

ชื่อโครงการ : “CareConnect ส่งต่อด้วยใจ ปลอดภัยทุกขั้นตอน (Proactive Depression Care Model: Safe & Seamless Referral Flow)”

ที่มาและแนวคิดของโครงการ :

ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการพยายามทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษาและวัยทำงานทวีความรุนแรงมากขึ้น ข้อมูลปี 2567 ของ OPD24 พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติ attempt มีอัตราการผิมนัดสูงถึง 8.94% เกินมาตรฐาน (<5%) อย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์นี้สะท้อน ช่องว่างด้านความปลอดภัย (Safety Gap) และช่องว่างการจัดการความรู้ (Knowledge Gap) ซึ่งหากไม่เร่งแก้ไข จะเพิ่มความเสี่ยงการ attempt ซ้ำถึง 27% ภายใน 6 เดือน (WHO, 2023)

วิธีการดำเนินโครงการ

ดำเนินงานภายใต้กรอบ KM และ CQI (Model of Improvement, PDSA, LEAN, EI3O) ผสานกับ SHA เพื่อเปลี่ยนองค์ความรู้จากประสบการณ์ปฏิบัติจริง (Tacit Knowledge) ให้เป็นองค์ความรู้ที่ถ่ายทอดและใช้ต่อได้ (Explicit Knowledge) ผ่านกระบวนการ Case Conference, After Action Review และการใช้ Digital Dashboard ร่วมกับการบูรณาการ Ethic, Synergy และ Innovation เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเชิงรุก โดยออกแบบ Safe & Seamless Referral Flow ที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การส่งต่อ และการติดตามอย่างไร้รอยต่อ บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ Safety Planning Intervention (SPI), Caring Contacts และ Zero Suicide Framework มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบททำให้กระบวนการมีความเชื่อถือได้ (Reliability) และยั่งยืน (Sustainability)

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางให้เป็น Best Practice: Safe & Seamless Referral Flow
2. เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความเข้มแข็งมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Safety Culture) ผ่านการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพจิต
3. เพื่อยกระดับบทบาทพยาบาลจิตเวชสู่ Change Agent ที่สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ สอดคล้องกับพันธกิจโรงพยาบาลและ SDG 3: Good Health & Well-being
4. เพื่อสร้างต้นแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพจิต

เป้าหมายของโครงการ

1. อัตราการผิมนัดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เคยพยายามทำร้ายตัวเองใน 6 เดือน น้อยกว่าร้อยละ 5
2. อัตราการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 85
3. คะแนนความพึงพอใจ (Top Box Score) ของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการทำร้ายตัวเองซ้ำเท่ากับ 0

ผลลัพธ์และบทเรียน

อัตราการผิมนัดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เคยพยายามทำร้ายตัวเองลดลงจาก 8.94% ในปี 2567 เหลือน้อยกว่า 5% ภายในปี 2568 ขณะที่การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจาก 85% (2566) และ 90% (2567) เป็น 100% ติดต่อกัน 2 ไตรมาสในปี 2568 นอกจากนี้ คะแนนความพึงพอใจ (Top Box Score) เพิ่มขึ้นจาก 80.82% (2566) เป็น 98.59% (ไตรมาส 3/2568) และไม่พบผู้ป่วย attempt ซ้ำตลอดการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของ Safety Referral Flow ที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและความต่อเนื่องของบริการ CareConnect จึงไม่ใช่เพียงโครงการ แต่เป็น Best Practice เชิงระบบ ที่ยั่งยืนและขยายผลสู่เครือข่ายได้จริง

ส่วนที่ 1: สรุปโครงการฉบับย่อ (1 หน้า) (One Page Summary)

ภาวะซึมเศร้าและการพยายามทำร้ายตนเองเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาและวัยทำงานที่เผชิญแรงกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลปี 2567 ของห้องตรวจจิตเวช OPD24 พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองมีอัตราการผิมนัดสูงถึง 8.94% ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (<5%) อย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์นี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ที่ระบุว่าหากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการติดตามภายใน 48 ชั่วโมงหลังวิกฤต ความเสี่ยงของการทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 6 เดือนอาจสูงถึง 27% สะท้อนถึงปัญหาสำคัญด้านความปลอดภัยและการจัดการความรู้ที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนา จึงได้พัฒนาโครงการ CareConnect ส่งต่อด้วยใจ ปลอดภัยทุกขั้นตอน โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (KM) ผสานกับเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (CQI) ได้แก่ Model of Improvement, PDSA, LEAN และ EI3O ภายใต้กรอบ Spiritual Safety Culture (SHA) ที่ยึดศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพจิต (Tacit Knowledge) ให้กลายเป็นองค์ความรู้ที่ถ่ายทอดได้ (Explicit Knowledge) ผ่านการประชุมสหสาขา การถอดบทเรียน และการออกแบบกระบวนการใหม่อย่างเป็นระบบ

ผลลัพธ์ที่ได้คือการสร้าง Best Practice: Safety Referral Flow เป็นกระบวนการส่งต่อที่ปลอดภัยโดยเชื่อมโยงการคัดกรอง การส่งต่อ และการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเชิงรุก ต่อเนื่อง และไร้รอยต่อ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ Safety Planning Intervention (SPI) ที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ 45% (Bryan et al., 2022), Caring Contacts ที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต (Luxton et al., 2020) และ Zero Suicide Framework ซึ่งเป็นมาตรฐานคุณภาพระดับนานาชาติ (Hogan & Grumet, 2020) จากการดำเนินโครงการ พบว่าอัตราการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นเป็น 100%, อัตราการผิมนัดลดลงต่ำกว่า 5%, ไม่พบผู้ป่วยพยายามทำร้ายซ้ำ และความพึงพอใจของผู้รับบริการสูงกว่า 98% ผลลัพธ์เหล่านี้ไม่เพียงยกระดับคุณภาพการดูแล แต่ยังสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) และความรับผิดชอบร่วมกัน (Shared Accountability) ของทีมสุขภาพจิตบนฐานความรู้และนวัตกรรมที่ยั่งยืน สามารถต่อยอดเป็นต้นแบบ Best Practice ในระดับมหาวิทยาลัยและเครือข่ายโรงพยาบาลได้จริง

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อโครงการ : “CareConnect ส่งต่อด้วยใจ ปลอดภัยทุกขั้นตอน : Proactive Depression Care Model: Safe & Seamless Referral Flow”
2. รายชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ : ชลชาติ ถนอมสุวรรณ, สร้อย ธรรมวงศ์, ปรียาวรรณ เกาตระกูล, มณีนลักษ์ กุณาเงิน, ณัฐริกา กันยานะ, เซาวลิต ศรีกันทา และสุตรัก พิละกันทา ที่ปรึกษาโครงการ
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ข้อมูลการติดต่อ : Chonlachatt@cmu.ac.th , 084-2229347

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลโครงการ (Project Presentation)

1. ที่มาความสำคัญของโครงการ / หลักการและเหตุผล :

ภาวะซึมเศร้าและการพยายามทำร้ายตนเองเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาและวัยทำงานที่เผชิญแรงกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลปี 2567 ของห้องตรวจจิตเวชเบอร์24 และศูนย์สุขใจพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองมีอัตราการผ่นต่อการรักษาสูงถึง 8.94% ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน (<5%) อย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันสถิติผู้ใช้บริการศูนย์สุขใจเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 มีผู้เข้ารับบริการ 331, 2023, 1930 และ 876 ตามลำดับ และนักศึกษาทุกคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการตามระดับความเสี่ยง ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่าหากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการติดตามภายใน 48 ชั่วโมง ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 6 เดือนอาจสูงถึง 27% ปัญหานี้สะท้อนถึง “ช่องว่างของการจัดการความรู้และระบบบริการสุขภาพจิต (Knowledge Management Gap)” ที่ส่งผลต่อความต่อเนื่อง ความปลอดภัย และคุณภาพของการดูแล จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (กรมสุขภาพจิต, 2565)

เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาโครงการ CareConnect ส่งต่อด้วยใจ ปลอดภัยทุกขั้นตอน โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (KM) ผสมผสานกับเครื่องมือคุณภาพ (CQI, PDSA, LEAN, EI3O) และกรอบ Spiritual Safety Culture (SHA) โดยเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพจิตให้เป็นองค์ความรู้ที่ถ่ายทอดและนำไปใช้ได้จริง กระบวนการพัฒนาได้ออกแบบ Safety Referral Flow ที่เชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่อง ผ่านการถอดบทเรียนในทีม การประชุมสหสาขา และการประยุกต์ใช้เครื่องมือดิจิทัล เช่น Microsoft Form, Line OA และ Tele nursing เพื่อเสริมกลไกการติดตามเชิงรุกและลดความเสี่ยงการหลุดจากระบบ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางให้ยั่งยืน

2. กรอบแนวคิดของโครงการ (Conceptual Framework) :

ภาวะซึมเศร้าและการพยายามทำร้ายตนเองเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดย WHO (2023) ระบุว่าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามภายใน 48 ชั่วโมง มีความเสี่ยงทำร้ายตัวเองซ้ำใน 6 เดือนอาจสูงถึง 27% จากข้อมูล OPD24 และศูนย์สุขใจ ปี 2567 พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติ attempt มีอัตราการผิคนัดสูงถึง 8.94% เกินมาตรฐาน (<5%) อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนช่องว่างความปลอดภัย ที่ต้องมีการจัดการความรู้และนวัตกรรมที่เป็นรูปธรรม โครงการ CareConnect จึงใช้ KM + CQI Tools (PDSA, LEAN, EI3O) ผนวก Spiritual Safety Culture (SHA) เปลี่ยนประสบการณ์ที่มึนสุขภาพจิต (Tacit Knowledge) เป็นองค์ความรู้ที่ใช้ได้จริง (Explicit Knowledge) ผ่าน SECI Model และวงจร PDCA เพื่อสร้างระบบส่งต่อที่ เชิงรุก ต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น Safety Planning Intervention (SPI) ลดพฤติกรรมเสี่ยง 45% (Bryan et al., 2022), Caring Contacts ลดอัตราเสียชีวิต (Luxton et al., 2020), และ Zero Suicide Framework ที่ยืนยันประสิทธิผลในการลดการพยายามฆ่าตัวตาย (Hogan & Grumet, 2020) ผลลัพธ์คือระบบที่เพิ่มความปลอดภัย ลดการหลุดจากการรักษา และต่อยอดเป็น Best Practice ของการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกที่ยั่งยืน

3. วัตถุประสงค์ของโครงการ :

- 3.1 เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางให้เป็น Best Practice “Safety Referral Flow”
- 3.2 เสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Safety Culture) ด้วยการดูแลเชิงรุกและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพจิต
- 3.3 เพื่อยกระดับบทบาทพยาบาลจิตเวชสู่ Change Agent ที่สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ สอดคล้องกับพันธกิจโรงพยาบาลและ SDG 3: Good Health & Well-being
- 3.4 เพื่อสร้างต้นแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพจิต

4. เป้าหมายของโครงการ :

- 4.1 อัตราการผิคนัดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เคยพยายามทำร้ายตัวเองใน 6 เดือน น้อยกว่าร้อยละ 5
- 4.2 อัตราการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 85
- 4.3 คะแนนความพึงพอใจ (Top Box Score) ของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 90
- 4.4 อัตราการทำร้ายตัวเองซ้ำเท่ากับ 0

5. วิธีการดำเนินโครงการ :

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองเป็นความท้าทาย ที่ต้องมีระบบการดูแลเชิงรุก ต่อเนื่อง และไร้รอยต่อ จึงออกแบบกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยใช้กรอบ 3P Safety (Patient–Provider–Process) ผสาน หลักจริยธรรม (Ethic) และ การทำงานแบบ Synergy ของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เครื่องมือการ

พัฒนาคุณภาพ (CQI) ได้แก่ Model of Improvement, PDSA, LEAN และ EI3O ร่วมกับแนวคิดจิตวิญญาณแห่งการดูแล (SHA) จากแนวทางดังกล่าว ได้พัฒนาเป็น Safety Referral Flow ที่เชื่อมโยงหน่วยบริการในโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย กับทีมPCT จิตเวช ด้วยการคัดกรอง (PHQ-9, SSI) การส่งต่อรวดเร็ว และการติดตามภายใน 48 ชั่วโมง โดยใช้ ดิจิทัลแพลตฟอร์ม เช่น Microsoft Form, Line OA และ Tele-nursing เพื่อเสริมกลไกติดตามเชิงรุก และคุณภาพบริการสุขภาพจิตอย่างแท้จริง ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบพัฒนาระบบ (Plan)

มีการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังปี 2567 พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองมีอัตราการผิวนัดสูงถึง 8.94% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (<5%) อย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลนี้สะท้อนถึง ช่องว่างด้านความปลอดภัย (safety gap) และการขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในโรงพยาบาล และมหาวิทยาลัย กับทีมPCT จิตเวช เกิดการวางแผนพัฒนา “Safety Referral Flow” โดยบูรณาการ Ethic และ Synergy Model เข้ากับ เครื่องมือคุณภาพ ได้แก่ Model of Improvement, PDSA, LEAN และ EI3O เพื่อสร้างระบบการดูแลเชิงรุก ต่อเนื่อง และไร้รอยต่อ ระบบดังกล่าวมุ่งเน้นการ แปลงประสบการณ์การปฏิบัติ (Tacit Knowledge) เป็นองค์ความรู้ (Explicit Knowledge) ผ่านการประชุมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ตั้งเป้าหมายเชิงคุณภาพและปริมาณที่ชัดเจน ได้แก่ การ ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมง 100%, ลดอัตราการผิวนัดให้ต่ำกว่า 5%, อัตราการทำร้ายตัวเองซ้ำลดลง และสร้าง Best Practice ที่สามารถต่อยอดเป็นต้นแบบระดับเครือข่ายอย่างยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้ออกแบบไว้ (Do)

ระยะที่ 1: จุดเริ่มต้น (พ.ศ. 2559–2564)

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาเกิดจาก โครงการ “ลูกช้าง ลูกฉั่น” (พ.ศ. 2559) โดยห้องตรวจจิตเวชโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นจุดเริ่มต้นการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการพัฒนางานวิจัย รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ CM³U MHcare Model (Customer focus-Multidisciplinary-Moral-Model-Utility-Mental Health Care) พัฒนาโดย สุตรีก พิละกันทา (2564) ถือเป็นกรอบคิดต้นน้ำ (upstream framework) ที่ทำให้การดูแลสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เริ่มมีทิศทางเชิงรุก (Proactive Mental Health Care) มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง เกิดเป็น “Econ Model” และ “Veterinary Model” เป็นต้นแบบของการสร้างระบบที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางร่วมกับการทำงานสหสาขา

ระยะที่ 2: การพัฒนาและขยายผล (พ.ศ. 2565–2566)

ปี 2565: พัฒนาโครงการ Share & Care ที่มุ่งสร้างการทำงานแบบบูรณาการระหว่างคณะและหน่วยงานในมหาวิทยาลัย โดยใช้แนวคิด Synergy และ Multidisciplinary Teamwork เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตครอบคลุมยิ่งขึ้น ความก้าวหน้าที่สำคัญคือการก่อตั้ง “ศูนย์สุขใจ” ให้ทำหน้าที่เป็น “ประตูหน้าบ้าน (Front Door)” ของงานสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย หน่วยบริการของมหาวิทยาลัย โดยเครือข่ายบริการนักศึกษาใช้แบบประเมินมาตรฐาน

ได้แก่ PHQ-9, ให้การดูแลเบื้องต้น (early intervention) และ ประสานส่งต่อ (referral) ไปยัง OPD24 และทีมจิตเวช เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ลดปัญหาผู้ป่วยหลุดจากระบบ และสร้างความเชื่อมั่นทั้งในกลุ่มนักศึกษาและบุคลากร มีการดำเนินการสร้างความตระหนักเรื่อง Zero Suicide ผ่านโครงการ CMU Mental health Share and Care ร่วมกับจิตแพทย์, นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่กองกิจการนักศึกษาแต่ละคณะของมหาวิทยาลัย ทำให้มหาวิทยาลัยมี “ฐานโครงสร้าง” ที่พร้อมต่อยอดสู่ระบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ปี 2566: พัฒนาแนวทางส่งต่อเชิงรุกสำหรับนักศึกษากลุ่มเสี่ยง มีการคัดกรองความเสี่ยงด้วย PHQ-9 อย่างเป็นระบบ และพัฒนาโครงการ “สุขใจสุขจริง” และ “Anyone Anywhere” เพื่อ Lean ระบบ

ระยะที่ 3: การยกระดับสู่ระบบนวัตกรรม (พ.ศ. 2567-ปัจจุบัน)

ปี 2567: ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญมีการพัฒนาการดูแลยกระดับเป็น Best Practice: การดูแลโรคซึมเศร้าเชิงรุก ซึ่งเริ่มจากการใช้เครื่องมือมาตรฐาน (PHQ-9 และ SSI) เพื่อคัดกรองอย่างเป็นระบบ และพัฒนาระบบการ Care Pathway ที่ชัดเจนในการดูแล ตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อ จนถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือการเชื่อมโยงระหว่าง หน่วยบริการในโรงพยาบาล, มหาวิทยาลัย, OPD24 และทีมสหสาขา ภายใต้กรอบ Spiritual Safety Culture (SHA) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เคารพศักดิ์ศรี และเสริมสร้างความปลอดภัยเชิงจิตวิญญาณ มีการใช้ Health IT โดยนำ line suandok, line OA OPD24 และ Tele nursing มาใช้ในการดูแลเชิงรุกให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา รวมถึงการเข้าถึงการรักษาได้ง่าย

ปี 2568: ประชุมทีมสหสาขาเพื่อ Redesign Flow ส่งต่อและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, จัดทำ Flow ด่วนสำหรับผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายภายใน 6 เดือน, ส่งเสริมการเข้าถึง การดูแลปัญหาสุขภาพจิตที่ OPD24 หรือแจ้งพยาบาลโดยตรง พร้อมเน้นติดตามภายใน 48 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 การกำกับติดตาม ทบทวน เรียนรู้จากผลที่เกิดขึ้น (Check)

ติดตามผลรายไตรมาสโดยใช้ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ อัตราการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการผิดนัดที่ต่ำกว่า 5% และอัตราการพยายามทำร้ายตนเองซ้ำ พร้อมทั้งจัด After Action Review และ Case Conference อย่างสม่ำเสมอ เพื่อถอดประสบการณ์และความรู้จากการปฏิบัติจริง ให้กลายเป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจน ระบบยังเสริมด้วยเครื่องมือดิจิทัล เช่น Microsoft Forms และ Line OA ที่ทำหน้าที่เหมือน Digital Dashboard ในการเฝ้าระวังแบบเรียลไทม์ ลดความล่าช้าและความผิดพลาด ทีมจึงได้นำปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการพัฒนางาน มาเรียนรู้ร่วมกันในทีม มีการพัฒนาคุณภาพ Continuous Quality Improvement อย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในภาพ



ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก (Act)

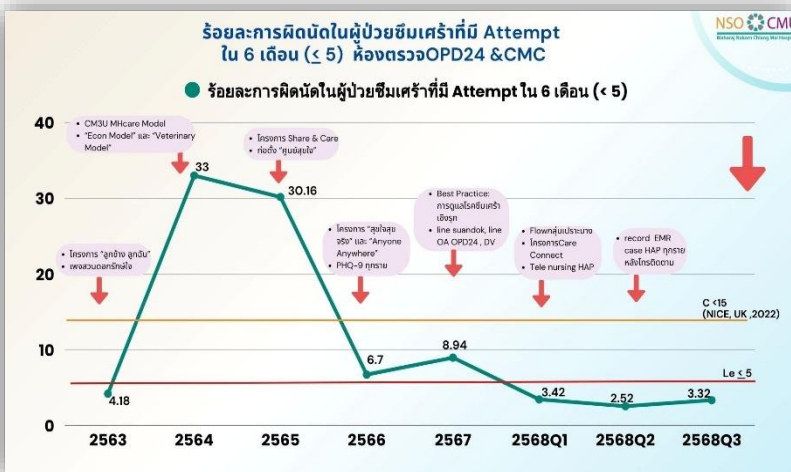
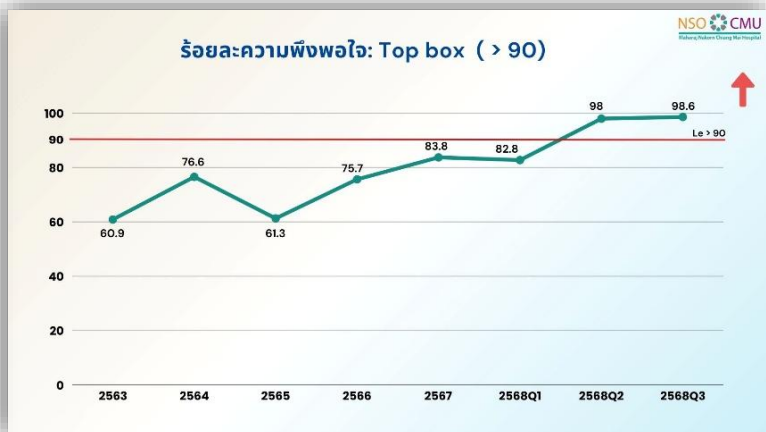
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้หยุดเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่สะท้อนถึงการหมุนเกลียว Continuous Quality Improvement (CQI) ที่พัฒนาไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ในองค์กร และความรับผิดชอบร่วมกัน (Shared Accountability) ของทีมสุขภาพจิต ส่งผลให้ Safety Referral เกิดเป็นการดูแลที่ปลอดภัย ยั่งยืน และเป็นต้นแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถต่อยอดเป็น Best Practice ที่ขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพจิตในระดับมหาวิทยาลัยและชุมชนได้จริง

6. ผลลัพธ์โครงการ :

6.1) การเพิ่มประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินโครงการแสดงให้เห็นการพัฒนาย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการผิมนัดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เคยพยายามทำร้ายตนเองลดลงจาก 8.94% ในปี 2567 เหลือต่ำกว่า 5% ภายในปี 2568 ขณะที่การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจาก 85% (2566) และ 90% (2567) เป็น 100% ติดต่อกัน 2 ไตรมาสในปี 2568

นอกจากนี้ คะแนนความพึงพอใจ (Top Box Score) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 80.82% (2566) เป็น 98.59% (ไตรมาส 3/2568) และไม่พบผู้ป่วย attempt ขัดลอคการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ Safety Referral Flow ที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและความต่อเนื่องของบริการ และยังสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพจิตว่าการดูแลที่ออกแบบขึ้นสามารถเป็นต้นแบบ Best Practice ที่ยั่งยืนและขยายผลสู่เครือข่ายได้จริง



6.2) สนับสนุนวิชาชีพและพันธกิจ

โครงการนี้ไม่ได้เป็นเพียงการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชิงรุก แต่ยังสะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในฐานะ “ผู้พิทักษ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Guardian)” ที่ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม พยาบาลไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติ แต่เป็น Change Agent ที่สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ผ่านการบูรณาการเครื่องมือคุณภาพ (PDSA, LEAN, EI3O) ร่วมกับแนวคิดการจัดการความรู้ (KM) จนเกิดเป็นสมรรถนะสำคัญด้านการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก การสื่อสารที่มีจริยธรรม และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ในองค์กร

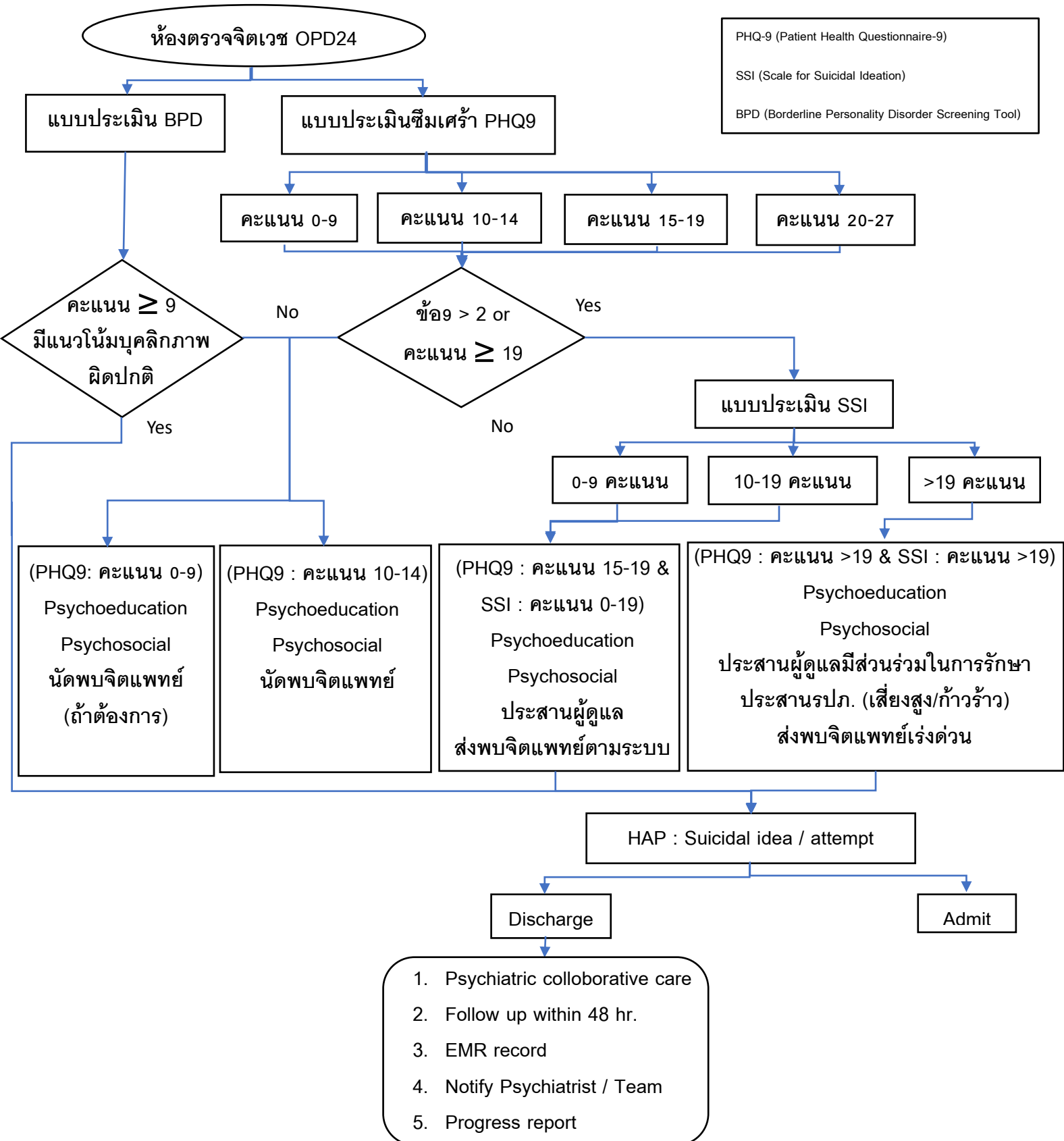
ในเชิงพันธกิจ โครงการนี้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์และจุดเน้นของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มุ่งเน้น “คุณภาพ ความปลอดภัย และความยั่งยืน” (Quality-Safety-Sustainability) โดยเปลี่ยนพันธกิจเหล่านี้ให้สามารถวัดผลลัพธ์ได้จริง ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภายใน 48 ชั่วโมงได้ครบ 100% การลดอัตราผิดนัดให้ต่ำกว่า 5% การไม่พบผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองซ้ำ และความพึงพอใจของผู้รับบริการสูงกว่า 98% ซึ่งนอกจากจะเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้รับบริการและครอบครัวแล้ว ยังช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อนของทีมสุขภาพจิตและเกิดความรับผิดชอบร่วมกันในทุกขั้นตอน ทำให้ระบบบริการมีความต่อเนื่องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

ดังนั้น CareConnect จึงไม่ใช่เพียงโครงการหนึ่ง แต่เป็นการพัฒนาเชิงระบบที่สามารถนำไปสู่การเป็น Best Practice ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พยาบาลจิตเวชสามารถขับเคลื่อนบทบาทผู้นำด้านนวัตกรรมบริการสุขภาพจิตได้อย่างแท้จริง ขณะเดียวกันยังช่วยให้องค์กรมีความน่าเชื่อถือ (Reliability) และ ความยั่งยืน (Sustainability) พร้อมทั้งจะขยายผลไปสู่เครือข่ายมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริง

7. บทเรียนและการต่อยอด :

จากการดำเนินโครงการ CareConnect ส่งต่อด้วยใจ ปลอดภัยทุกขั้นตอน ทีมสุขภาพจิตได้เรียนรู้ว่า “การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและกลุ่มที่เคยพยายามทำร้ายตนเอง” ไม่สามารถพึ่งพาการรักษาอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยระบบที่เชื่อมต่อ เชื่อถือ และเชื่อมโยง อย่างแท้จริง บทเรียนสำคัญคือ Safety Referral Flow ไม่ได้เกิดจากเครื่องมือคุณภาพเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจาก ศรัทธาและความเชื่อร่วมกันของทีมว่า ทุกชีวิตมีคุณค่า และทุกการส่งต่อคือโอกาสป้องกันความสูญเสีย บทบาทพยาบาลจิตเวชไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติอย่างเดียว หากยังเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ที่บูรณาการทั้ง Ethic, Synergy และเครื่องมือคุณภาพ เพื่อปิดช่องว่างความปลอดภัย และทำงานแบบ Shared Accountability ร่วมกับทีมและผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เพียงลดอัตราผิดนัดและการ attempt ซ้ำ แต่ยังสร้างความเชื่อมั่นว่า “เราช่วยชีวิตได้จริง” เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการที่ “รู้สึกอุ่นใจที่ไม่ถูกทิ้ง” ตอกย้ำคุณค่าของการเปลี่ยนแปลงนี้ ก้าวต่อไป คือการต่อยอดสู่เครือข่ายมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาล เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ น่าเชื่อถือ (Reliability) และ ยั่งยืน (Sustainability) พร้อมยืนยันบทเรียนที่ชัดเจนว่า คุณภาพ ความปลอดภัย และความเป็นมนุษย์ ต้องเดินไปพร้อมกัน นี่คือนวัตกรรมที่แท้จริงของ CareConnect

แนวทางการปฏิบัติ (guideline) เรื่องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชิงรุกและระบบส่งต่อที่ปลอดภัย
ไร้รอยต่อ(Proactive Depression Care Model: Safe & Seamless Referral Flow)
ห้องตรวจจิตเวชเบอร์24 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



8. เอกสารอ้างอิง :

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., & Rudd, M. D. (2022). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 313, 12–19.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.001>

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้พยายามทำร้ายตนเอง. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.

Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2020). Suicide prevention: An emerging priority for health care. *Health Affairs*, 39(11), 1854–1861. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00110>

Luxton, D. D., June, J. D., & Comtois, K. A. (2020). Can post-discharge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 41(4), 253–266.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000653>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Depression in adults: Treatment and management (NICE guideline NG222). London: NICE. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

องค์การอนามัยโลก. (2566). แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย: การดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤต. เจนีวา: องค์การอนามัยโลก.

สุตรัก พิละกันทา. (2564). รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *จิตเวชวิทยาสาร*, 37(3), 202–213.