจคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จังหวัดต่างๆ มีการริเริ่มทดลองรูปแบบบริการใหม่ เช่น การจัดค่ายธรรมะให้แก่ผู้ป่วย ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของตน จำนวนผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองซ้ำมีแนวโน้มลดลง ตลอดจนมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการศึกษาระบาดวิทยาของปัญหานี้ในสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง สถานบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการมีประโยชน์มากและต้องการเข้าร่วมโครงการในปีต่อๆไป

มีบางประเด็นที่โครงการฯ ยังไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการมารับบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้า ทำให้กรมสุขภาพจิตตัดสินใจขยายเขตพื้นที่ดำเนินการเป็นทุกจังหวัดทั่วประเทศและหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2549 – 2551 มีเป้าหมายหลักที่จะลดอัตราการฆ่าตัวตายให้มีไม่เกิน 7.0 ต่อประชากรแสนคน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจและมีการยอมรับว่าโรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้ในชุมชนสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ด้วยความร่วมมือของประชาชน รวมทั้งสามารถบอกแหล่งช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในชุมชน
2. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ทีมบุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสาธารณสุข
3. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันโรคซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สถานที่ดำเนินการ

- สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาใน 76 จังหวัด
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13 และโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต

เป้าหมายผลผลิต

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7.0 ต่อแสนประชากร

2. ร้อยละ 75 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เคยมารับบริการลดลงร้อยละ 10 และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้

4. ร้อยละ 50 ของประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการมีความรู้ ตระหนักถึงและเกิดการยอมรับว่าโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคม

5. จำนวนเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายขององค์กรประชาชนและหน่วยงานในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมการลดภาพลักษณ์ด้านลบของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มชมรม สมาคม

6. ร้อยละ 3 ของการนำเสนอข่าวของหนังสือพิมพ์ที่สนใจเข้าร่วมโครงการมีการนำเสนอข่าวกรณีผู้ฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม เช่นมีเนื้อหาความรู้ในการแนะนำวิธีการป้องกันและบอกถึงแหล่งช่วยเหลือ

7. จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษาอย่างน้อย 1 แห่งในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการมีการจัดกิจกรรมการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน

8. ร้อยละ 30 ของบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการมีความมั่นใจในความรู้ และทักษะของตนเองด้านการคัดกรองและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก

9. ร้อยละ 100 ของ รพศ. / รพท. ร้อยละ 85 ของ รพช. ร้อยละ 65 ของ PCU / สอ. มีการจัดบริการด้านการคัดกรองและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนด

10. มี Website เฉพาะที่แสดงถึงสถานการณ์การดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ

วิธีดำเนินการ

1. การสร้างความเข้าใจ การยอมรับและบอกแหล่งช่วยเหลือ

1.1 สนับสนุนการจัดกิจกรรมขยายเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสู่การเข้าถึงบริการของประชาชนและกลุ่มเสี่ยง

1.2 รณรงค์ป้องกันโรคซึมเศร้าแห่งชาติปี 2549 ครั้งที่ 3

1.3 สัมมนาสื่อมวลชนกับการป้องกันและช่วยเหลือฯ

1.4 อบรมวิทยากรพัฒนาแกนนำชุมชนในการป้องกันผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.5 สนับสนุนการดำเนินงานในสถานประกอบการเขตพื้นที่รุนแรง

1.6 ผลิตเทคโนโลยีการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.7 สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ในการจัดกิจกรรมและนวตกรรมต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสู่การเข้าถึงบริการของประชาชนและกลุ่มเสี่ยง

1.8 รณรงค์ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายแห่งชาติปี 2549 ครั้งที่ 3

2. การพัฒนาขีดความสามารถในทีมช่วยเหลือทั้งในและนอกเครือข่ายระบบสาธารณสุข

2.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางการดำเนินงานในโครงการฯ สำหรับแพทย์ทั่วไปและผู้ให้การปรึกษา

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนงานบูรณาการในเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

2.3 พัฒนาบุคลากรด้านการเสริมสร้างและจัดระบบข้อมูลคอมพิวเตอร์

2.4 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาการบริหารจัดการโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

2.5 พัฒนาการจัดเก็บฐานข้อมูลระบาดวิทยาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

2.6 อบรมเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์ด้านการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

2.7 พัฒนาผู้ให้การปรึกษาด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.8 สัมมนาติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในระบบสาธารณสุข

3. พัฒนาองค์ความรู้

3.1 จัดตั้ง Website เพื่อพัฒนาฐานข้อมูล Depression & Suicide และจัดทำฐานข้อมูลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ฆ่าตัวตาย

3.2 ประชุมวิชาการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 5

3.3 สัมมนาวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ

3.4 สนับสนุนนวัตกรรมบริการชุมชนท้องถิ่นด้านการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไป

3.5 ส่งเสริมและสนับสนุนงานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

3.6 ส่งเสริมการติดตามแนวโน้มสภาวะสุขภาพคนไทยในปัญหาการฆ่าตัวตาย

3.7 ประเมินผลภาพรวมโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 15,000,000 บาท

โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ ปีงบประมาณ 2549

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อมุ่งให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน จึงมีนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาตั้งแต่ปี 2546 และได้พัฒนาคุณภาพหน่วยงานมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีโรงพยาบาลในสังกัดจำนวน 17 แห่ง โดยแบ่งระดับการพัฒนาคุณภาพเป็น 3 ระดับ คือ 1) หน่วยงานที่ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) แล้วจำนวน 6 แห่ง โดยอยู่ระหว่างการเตรียมรับการ Re – Accreditation จำนวน 3 แห่ง และหน่วยงานที่ได้รับรองกระบวนการคุณภาพ (HA) ในปี 2548 จำนวน 3 แห่ง 2) หน่วยงานที่อยู่ระหว่างการขอรับรอง HA จำนวน 3 แห่ง และหน่วยงานที่ผ่านการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 และ 1 จำนวน 4 แห่ง 3) หน่วยงานที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพเพื่อขอประเมินในบันไดขั้นที่ 1 จำนวน 4 แห่ง ซึ่งหน่วยงานทั้ง 17 แห่ง ยังต้องพัฒนาคุณภาพหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตจึงมอบหมายให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการต่อเนื่องจากปี 2548

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีระบบการทำงานที่มีคุณภาพ
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจและมั่นใจในคุณภาพการบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกแห่ง

สถานที่ดำเนินการ

สถาบัน / โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง

เป้าหมายผลผลิต

1. จำนวนสถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามบันไดขั้นที่ 1 และ 2
2. จำนวนสถานบริการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการ 8 แห่ง
3. การพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการในสถานบริการเสร็จตามเวลาที่กำหนดร้อยละ 80

วิธีดำเนินการ

1. สถาบัน / โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งจัดโครงการ / กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพ
2. แต่ละหน่วยงานขอรับรองกระบวนการคุณภาพตามลำดับขั้นการพัฒนาจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ)

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 2,000,000 บาท

โครงการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

หลักการและเหตุผล

จากวิกฤตการณ์แผ่นดินไหวครั้งใหญ่ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 โดยมีศูนย์กลางที่เกาะสุมาตรา ทำให้เกิดคลื่นยักษ์ที่เรียกว่า "สึนามิ" เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ส่งผลให้ประชาชนและนักท่องเที่ยวในจังหวัดแถบชายฝั่งอันดามันเสียชีวิตและสูญหายจำนวนมาก รวมทั้งโรงแรมที่พัก บ้านเรือนราษฎรได้รับความเสียหายอย่างมากนับเป็นความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ของประเทศไทย เหตุการณ์ดังกล่าวยังคงฝังอยู่ในจิตใจอย่างยากที่จะลบเลือน ในช่วงเวลาดังกล่าวกรมสุขภาพจิตจึงได้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือทางจิตใจกรณีภัยพิบัติคลื่นยักษ์ภาคใต้ กรมสุขภาพจิต (ศชส.) และดำเนินโครงการพัฒนาการดำเนินงานของศูนย์เยียวยาและฟื้นฟูทางจิตใจผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากงบกลางของประเทศเพื่อดำเนินการช่วยเหลือในระยะเร่งด่วนไปแล้ว เพื่อให้ประชาชนผู้ประสบภัยมีที่พักพิงด้านจิตใจ ตลอดจนได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะยาว กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนางานของศูนย์เยียวยาฯ อย่างต่อเนื่องในปี 2549

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดบริการเยียวยาและฟื้นฟูทางจิตใจผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ ทั้งในแบบเชิงรุกและเชิงรับให้แก่ผู้ประสบภัยในพื้นที่ 6 จังหวัดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
2. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ประสบภัยในพื้นที่ 6 จังหวัด
3. เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์เยียวยา และฟื้นฟูทางจิตใจผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ ที่ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

สถานที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 6 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ ภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง ตรัง และสตูล

เป้าหมายผลผลิต

ร้อยละ 80 ของผู้ประสบภัยสึนามิที่มีปัญหาสุขภาพจิตผ่านการบำบัดรักษาและได้รับการติดตามดูแลตามเกณฑ์

วิธีดำเนินการ

1. จัดบริการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ภายใต้การดำเนินงานศูนย์เยียวยาและฟื้นฟูทางจิตใจผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เพื่อให้การดูแลประชาชนผู้ประสบภัยในเขตพื้นที่ 6 จังหวัด
2. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ประสบภัยในพื้นที่ 6 จังหวัด

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 9,400,000 บาท

โครงการชุมชนเข้มแข็งบำบัด

หลักการและเหตุผล

การแก้ปัญหาสารเสพติดที่ผ่านมา พบว่าผู้รับการบำบัดแล้วร้อยละ 80 กลับมาเสพใหม่ สาเหตุเกิดจากตัวผู้ผ่านการบำบัดขาดพลังใจในการต่อสู้กับความคิดความอยาก ขาดโอกาส กำลังใจ และความเอื้ออาทรจากสังคมรอบข้างที่จะช่วยประคับประคองให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

ตั้งแต่ปี 2546 สำนักงานประสานความร่วมมือเพื่อการวิจัยเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ได้ดำเนินโครงการพัฒนากระบวนการชุมชน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดขึ้น เพื่อค้นหากระบวนการและรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดโดยใช้ภูมิปัญญาและทุนทางสังคมในชุมชนที่เข้มแข็งเป็นต้นแบบ ซึ่งดำเนินการนำร่องแล้ว 7 ชุมชน ใน 7 จังหวัด ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สมาชิกที่เข้าโครงการมีพฤติกรรมในภาพรวมดีขึ้น ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในชีวิต และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในชุมชน รวมทั้งครอบครัวอาสาและสมาชิกตระหนักถึงความสำคัญทางการบำบัดและฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนที่เข้มแข็ง ต้องการขยายโอกาสให้ผู้รับการบำบัดสารเสพติดรายอื่นๆ ได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการ ด้วยเหตุนี้ในปี 2549 กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินการต่อเนื่องในชุมชนเดิมที่มีความพร้อมอยู่แล้ว และขยายผลในชุมชนใหม่ (จังหวัดเดิม) 2 แห่ง ในจังหวัดสระแก้วและสงขลา โดยปรับรูปแบบกิจกรรมในชุมชนและชุดเทคโนโลยีที่ใช้ในกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งบำบัดผู้ติดสารเสพติด

สถานที่ดำเนินการ

ชุมชนที่มีความเข้มแข็งใน 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา ประจวบคีรีขันธ์ สงขลา สระแก้ว และปราจีนบุรี

เป้าหมายผลผลิต

รูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติด จำนวน 1 รูปแบบ

วิธีดำเนินการ

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการชุมชนเข้มแข็งบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาสารเสพติด
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมและเทคโนโลยีชุมชนเข้มแข็งบำบัด
3. ผลิตชุดเทคโนโลยีสำหรับการจัดกิจกรรมในชุมชนเข้มแข็งบำบัด
4. โอนเงินให้โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 6 หน่วย สำหรับการจัดกิจกรรมในโครงการย่อยชุมชนเข้มแข็งบำบัด 7 ชุมชน

5. ติดตามผลการดำเนินงานใน 7 ชุมชนเป้าหมาย

6. สัมมนาประเมินผลการดำเนินงาน

7. จัดทำชุดเทคโนโลยีรูปแบบชุมชนเข้มแข็งบำบัด (สำหรับขยายผล)

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 5,000,000 บาท

โครงการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

หลักการและเหตุผล

การดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์ 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.46 อายุที่เริ่มดื่มคือ 11 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 25–44 ปี นอกจากนี้ผลจากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ปี 2546 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ความชุกของปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบสูงถึงร้อยละ 28.52 จากสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยภาวะติดแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นกว่า 2 เท่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยจำนวนผู้มารับบริการจัดอยู่ใน 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งผู้ให้บริการยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลและการฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์อย่างเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรงที่เกิดภาวะ alcohol withdrawal delirium และพบภาวะแทรกซ้อนทางกายได้บ่อยทำให้อัตราการตายและอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายสูงขึ้น

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าว จึงจัดทำโครงการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ขึ้น ซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อสร้างสรรค์คุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนในสังคมให้ได้มากที่สุดและครอบคลุมทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อพัฒนาคู่มือการฝึกอบรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในระดับปฐมภูมิ (primary prevention)
4. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชน

เป้าหมายผลผลิต

1. โรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 80 มีบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
2. โรงพยาบาลทั่วไปในหน่วยงานนำร่อง ร้อยละ 80 มีบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
3. โรงพยาบาลชุมชนในหน่วยงานนำร่อง ร้อยละ 80 มีบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
4. ได้รูปแบบการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชน 4 รูปแบบ
5. ได้รูปแบบการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชน 4 รูปแบบ

สถานที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลจิตเวช 17 แห่ง / โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนนำร่องทั้ง 19 เขต

วิธีดำเนินการ

1. การพัฒนาแนวเวชปฏิบัติในการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช

1.1 ดำเนินการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช (ฉบับร่าง)

1.2 จัดสัมมนาวิพากษ์แนวเวชปฏิบัติฯของกรมสุขภาพจิต และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติฯ และแนวทางการประเมินผล

1.3 ดำเนินการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติฯ ฉบับสมบูรณ์ หลักสูตร และคู่มือแนวเวชปฏิบัติฯ

1.4 ผลิตคู่มือแนวเวชปฏิบัติฯ

1.5 จัดการฝึกอบรมหลักสูตรแนวเวชปฏิบัติฯ และแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงาน

1.6 ดำเนินการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช ตามแนวเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง

1.7 จัดสัมมนาสรุปผลการดำเนินงาน

2. การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและในโรงพยาบาลชุมชน

2.1 ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์โดยตัวแทน รพท. / รพช. เพื่อสำรวจความต้องการและองค์ความรู้ที่ต้องการการสนับสนุน

2.2 พัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ใน รพท. / รพช. ฉบับร่าง

2.3 จัดสัมมนาวิพากษ์หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ และแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ฉบับสมบูรณ์

2.4 ผลิตหลักสูตร คู่มือการฝึกอบรมและคู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ

2.5 จัดการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ และแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานในหน่วยงานนำร่อง

2.6 นิเทศติดตามผลการดำเนินงานในหน่วยงานนำร่อง

2.7 จัดสัมมนาสรุปผลการดำเนินงาน

3. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการการหาแนวทางการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอออล์ในชุมชน

3.2 ดำเนินการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชนในหน่วยงานนำร่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.3 ติดตามผลการดำเนินงาน

3.4 จัดสัมมนาสรุปผลการดำเนินงาน

4. การหารูปแบบการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชน

4.1 จัดสัมมนาวิเคราะห์รูปแบบการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญและแกนนำของชุมชนที่สนใจ คัดเลือกรูปแบบที่มีความเหมาะสมและให้ชุมชนเลือกดำเนินการด้วยความสมัครใจ

4.2 ดำเนินการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในชุมชน ในหน่วยงานนำร่อง เช่น การจัดตั้งชมรมเลิกสุรา การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help – group) ของผู้ติดสุรา หรือการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ติดสุรา

4.3 ติดตามการดำเนินงาน

4.4 จัดสัมมนาสรุปผลการดำเนินงาน

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 3,000,000 บาท

โครงการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต และองค์ความรู้ที่สำคัญ ในการบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันระบบข้อมูล หรือสารสนเทศของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช เป็นการให้ความรู้ที่เป็นการป้องกัน ส่งเสริมในกลุ่มประชาชนทั่วไป ขาดความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ทุกระดับ จึงไม่สามารถลดขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญได้ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เร่งด่วน วิกฤต ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียที่มากมายตามมา

ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ใช้ทุกระดับ จึงควรมีการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต และองค์ความรู้ที่สำคัญในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต และองค์ความรู้ที่สำคัญในการบำบัดรักษาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีชุดข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาองค์ความรู้สุขภาพจิตที่สำคัญภายในปีงบประมาณ 2549
2. เพื่อให้มีองค์ความรู้สุขภาพจิตที่สำคัญในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพจิต นักวิชาการ และประชาชน ภายในปีงบประมาณ 2549

เป้าหมายผลผลิต

1. มีชุดข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาองค์ความรู้สุขภาพจิตที่สำคัญภายในปีงบประมาณ 2549
2. มีองค์ความรู้สุขภาพจิตที่สำคัญในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพจิต นักวิชาการ และประชาชน ภายในปีงบประมาณ 2549

สถานที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 5 ภาค

วิธีดำเนินการ

1. สำรวจความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศสุขภาพจิต องค์ความรู้ที่สำคัญในการบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทยทั้ง 5 ภาค
2. สัมมนาผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และผู้ผลิต เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ และเหมาะสมกับประเทศไทย

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบสารสนเทศสุขภาพจิต องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และระบบการเผยแพร่แลกเปลี่ยนองค์ความรู้สุขภาพจิต

4. จัดการให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต ทบทวนวรรณกรรมขององค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอยู่ทั้งในไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

5. นำเสนอและรายงานงานผลการวิเคราะห์ ทบทวนสารสนเทศสุขภาพจิต องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 1,000,000 บาท

โครงการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในแต่ละปีที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยจึงเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก WHO ให้มีการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตขึ้น กรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการพัฒนางานสุขภาพจิตทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้มอบหมายให้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ดำเนินการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุ้มครองสิทธิ์ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและด้านอื่นๆ ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 โดยเป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องจากปี 2548 ที่ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตสัญจรทั่วประเทศ เพื่อรวบรวมสาระสำคัญในการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตจากประชาชนทุกสาขาอาชีพ ตามแนวทางการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตของ WHO มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาร่างกฎหมาย สำหรับในปี 2549 จะดำเนินการพัฒนาร่างกฎหมาย จากนั้นจัดทำประชาพิจารณ์ และจัดทำร่างกฎหมายฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำร่างกฎหมายสุขภาพจิต
2. จัดทำประชาพิจารณ์ร่างกฎหมายสุขภาพจิตเพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง

สถานที่ดำเนินการ

ทุกพื้นที่ในประเทศไทย

เป้าหมายผลผลิต

ได้ร่างกฎหมายสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการ

1. จัดประชุมที่ปรึกษาและคณะทำงานเพื่อกำหนดวิธีการพัฒนาร่างกฎหมาย
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำร่างกฎหมายสุขภาพจิต โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาร่างกฎหมายของประเทศ
3. ประชุมปฏิบัติการทบทวนสรุปร่างกฎหมายสุขภาพจิตจากการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำร่างกฎหมายสุขภาพจิตแต่ละครั้ง เพื่อนำไปสู่การพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

4. จัดทำประชาพิจารณ์ร่างกฎหมายสุขภาพจิต สัญจรทั่วประเทศ เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องและนำมาพัฒนาปรับแก้ร่างกฎหมายสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับประเทศไทย

5. จัดทำร่างกฎหมายฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จ

6. สัมมนาสรุปผลการจัดทำประชาพิจารณ์ร่างกฎหมายสุขภาพจิตสัญจรทั่วประเทศ

งบประมาณ

ประจำปี 2549 จำนวน 2,000,000 บาท