ชุดเอกสาร ข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๙

ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม

(New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

โดย
สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่
(Youth National Health Assembly)

ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม

(New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

๑. ความเป็นมาและขอบเขตของประเด็น (Background and Scope)

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของประเด็น

สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ (Youth Health Assembly) เป็นกระบวนการภายใต้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[๑] ซึ่งเปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่อายุ ๑๕–๓๕ ปี ได้ร่วมระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้วยตนเอง เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๙[๒] โดยกระบวนการนี้เป็นการพัฒนาต่อยอดจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภาคคนรุ่นใหม่ (Youth National Health Assembly 2025) ซึ่งจัดขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ โดยมีคนรุ่นใหม่กว่า ๒๐๐ คน เข้าร่วมให้ความคิดเห็นต่อประเด็นของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๘[๓]

ในปีนี้ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่คนรุ่นใหม่ได้ขยายบทบาทจากการเป็นผู้ให้ความเห็นต่อประเด็นที่กำหนดไว้แล้ว ไปสู่การเป็นผู้ริเริ่มข้อเสนอประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากประสบการณ์ของตนเอง ผ่านกระบวนการเวทีระดับภูมิภาค ซึ่งขับเคลื่อนโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย Thailand Policy Lab มูลนิธิวายไอวาย มูลนิธินวัตกรรมสร้างสรรค์สังคม และภาคีเครือข่ายคนรุ่นใหม่[๒]

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอประกอบด้วยสามช่วง:

ช่วงแรก คือเวทีสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ระดับภูมิภาค ๔ ครั้ง ครอบคลุม ๕ พื้นที่[๒] ได้แก่

1. ภาคเหนือ ณ จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ ๘–๙ สิงหาคม ๒๕๖๙ (ผู้เข้าร่วม ๘๓ คน)
2. ภาคใต้ ณ จังหวัดสงขลา วันที่ ๘–๙ สิงหาคม ๒๕๖๙ (๗๓ คน)
3. ภาคกลางร่วมกับกรุงเทพมหานคร ณ กรุงเทพมหานคร วันที่ ๑๕–๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๙ (๑๓๙ คน)
4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ จังหวัดขอนแก่น วันที่ ๒๙–๓๐ สิงหาคม (๗๒ คน) รวมผู้เข้าร่วม ๓๖๗ คน

ช่วงที่สอง คือการสังเคราะห์รายงานภูมิภาคทั้งสี่ฉบับ[๔–๗] เป็นข้อเสนอเชิงปฏิบัติเบื้องต้น ๗ ประการ (7 Initiatives) โดย Thailand Policy Lab[๒]

ช่วงที่สาม คือการประชุมหารือร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ณ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย โดยมีผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับตัวแทนคนรุ่นใหม่จาก ๕ ภูมิภาค[๘] (ผู้เข้าร่วม (๖๗ คน)
ข้อเสนอเชิงนโยบายฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากผลของทั้งสามช่วง โดยนำข้อคิดเห็นจากการประชุมดังกล่าว[๙] มาประกอบการวิเคราะห์ร่วมกับเอกสารนโยบายที่เกี่ยวข้อง
แม้ว่าแต่ละภูมิภาคจะเลือกพิจารณาประเด็นสุขภาวะที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่สารเสพติด บุหรี่ไฟฟ้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฝุ่น PM ๒.๕ ไปจนถึงความมั่นคงทางอาหาร แต่ประเด็นด้านสุขภาพจิตกลับเป็นเรื่องที่ทุกภูมิภาคเห็นตรงกันโดยมิได้นัดหมาย[๒] ด้วยเหตุนี้ เอกสารฉบับนี้จึงมุ่งเน้นไปที่ประเด็นสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ โดยมีเหตุผลสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง ภาระปัญหาสุขภาพจิตมีความรุนแรงและกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่ โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่า วัยรุ่นอายุ ๑๐–๑๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๗ คน เผชิญความผิดปกติทางจิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของภาระโรคในกลุ่มอายุนี้ อีกทั้งการฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของผู้มีอายุ ๑๕–๒๙ ปี[๑๐] สำหรับประเทศไทย กลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุดในทุกช่วงวัย[๑๑] ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕–๑๙ ปี มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทุกกลุ่มอายุ[๑๒]

ประการที่สอง ปัญหาสุขภาพจิตในวัยนี้ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต โดยปัญหาที่ขาดการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในวัยรุ่นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ พร้อมทั้งจำกัดโอกาสในชีวิต[๑๐] ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ

ประการที่สาม เป็นห้วงเวลาเชิงนโยบายที่เหมาะสม เนื่องจากแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) กำลังจะสิ้นสุดลงในปี ๒๕๗๐[๑๓] ข้อเสนอของคนรุ่นใหม่จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการในรอบถัดไปได้ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ

๑.๒ ขอบเขตของประเด็น

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นไปที่กลุ่มคนรุ่นใหม่อายุ ๑๕–๓๕ ปี ตามกรอบของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่[๒] โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับช่วงวัยเปลี่ยนผ่านอายุ ๑๘–๒๔ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เผชิญความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด ทว่ากลับอยู่นอกเหนือขอบเขตนิยาม “เด็กและเยาวชน” ตามแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ซึ่งกำหนดไว้เฉพาะบุคคลที่มีอายุยังไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์[๑๓] (ดูข้อ ๔.๑ ประเด็นที่ ๔)
ขอบเขตเชิงระบบ ครอบคลุมบริการสุขภาพจิตทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ ๑) การส่งเสริมสุขภาพจิต ๒) การป้องกัน และ ๓) การตอบสนอง ตาม “แผนภาพโมเดลการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนแบบบูรณาการ” จากแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ.

๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓,๑๔] โดยดำเนินการขับเคลื่อนร่วมกันผ่าน ๔ ภาคส่วนหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยเอื้อ ๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับดูแล กำลังคน งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม ตลอดจนระบบข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย

หน่วยของการออกแบบ ครอบคลุมระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่ ทั้งครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน พื้นที่ทางศาสนาและวัฒนธรรม และพื้นที่ดิจิทัล โดยพิจารณาช่วงเวลาทั้งในและนอกสถานศึกษา ไม่จำกัดเพียงสถานศึกษาแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ไม่อาจแยกออกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งพ่อแม่ โรงเรียน และชุมชน[๙]

นอกขอบเขต ประเด็นสุขภาวะอื่นที่เวทีภูมิภาคยกขึ้น จะได้รับการพิจารณาเฉพาะในส่วนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิต

๑.๓ นิยามศัพท์ที่สำคัญ

ตาราง ๑ ประมวลนิยามศัพท์และกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ในเอกสารนี้

คำศัพท์	ความหมายในเอกสารนี้
คนรุ่นใหม่	บุคคลอายุ ๑๕–๓๕ ปี ตามกรอบสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่[๒] ซึ่งสอดคล้องกับช่วงอายุเยาวชนที่ใช้ในดัชนีการพัฒนาเยาวชนอาเซียน (ASEAN Youth Development Index: ASEAN YDI) ดัชนีนี้อาเซียนเริ่มจัดทำในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (ค.ศ. 2016) เพื่อเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการพัฒนาเยาวชน ทั้งในระดับอาเซียนและระดับประเทศสมาชิก[๑๕]
เด็กและเยาวชน	บุคคลที่อายุยังไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์ ตามนิยามของแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]
ช่วงเปลี่ยนผ่าน (transition-age youth)	คนรุ่นใหม่อายุ ๑๘–๒๔ ปี ที่กำลังเปลี่ยนจากระบบบริการเด็กไปสู่ระบบบริการผู้ใหญ่
สุขภาวะทางจิต / MHPSS	การสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support) ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู[๑๔]
บริการพหุระดับ	บริการที่จัดเป็นชั้นตามระดับความต้องการ ได้แก่ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย การป้องกันทั่วไป การป้องกันโดยมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การดูแลรักษาเบื้องต้น และการดูแลรักษาขั้นวิกฤต[๑๓]
ปัจจัยเอื้อ (enablers)	องค์ประกอบที่ทำให้ระบบทำงานได้ ๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับดูแล แรงงาน

	งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม และข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย[๑๓]
ผู้รับฟัง	บุคคลที่ผ่านการเตรียมความพร้อมให้รับฟังและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทางจิตใจ ครอบคลุมทั้งเพื่อนวัยเดียวกันและผู้ใหญ่รอบตัวคนรุ่นใหม่ เช่น ตัวแทนเพื่อน อาสามัคร ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ญาติ ผู้นำศาสนา และอาสาสมัครสาธารณสุข[๙]
บุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต	ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตที่ไม่ใช่วิชาชีพเฉพาะทางแต่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน ได้รับการรับรองและได้รับการให้คำปรึกษาและติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ (clinical supervision) เช่น ผู้รับฟังที่ได้รับการรับรอง ผู้ปฏิบัติงานภาคประชาสังคม และครูที่ผ่านการฝึกปฐมพยาบาลทางใจ
ระบบเฝ้าระวังและช่วยเหลือเชิงรุก	ระบบเชื่อมโยงข้อมูลข้ามหน่วยงานเพื่อค้นหาคนรุ่นใหม่ที่ต้องการความช่วยเหลือและส่งต่อไปยังผู้ดูแลได้ทันท่วงที โดยมุ่งที่การช่วยเหลือมากกว่าการแจ้งเตือนภัย

๒. สถานการณ์ แนวโน้ม และความท้าทาย (Situation, Trends and Challenges)

๒.๑ สถานการณ์ปัจจุบัน

รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ สะท้อนวิกฤตสุขภาพจิตในภาพรวมของประเทศ โดยระบุว่าประชากรไทยประมาณ ๑๓.๔ ล้านคน หรือคิดเป็นราวร้อยละ ๒๐ เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และมีประชากรราว ๔.๔ ล้านคนที่มีอาการในช่วง ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจ[๑๖] ยิ่งไปกว่านั้น สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด จาก ๑.๓ ล้านคนในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เป็น ๒.๙ ล้านคนในปีงบประมาณ ๒๕๖๖[๑๗] สอดคล้องกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เพิ่มขึ้นจาก ๗.๒๖ ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เป็น ๗.๙๔ ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง ๒๕,๕๗๘ คนในปี ๒๕๖๖[๑๒]

ในกลุ่มคนรุ่นใหม่และเยาวชน ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่าประชากรกลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี มีสัดส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชสูงที่สุด คือร้อยละ ๑๓.๗ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่มีเพียงร้อยละ ๕.๓ อย่างมีนัยสำคัญ[๑๑] ขณะเดียวกัน กลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ ๑๕–๑๙ ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยอยู่ที่ ๑๑๖.๘๑ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๖๖[๑๒] นอกจากนี้ การสำรวจสุขภาพนักเรียน (Global School-based Student Health Survey) พ.ศ. ๒๕๖๔ ยังระบุว่า นักเรียนอายุ ๑๓–๑๗ ปี ถึงร้อยละ ๑๗.๖ เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจังก่อนการสำรวจ[๑๘] โดยมีปัจจัยกดดันสำคัญมาจากแรงกดดันทางการศึกษา การปรับตัวในช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิต ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ ตลอดจนภัยคุกคามในโลกดิจิทัล โดยเฉพาะการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่เด็กและเยาวชนถึงร้อยละ ๕๕.๓ เคยประสบ[๑๙]

ในมิติเชิงโครงสร้างและระบบบริการ ประเทศไทยกำลังเผชิญข้อจำกัดรุนแรงด้านกำลังคนและการจัดสรรงบประมาณ โดยปัจจุบันมีจิตแพทย์เฉลี่ยเพียงประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน[๒๐] และมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่ปฏิบัติงานในระบบบริการไม่ถึง ๒๐๐ คน เพื่อดูแลกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีจำนวนมากกว่า ๑๔ ล้านคน[๒] ประกอบกับการกระจุกตัวของบุคลากรในกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยในต่างจังหวัดต้องเผชิญระยะเวลารอคิวยาวนาน[๒] จากภาพรวมดังกล่าว รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ ระบุว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในรอบ ๑๒ เดือนสามารถเข้าถึงบริการได้เพียงร้อยละ ๘.๒ เท่านั้น[๒๐] ขณะที่งบประมาณด้านสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรเพียงร้อยละ ๑.๘ ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด[๒๐] ยิ่งไปกว่านั้น งบประมาณของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ที่ได้รับจัดสรรจำนวน ๒,๙๘๕.๘๒ ล้านบาท ยังปรับลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๓,๐๑๑.๓๙ ล้านบาท) ถึง ๒๕.๕๗ ล้านบาท หรือลดลงประมาณร้อยละ ๐.๘๕[๒๑]

๒.๒ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้วิเคราะห์ปัจจัยเชิงแนวโน้มที่ส่งผลให้ความต้องการด้านบริการสุขภาพจิตของประชากรรุ่น Generation Z และ Generation Alpha ปรับตัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[๑๓] โดยทั่วไป Generation Z หมายถึงกลุ่มผู้เกิดระหว่าง ค.ศ. 1997–2012 (พ.ศ. ๒๕๔๐–๒๕๕๕) ซึ่งในปี ๒๕๖๙ มีอายุประมาณ ๑๔–๒๙ ปี[๒๒] ขณะที่ Generation Alpha หมายถึงผู้ที่เกิดตั้งแต่ ค.ศ. 2010 (พ.ศ. ๒๕๕๓) เป็นต้นไป ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้น[๒๓] (ทั้งนี้ ช่วงปีเกิดอาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อยตามบริบทของแต่ละแหล่งอ้างอิง)

ปัจจัยแนวโน้มสำคัญที่ระบุในแผนปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย การเติบโตในยุคดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเปรียบเทียบทางสังคมและการกลั่นแกล้ง แรงกดดันทางวิชาการ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่ไม่แน่นอน วิกฤตการณ์ระดับโลกอย่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว[๑๓] ในขณะเดียวกัน คนรุ่นใหม่มีความตระหนักและเปิดกว้างในการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น ซึ่งเป็นทั้งโอกาสสำคัญในการลดการตีตราทางสังคม และเป็นแรงกดดันรูปแบบใหม่ในเวลาเดียวกัน[๑๓]

นอกจากนี้ ผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงในระดับพื้นที่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มสูงขึ้น โดยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เด็กและเยาวชนที่ต้องเติบโตท่ามกลางเหตุความไม่สงบมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความวิตกกังวล และภาวะการเรียนที่หยุดชะงัก[๑๓] เช่นเดียวกับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งคนรุ่นใหม่ที่เคยต้องอพยพจากเหตุความขัดแย้งบริเวณชายแดนไทย–กัมพูชา ยังคงได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง แม้เหตุการณ์จะคลี่คลายลงแล้วก็ตาม[๒,๔]

๒.๓ ความท้าทายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยเชิงโครงสร้าง: ภารกิจที่ไม่ชัดเจนและข้อจำกัดทางกฎหมาย

ในมิติเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ประเมินว่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นเป้าหมายหลักในระดับประเทศและระดับกระทรวง ส่งผลให้การบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรเป็นไปอย่างจำกัดและไม่เพียงพอ[๑๓] แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีกลไกสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่แล้ว[๒๔] แต่ผู้แทนท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานจากการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนว่า งานด้านสุขภาพจิตยังคงถูกมองเป็นภารกิจฝากฝังเพิ่มเติม มากกว่าจะได้รับการขับเคลื่อนเป็นภารกิจหลักอย่างแท้จริง[๙]

ในเชิงกฎหมายและการรับรองวิชาชีพ มีเพียงสาขาจิตวิทยาคลินิกเท่านั้นที่ได้รับการรับรองเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒[๒๕] ในขณะที่นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตวิทยาโรงเรียนยังขาดกฎหมายรองรับวิชาชีพ[๒๖] ส่งผลให้บุคลากรกลุ่มนี้ยังไม่มีสถานะทางกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนในระบบบริการสุขภาพจิต นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๑ กำหนดให้การรับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง[๒๗] ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษา หากปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีสาเหตุมาจากความรุนแรงหรือความขัดแย้งภายในครอบครัว[๒]

ปัจจัยเชิงระบบ: การส่งต่อนโยบายหลายทอดและการเชื่อมโยงที่ไม่มีผลบังคับ

การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตในสถานศึกษามีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายชั้น โดยต้องส่งผ่านตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานระดับเขตและท้องถิ่น ไปจนถึงสถานศึกษา ซึ่งผลจากการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนว่า กระบวนการส่งต่อหลายทอดนี้ก่อให้เกิดความล่าช้า และทำให้สาระสำคัญเกิดความคลาดเคลื่อนก่อนถึงกลุ่มเป้าหมาย[๙] ในมิติเชิงข้อมูล ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับเด็กคนเดียวกันยังคงจัดเก็บอย่างแยกส่วนตามกระทรวง ได้แก่ ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน (HERO OBEC CARE) ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข และ (Child Protection Information System: CPIS) ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[๙] ซึ่งการประสานข้อมูลในปัจจุบันพึ่งพาเพียงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงาน โดยยังขาดกลไกหรือข้อกำหนดที่บังคับให้ต้องบันทึกข้อมูลร่วมกันอย่างจริงจัง[๙]

ข้อจำกัดดังกล่าวยังสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ที่ประเมินว่า ฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตเด็กยังไม่ได้รับการพัฒนาเป็นระบบฐานข้อมูลแห่งชาติที่มีการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นเอกภาพ[๑๓] ส่งผลให้เกิดรอยต่อและขาดความต่อเนื่องในการบูรณาการบริการเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร[๑๓]

ปัจจัยด้านกำลังคน

กำลังคนด้านสุขภาพจิตในภาครัฐประสบข้อจำกัดวิกฤตทั้งในด้านจำนวนและการกระจายตัวเชิงพื้นที่ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียงประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน[๒๐] ซึ่งสะท้อนผ่านแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ว่า ความไม่สมดุลระหว่างสัดส่วนบุคลากรและผู้ป่วยส่งผลกระทบโดยตรงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง[๑๓]

แม้ในระบบจะมีทุนกำลังคนนอกภาคบริการสุขภาพอยู่แล้ว เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)[๑๓] รวมถึงภาคประชาสังคมและกลุ่มคนรุ่นใหม่จำนวนมากที่มีความพร้อมในการทำงานด้านนี้[๙] แต่เนื่องจากยังขาดมาตรฐานการรับรองและสถานะที่ชัดเจนในการเชื่อมต่อกำลังคนเหล่านี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพจิตอย่างเป็นทางการ ภาระงานหลักจึงยังคงตกอยู่กับครูและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัด[๙]

ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี

การตีตราทางสังคมนับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้าถึงบริการช่วยเหลือ แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) สะท้อนว่า สังคมยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิต ตลอดจนมีทัศนคติเชิงลบต่อภาวะเจ็บป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากหลุดออกจากระบบการรักษา[๑๓] ซึ่งปัญหานี้ครอบคลุมถึงบริบทสถานศึกษาด้วย จึงมีข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นให้เร่งเสริมสร้างความรู้แก่ครูเพื่อป้องกันการตีตรานักเรียน[๙]

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ภาษา และชาติพันธุ์ มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ[๑๓] การดำเนินงานจึงจำเป็นต้องออกแบบ "พื้นที่ปลอดภัย" ที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่แทนการบังคับใช้รูปแบบเดียวทั่วประเทศ[๙] ในส่วนของเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่ามีบทบาทเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยง—โดยเฉพาะปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่เด็กและเยาวชนสูงถึงร้อยละ ๕๕.๓ เคยประสบ[๑๙]—และเป็นช่องทางการดูแลที่มีศักยภาพสูง[๑๓] อย่างไรก็ดี ควรวางตำแหน่งเทคโนโลยีเป็นเพียงเครื่องมือเสริม และไม่นำมาใช้ทดแทนความสัมพันธ์หรือการรับฟังระหว่างมนุษย์[๙]

๒.๔ ข้อมูลเชิงประจักษ์

ตาราง ๒: ประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านสถานการณ์สุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนไทย ทรัพยากรของระบบบริการ และค่าเป้าหมายระดับชาติ

ประเด็น	ข้อมูล / สถิติ (ปี)	แหล่งอ้างอิง
ผู้เคยมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต	๑๓.๔ ล้านคน หรือราวร้อยละ ๒๐ ของประชากร (รายงานปี ๒๕๖๘)	รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[๑๖]
ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ	๒.๙ ล้านคน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) เพิ่มจาก ๑.๓ ล้านคน (ปีงบประมาณ ๒๕๕๘)	กรมสุขภาพจิต อ้างในอินโฟเควสท์[๑๗]
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๗.๙๔ ต่อประชากรแสนคน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) เพิ่มจาก ๗.๒๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒)	กรมสุขภาพจิต อ้างใน The Bangkok Insight (๑๖ มกราคม ๒๕๖๗)[๑๒]
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	๒๕,๕๗๘ คน (ปี ๒๕๖๖) กลุ่มอายุ ๑๕–๑๙ ปีมีอัตราสูงสุด ๑๑๖.๘๑ ต่อประชากรแสนคน	กรมสุขภาพจิต อ้างใน The Bangkok Insight (๑๖ มกราคม ๒๕๖๗)[๑๒]
ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี	ร้อยละ ๑๓.๗ สูงสุดทุกช่วงวัย เทียบกับร้อยละ ๕.๓ ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (การสำรวจปี ๒๕๖๖)	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ กรมสุขภาพจิต อ้างในอมรินทร์ทีวี[๑๑]
นักเรียนที่เคยคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง	ร้อยละ ๑๗.๖ ของนักเรียนอายุ ๑๓–๑๗ ปี (การสำรวจปี ๒๕๖๔)	Global School-based Student Health Survey 2021 อ้างใน Kim (2022)[๑๘]
การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	ร้อยละ ๕๕.๓ ของเด็กและเยาวชนที่ตอบแบบสำรวจ (๒๕๖๘)	Online Safety Manual for Children and Young People 2025 องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย[๑๙]
จิตแพทย์	ประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน (รายงานปี ๒๕๖๘)	รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ อ้างในกรุงเทพธุรกิจ[๒๐]
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น	น้อยกว่า ๒๐๐ คน สำหรับเด็กและเยาวชนกว่า ๑๔ ล้านคน (๒๕๖๖)	กรมสุขภาพจิต (๒๕๖๖) อ้างในร่างข้อเสนอของ Thailand Policy Lab[๒]
งบประมาณกรมสุขภาพจิต	๒,๙๘๕.๘๒ ล้านบาท (ปีงบประมาณ ๒๕๖๙) ลดลงร้อยละ ๐.๘๕ จาก ๓,๐๑๑.๓๙ ล้านบาท (ปีงบประมาณ ๒๕๖๘)	เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ สำนักงบประมาณ[๒๑]

ประเด็น	ข้อมูล / สถิติ (ปี)	แหล่งอ้างอิง
ค่าเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเด็กและเยาวชน	ไม่เกิน ๕.๖ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายปี ๒๕๗๐)	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) หน้า จ[๑๓]
ค่าเป้าหมายครอบครัวที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ ๗๐ (เป้าหมายปี ๒๕๗๐)	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) หน้า จ[๑๓]

๓. บริบทเชิงนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง (Policy and Implementation Context)

๓.๑ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ตาราง ๓: ประมวลสาระกฎหมายและพันธกรณีระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของคนรุ่นใหม่

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยงกับประเด็น
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[๑]	รับรองสิทธิด้านสุขภาพและกำหนดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	เป็นฐานทางกฎหมายของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่และมติที่จะเกิดขึ้น
พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒[๒๗]	คุ้มครองสิทธิผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและกำหนดกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ระบุว่าการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มการเข้าถึงบริการของเด็กและเยาวชน[๑๓] และคณะทำงานด้านสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนตั้งขึ้นภายใต้กลไกนี้[๑๓]
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕[๒๘]	สิทธิประโยชน์และกองทุนหลักประกันสุขภาพ รวมถึงกองทุนระดับท้องถิ่น	ช่องทางการเงินสำหรับบริการปรึกษาและกิจกรรมเชิงป้องกันในพื้นที่[๒,๙]
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลัก	กำหนดหลักเกณฑ์การใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน	ฐานการเงินที่มีอยู่แล้วสำหรับกิจกรรมสุขภาพจิตเชิงป้องกันในชุมชน ซึ่งต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้ท้องถิ่นใช้ได้อย่างมั่นใจ

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยงกับประเด็น
กประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑[๒๔]		
พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[๒๙]	รับรองภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ทุกระดับ	ฐานทางกฎหมายของบทบาทคนรุ่นใหม่ในกลไกนโยบาย
พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒[๓๐]	หลักการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล	กำหนดขอบเขตการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจิตข้ามหน่วยงาน
อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก[๓๑]	สิทธิในการมีชีวิตรอด พัฒนา ได้รับการคุ้มครอง และมีส่วนร่วม (ข้อ ๑๒)	ฐานความชอบธรรมของการให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องที่กระทบตน
พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไข เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗[๒๕]	กำหนดสาขาการประกอบโรคศิลปะที่ต้องมีใบอนุญาต ซึ่งรวมถึงสาขาจิตวิทยาคลินิก ส่วนจิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาโรงเรียน และการบำบัดรูปแบบอื่นยังไม่มีกฎหมายวิชาชีพรองรับ[๒๖]	นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตวิทยาโรงเรียน ซึ่งเป็นกำลังคนสำคัญในสถานศึกษาและชุมชน ยังไม่มีมาตรฐานและการรับรองตามกฎหมาย ส่งผลต่อการกำหนดบทบาทในระบบบริการ

๓.๒ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐)[๓๒] ถือเป็นกรอบยุทธศาสตร์ระยะยาว ซึ่งแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ฉบับปัจจุบันจัดอยู่ในช่วงการดำเนินงานระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) [๑๓] ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เด็กและเยาวชนมีสุขภาพจิตดี ครอบครัว ชุมชน สังคม รอบรู้เท่าทันปัญหาและภัยคุกคามทางสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพจิตมีคุณภาพ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง”[๑๓] พร้อมทั้งกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ขับเคลื่อน ๔ ประการ ได้แก่ (๑) การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่เด็กและเยาวชน ครอบครัว ชุมชน สังคม (๒) การพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการในทุกระดับ (๓) การพัฒนากลไกและภาคีเครือข่ายในระดับชาติและพื้นที่ และ (๔) การบริหารและพัฒนาบุคลากร นวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัล และสารสนเทศ[๑๓]

นอกจากนี้ แผนปฏิบัติดังกล่าวยังนำแผนภาพโมเดลบริการพหุระดับ ซึ่งพัฒนาจากรายงานขององค์การยูนิเซฟ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันเบอร์เน็ต[๑๔] มาใช้เป็นเข็มมุ่งในการดำเนินงาน ซึ่งเอกสารฉบับนี้ได้นำมาใช้เป็นกรอบหลักในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง[๓๓] เป็นมติที่เกี่ยวข้องโดยตรง ข้อเสนอฉบับนี้ควรต่อยอดและไม่ซ้ำซ้อนกับมติดังกล่าว

ประเด็นที่อยู่ระหว่างการผลักดัน ได้แก่ การอนุญาตให้เยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป สามารถเข้าถึงบริการคัดกรองและรับการปรึกษาเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีที่มีความจำเป็น การจัดตั้งระบบและช่องทางส่งต่อด่วนระหว่างสถานศึกษากับโรงพยาบาลสำหรับเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพผ่านการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความพร้อมในการดูแลและจัดการเคสเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๒]

๓.๓ กลไกหรือมาตรการที่มีอยู่ และช่องว่าง

กลไกและเครื่องมือที่มีอยู่ เมื่อจัดเรียงตามระดับบริการของแผนภาพโมเดล มีดังนี้

ตาราง ๔: ประมวลกลไก เครื่องมือ และหน่วยงานหลักที่มีอยู่ในระบบสุขภาพจิตของคนรุ่นใหม่ จำแนกตามระดับบริการและปัจจัยเอื้อ

ระดับบริการ[๑๓]	กลไก / เครื่องมือที่มีอยู่	หน่วยงานหลัก
การส่งเสริม (สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย)	สื่อสารเชิงรุกในสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้เรื่อง cyberbullying[๒]; ต้นแบบพื้นที่ในชุมชน เช่น “พื้นที่สุขใจ” และ “ลานสร้างฝัน” ที่เวทีภูมิภาคเสนอ[๒]	กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
การป้องกันทั่วไปและเฉพาะกลุ่ม	ระบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน นักจิตวิทยาในโรงเรียน[๑๓]; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[๑๓]; School Health HERO[๒]	กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
การตอบสนอง (คัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่อง)	DMIND, Mental Health Check In, SDQ[๒]; สายด่วน 1323 และแชตออนไลน์; คลินิก	กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ระดับบริการ[๑๓]	กลไก / เครื่องมือที่มีอยู่	หน่วยงานหลัก
	วัยรุ่น; ศูนย์สุขภาพจิต ๑๓ เขต; ทีม MCATT[๒]; ระบบเฝ้าระวังคัดกรอง ส่งต่อของกรมกิจการเด็กและเยาวชนร่วมกับกรมสุขภาพจิต[๑๓]	
ข้อมูล (ปัจจัยเอื้อ)	HERO OBEC Care (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน), HDC (กระทรวงสาธารณสุข), CPIS (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)[๙]; iSEE[๒]	กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
งบประมาณ (ปัจจัยเอื้อ)	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น / กองทุนสุขภาพตำบล[๒]	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
การมีส่วนร่วม (ปัจจัยเอื้อ)	ภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ[๒,๒๙]; มาตรการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพจิต[๑๓]	กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
การกำกับดูแล (ปัจจัยเอื้อ)	คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต[๑๓]	กรมสุขภาพจิต

๓.๔ ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้วางกรอบบริการพหุระดับ กำหนดเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดระดับชาติไว้อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งตั้งคณะทำงานด้านสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนทำหน้าที่เป็นกลไกประสานงานหลัก[๑๓] ในส่วนระดับพื้นที่เวทีภูมิภาคได้นำเสนอโมเดลต้นแบบที่คนรุ่นใหม่ร่วมกันริเริ่มและออกแบบ เช่น “1 ชุมชน 1 พื้นที่สุขใจ” ของภาคเหนือ “PEACE OF MIND” ของพื้นที่ชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “SAFE SPACE ชายแดนใต้” และยะลาโมเดลใน ๓ โรงเรียนนำร่อง ตลอดจนข้อเสนอการจัดตั้งศูนย์สุขภาพในโรงเรียนและการเปิดบูธให้คำปรึกษาโดยสภานักเรียนของกรุงเทพมหานครและภาคกลาง[๒]

ประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อจังหวะเวลาในการขับเคลื่อน คือการที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ฉบับปัจจุบัน กำลังจะสิ้นสุดลงในปี ๒๕๗๐[๑๓] ส่งผลให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๙ เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังเตรียมพร้อมจัดทำแผนในรอบถัดไป

๓.๕ ช่องว่างของนโยบายและการดำเนินงาน

ช่องว่างทางนโยบายที่สะท้อนผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็น มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับจุดอ่อนที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้ประเมินไว้ในหลายมิติ ดังนี้

ตาราง ๕: ประมวลช่องว่างของระบบสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน เปรียบเทียบการประเมินในแผนปฏิบัติการฯ กับข้อสังเกตจากการรับฟังความคิดเห็น

ช่องว่าง	การประเมินในแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]	ข้อสังเกตจากการรับฟังความคิดเห็น ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙[๙]
ข้อมูลไม่เชื่อมโยงเป็นระบบเดียว	ฐานข้อมูลยังไม่ถูกจัดเป็นระบบฐานข้อมูลแห่งชาติ	ยังขาดแพลตฟอร์มกลางที่เชื่อมข้อมูลของทุกภาคส่วน
เครื่องมือคัดกรองมากเกินและใช้ยาก	“เครื่องมือการคัดกรองมีความหลากหลายและยากต่อการใช้งานในเชิงพื้นที่”	มีเครื่องมือจำนวนมากอยู่แล้ว ควรสนับสนุนให้ใช้เครื่องมือที่มีและเชื่อมเข้ากับการบูรณาการข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัดร่วมระดับชาติ จึงไม่มี	ตัวชี้วัดยังไม่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายระดับประเทศและกระทรวง ทำให้การบูรณาการงบประมาณไม่เพียงพอ	กลไกงบประมาณมีอยู่ แต่ยังขาดข้อมูลการสร้างความตระหนักและการสื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติ

แรงดึงงบและทรัพยากร		
งบประมาณกระจัดกระจาย	“งบประมาณมุ่งเป้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนถูกจัดสรรไปหลายกระทรวง ทำให้ขับเคลื่อนงานได้น้อยและล่าช้า”	เสนอให้ขยายงบประมาณด้านสุขภาพจิตไปยังหลายกระทรวงเพื่อตอบโจทย์แต่ละด้าน (ดูข้อ ๔.๑ ประเด็นที่ ๒)
การบูรณาการไม่ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่องเชิงนโยบายเมื่อเปลี่ยนผู้บริหาร	ขั้นตอนมากและการส่งต่อนโยบายหลายทอดทำให้ล่าช้าและไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย
การส่งต่อกรณีรุนแรงล่าช้า	การส่งต่อยังไม่ครอบคลุม ล่าช้า และข้อมูลจิตเวชเด็กไม่เชื่อมโยง	ผู้ที่อยู่จุดแรกของการพบปัญหายังไม่ทราบช่องทางการส่งต่อ
การดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ความไม่สงบ	การดูแลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังไม่ทั่วถึงต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฟื้นฟูถึงบ้านและชุมชน	การดูแลของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ยังผูกกับงบประมาณช่วงฉุกเฉิน
การเปลี่ยนผ่านจากบริการเด็กสู่ผู้ใหญ่	“มักจะมีช่องว่างในการให้บริการในระหว่างช่วงวัย”	ควรให้ทุกช่วงวัยเข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง
กลุ่มที่ยังไม่ถูกนับรวม	อาการอาจปรากฏต่างกันในกลุ่มเด็กที่มีความพิการหรือกลุ่มเปราะบาง	ยังไม่ครอบคลุมเด็กพิการ ผู้พิการ ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์

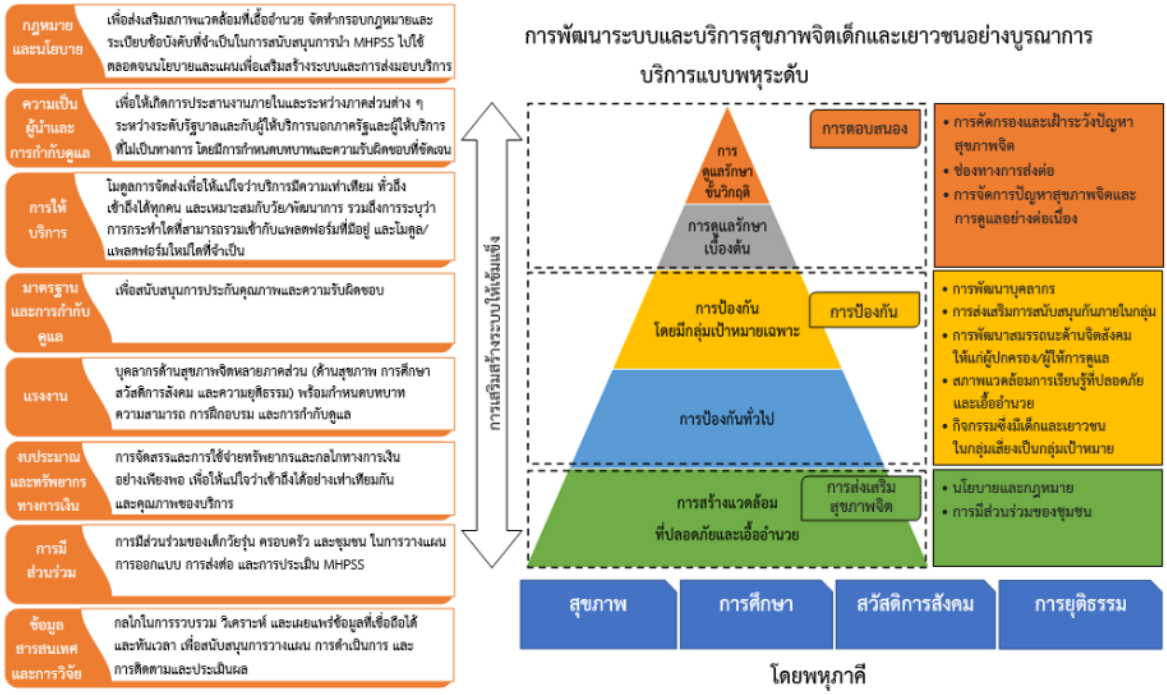
๔. ประเด็นสำคัญและเหตุผลเชิงนโยบาย (Key Issues and Policy Rationale)

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ได้นำ “แผนภาพโมเดลการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนแบบบูรณาการ” มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบ[๑๓] โดยแผนภาพดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากรายงานการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งจัดทำโดยองค์การยูนิเซฟ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันเบอร์เน็ต[๑๔] มีลักษณะเป็นพีระมิดการให้บริการพหุระดับ

ฐานที่กว้างที่สุดของพีระมิดบริการคือการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่าน “การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย” เพื่อให้ครอบคลุมเด็กและเยาวชนทุกคน ชั้นถัดขึ้นมาคือการป้องกัน ซึ่งแบ่งออกเป็นการป้องกันทั่วไปและการป้องกันโดยมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ส่วนยอดพีระมิดคือการตอบสนอง ซึ่งแบ่งเป็นการดูแลรักษาเบื้องต้นและการดูแลรักษาขั้นวิกฤต อันเป็นบริการเฉพาะรายที่มีความเร่งด่วนสูงสุดแต่รองรับประชากรได้น้อยที่สุด ทั้งนี้ การดำเนินงานในทุกระดับจะขับเคลื่อนอย่างบูรณาการผ่าน ๔ ภาคส่วน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม โดยรองรับด้วยปัจจัยเอื้อ

๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับดูแล กำลังคน งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม ตลอดจนข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย

แผนภาพโมเดลการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนแบบบูรณาการ



แหล่งอ้างอิง : ยูนิเซฟ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สถาบันเบอร์เน็ต: การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก: ประเทศไทย. ยูนิเซฟ กรุงเทพฯ ๒๕๖๕.

ที่มา: แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

เอกสารฉบับนี้ใช้แผนภาพโมเดลดังกล่าวเป็นกรอบในการวิเคราะห์

เหตุผลประการแรก กรอบแนวคิดนี้เป็นกรอบที่หน่วยงานหลักของประเทศให้การรับรองและใช้อยู่แล้วในแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ส่งผลให้ข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่สามารถสื่อสารกับหน่วยงานด้วยภาษาเดียวกัน และขับเคลื่อนต่อยอดจากแผนเดิมได้แทนที่จะเป็นการทำงานที่แข่งขันกัน

เหตุผลประการสำคัญยิ่งกว่าคือ กรอบแนวคิดนี้ช่วยสะท้อนให้เห็นภาพรวมของระบบได้อย่างครอบคลุม โดยเมื่อนำข้อเสนอจากเวทีภูมิภาค[๒] และข้อคิดเห็นจากการรับฟังความคิดเห็น[๙] มาจัดวางบนพีระมิดบริการร่วมกับ ๔ ภาคส่วน และปัจจัยเอื้อทั้ง ๘ ด้าน จะช่วยให้เห็นทั้งมิติที่มีข้อเสนอมารองรับแล้วและมิติที่ยังคงต้องเติมเต็มให้สมบูรณ์ ซึ่งภาพรวมดังกล่าวนำไปสู่ประเด็นสำคัญที่ค้นพบดังต่อไปนี้

๔.๑ ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ

ประเด็นสำคัญในส่วนนี้เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อเสนอจากเวทีภูมิภาค[๒] ร่วมกับข้อคิดเห็นที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็น[๙] โดยประยุกต์บนแผนภาพโมเดลของแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]

ประเด็นที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพจิตต้องเริ่มจากฐานของพีระมิด คือการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย

ข้อเสนอจากเวทีภูมิภาคให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการตอบสนองและการป้องกันเฉพาะกลุ่ม ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการเร่งด่วนที่คนรุ่นใหม่กำลังเผชิญ ได้แก่ การเข้าถึงผู้ให้คำปรึกษา การคัดกรอง และระบบการส่งต่อ[๒] ขณะเดียวกัน ผลการรับฟังความคิดเห็นชี้เพิ่มเติมว่า การลดจำนวนผู้ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาในระยะยาวจำเป็นต้องขับเคลื่อนงานลงไปถึงระดับฐานของพีระมิด

นั่นคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยทั้งในครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล โดยเฉพาะพื้นที่ที่คนรุ่นใหม่ใช้ผ่อนคลาย เรียนรู้ และพบปะกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงซ้ำหลายครั้งในการรับฟังความคิดเห็น[๙] นอกจากนี้ ภาคการยุติธรรมซึ่งเป็นหนึ่งในสี่ภาคส่วนหลักของแผนภาพโมเดล และเป็นส่วนที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้ระบุปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรมไว้อย่างชัดเจน[๑๓] ควรได้รับการนำมารวมไว้ในการขับเคลื่อน

ประเด็นที่ ๒ คอขวดอยู่ที่ภารกิจและมาตรฐาน มากกว่าการขาดบริการ

บริการหลากหลายประเภทที่คนรุ่นใหม่มีความต้องการนั้น มีการบรรจุอยู่ในระดับองค์ประกอบของแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) อยู่แล้ว อาทิ ระบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจิตวิทยาในสถานศึกษา[๑๓] ตลอดจนการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่[๑๓] อย่างไรก็ตาม ผลการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนชัดเจนว่าบริการเหล่านี้ยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้เต็มศักยภาพ เนื่องจากงานสุขภาพจิตยังไม่ถูกกำหนดให้เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานในระดับพื้นที่ การเชื่อมโยงการทำงานข้ามหน่วยงานยังพึ่งพาเพียงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เป็นหลัก และกระบวนการส่งผ่านนโยบายต้องผ่านหลายลำดับขั้น นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมยังตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานและหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบในหลายมิติ เช่น เกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรอง[๙] ทั้งนี้ ปัจจัยเอื้อเชิงระบบที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหานี้ ได้แก่ ด้านความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล ตลอดจนด้านมาตรฐานและการกำกับดูแล ซึ่งข้อเสนอฉบับนี้ได้กำหนดไว้เป็นแนวทางเฉพาะในแนวทางที่ ๔

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าสำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ โดยการที่ข้อเสนอเชิงบริการจากเวทีระดับภูมิภาคมีความใกล้เคียงหรือซ้ำซ้อนกับบริการที่มีอยู่เดิมนั้น มีสาเหตุสำคัญมาจากบริการเหล่านั้นยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของคนรุ่นใหม่ ดังนั้น คุณค่าที่แท้จริง

ของกระบวนการจึงอยู่ที่การสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ตรงเพื่อระบุจุดติดขัดเชิงระบบได้อย่างแม่นยำ ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจก่อนการพัฒนาหรือเพิ่มบริการใหม่ ทั้งนี้ หากมีการเพิ่มบริการใหม่โดยยังไม่แก้ปัญหาข้อติดขัดเชิงโครงสร้างเดิม บริการใหม่ที่จัดทำขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับอุปสรรคและปัญหาในลักษณะเดียวกันกับบริการที่มีอยู่เดิม

ในด้านงบประมาณ แม้ผู้เข้าร่วมการรับฟังความคิดเห็นจะเสนอให้ขยายงบประมาณด้านสุขภาพจิตไปอยู่ในหลายกระทรวง[๙] ขณะที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ประเมินว่างบประมาณที่กระจายไปหลายกระทรวงทำให้ขับเคลื่อนงานได้น้อยและล่าช้า[๑๓] แต่ทั้งสองข้อสังเกตนี้ไม่ได้ขัดแย้งกัน หากงบประมาณจากหลายแหล่งดำเนินงานภายใต้เจ้าภาพร่วมและตัวชี้วัดร่วมชุดเดียว ซึ่งจะตอบจุดอ่อนเรื่องการไม่มีตัวชี้วัดระดับชาติของแผนดังกล่าวโดยตรง[๑๓] ข้อเสนอฉบับนี้จึงกำหนดให้การพัฒนาตัวชี้วัดร่วมเพื่อการทำงานแบบบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางที่ ๔ และ ๕

ประเด็นที่ ๓ กำลังคนภาครัฐมีจำกัด จึงต้องดึงศักยภาพของเครือข่ายในระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่

ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพจิตในภาครัฐอยู่ในสภาวะตึงตัวอย่างมาก โดยประเทศไทยมีอัตราส่วนจิตแพทย์เพียงประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน[๒๐] ซึ่งการผลิตบุคลากรวิชาชีพเพิ่มเติมต้องใช้เวลาหลายปี ในขณะที่ความต้องการบริการยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[๑๗] อย่างไรก็ตาม ยังมีศักยภาพที่ยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ (Untapped potential) อีกมากในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ทั้งภาคประชาสังคม อาสาสมัครในชุมชน และผู้คนที่อยู่ในระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่ เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ทั้งนี้ ผลจากการรับฟังความคิดเห็นชี้ว่า มีผู้ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านนี้เป็นจำนวนมาก พร้อมเสนอให้จัดสร้างหลักสูตร ระบบใบรับรอง และการประกันคุณภาพสำหรับผู้รับฟัง[๙] ข้อเสนอดังกล่าวจึงมุ่งเน้นไปที่การพัฒนากำลังคนระดับ "บุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต" ซึ่งมีตำแหน่งทางยุทธศาสตร์อยู่ระหว่างอาสาสมัครกับบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง โดยต้องมีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน การรับรองการปฏิบัติงาน ระบบการให้คำปรึกษาและติดตามโดยผู้เชี่ยวชาญ (Clinical supervision) ตลอดจนมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม การพัฒนากำลังคนกลุ่มนี้ใช้เวลาและต้นทุนน้อยกว่าการผลิตจิตแพทย์เพิ่ม ทั้งยังสอดคล้องกับปัจจัยเอื้อด้านแรงงานตามแผนภาพโมเดลที่กำหนดให้มีบทบาท สมรรถนะ การฝึกอบรม และการกำกับดูแลบุคลากรจากหลากหลายภาคส่วนอย่างเป็นระบบ[๑๓]

อย่างไรก็ตาม บทบาทของคนรุ่นใหม่และบุคลากรสนับสนุนต้องเป็นไปในลักษณะการเสริมเติมเต็มระบบ โดยไม่เป็นการเข้าทดแทนภารกิจของบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง ตลอดจนต้องดำเนินงานภายใต้เงื่อนไขที่ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่ครู และไม่ส่งผลกระทบต่อภาระหน้าที่หลักตามพัฒนาการช่วงวัยของคนรุ่นใหม่[๒,๙]

ประเด็นที่ ๔ กลุ่มที่เสี่ยงที่สุดอยู่ในช่องว่างระหว่างระบบ

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) นิยามเด็กและเยาวชนว่าอายุยังไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์[๑๓] ขณะที่ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี[๑๑] แผนดังกล่าวระบุเองว่าการเปลี่ยนจากบริการเด็กเป็นบริการผู้ใหญ่มักมีช่องว่างในการให้บริการระหว่างช่วงวัย[๑๓] และครอบครัวคาดหวังการวางแผนเปลี่ยนผ่านที่ไร้รอยต่อจากวัยเยาวชนสู่วัยผู้ใหญ่[๑๓] แต่ขอบเขตและตัวชี้วัดของแผนไม่ครอบคลุมช่วงอายุนี้ ในระดับภาพรวม แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐) เป็นกรอบระยะยาวของประเทศ[๓๒] แต่จากการทบทวนเอกสารที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ยังไม่พบแผนหรือมาตรการระดับชาติที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการเปลี่ยนผ่านของคนรุ่นใหม่อายุ ๑๘–๒๔ ปี สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ซึ่งครอบคลุมอายุ ๑๕–๓๕ ปี จึงอยู่ในตำแหน่งที่จะชี้ช่องว่างนี้ได้ชัดเจน

ประเด็นที่ ๕ การออกแบบต้องครอบคลุมทั้งระบบนิเวศ (comprehensive) และนับรวมกลุ่มที่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง (inclusive)

ประเด็นนี้ครอบคลุม ๒ มิติสำคัญ มิติแรกคือการขยายความครอบคลุมไปยังระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่ ซึ่งผลการรับฟังความคิดเห็นเสนอให้เปิดรับผู้รับฟังที่เป็นผู้ใหญ่รอบตัว อาทิ ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน และญาติ พร้อมทั้งให้ระบบข้อมูลฝังตัวอยู่ในระดับชุมชน และกำหนดให้เส้นทางการส่งต่อการช่วยเหลือเริ่มต้นตั้งแต่ระดับชุมชน[๙] ส่งผลให้การออกแบบระบบต้องขยายขอบเขตจากสถานศึกษาไปสู่ครอบครัวและชุมชน มิติที่สองคือการนับรวมกลุ่มที่มักถูกทิ้งไว้ข้างหลังตามหลักการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave No One Behind) ได้แก่ เด็กนอกระบบการศึกษา เด็กพิการและผู้พิการ ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ที่หลุดจากระบบการรักษา[๙] ตลอดจนผู้มีความหลากหลายทางเพศ[๒] ซึ่งแม้แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) จะระบุความท้าทายด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาษา[๑๓] และสถานการณ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศไว้แล้ว[๑๓] ข้อเสนอเชิงปฏิบัติฉบับนี้จึงได้ระบุชื่อกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจน

ประเด็นที่ ๖ คนรุ่นใหม่ในพื้นที่อาจเป็นข้อต่อที่อ่อนที่สุดของระบบ แต่เป็นผู้ที่เข้าใจ และแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดที่สุด

ข้อเสนอจากเวทีระดับภูมิภาคกำหนดให้การวางกลไกตัวแทนคนรุ่นใหม่ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ทำหน้าที่เป็นฐานรากสำคัญของเครือข่ายการดำเนินงาน[๒] ทั้งนี้ ผลการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนชัดเจนว่า แม้กลไกในระดับตำบลจะยังคงเป็นระดับที่มีความเข้มแข็งน้อยที่สุด แต่กลับเป็นระดับที่เข้าใจและสามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ตรงจุดที่สุด[๙] ด้วยเหตุนี้ ภาคีเครือข่ายและกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ในแต่ละพื้นที่จึงควรได้รับการเสริมสร้างบทบาทและความเข้มแข็งผ่านการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยผู้เข้าร่วมการรับฟังความคิดเห็นเห็นว่าภาคีเครือข่าย กลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ ตลอดจนองค์กร

พัฒนาเอกชน สามารถเข้ามามีบทบาทที่สำคัญมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การร่วมจัดทำหลักสูตร การร่วมเป็นกรรมการในกลไกด้านสุขภาพจิต การร่วมกำหนดนโยบายกับหน่วยงานภาครัฐ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่ โดยต้องจัดให้มีเครื่องมือและกลไกสนับสนุนการทำงานของแกนนำอย่างเป็นระบบ[๙] นอกจากนี้ แกนนำคนรุ่นใหม่ในสถานศึกษาที่ผ่านการอบรมแล้ว ยังต้องการความชัดเจนเกี่ยวกับช่องทางและระบบการส่งต่อเมื่อพบผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ[๙]

๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย

เหตุผลเชิงหลักการ สุขภาวะทางจิตเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิด้านสุขภาพที่รับรองโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ[๑] และการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนในเรื่องที่กระทบตนเป็นสิทธิตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก[๓๑] แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) กำหนดหลัก “โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ไว้ในกลยุทธ์ด้านนโยบาย[๑๓] และกำหนดให้การมีส่วนร่วมของวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน “ในการวางแผน การออกแบบ การส่งต่อ และการประเมิน” เป็นปัจจัยเอื้อของระบบ[๑๓]

เหตุผลเชิงระบบ การเพิ่มบริการใหม่โดยไม่แก้เรื่องเจ้าภาพ ภารกิจ และมาตรฐาน จะซ้ำรอยปัญหาเดิมที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ประเมินไว้เอง การวางน้ำหนักที่ปัจจัยเอื้อด้านการกำกับดูแลจึงเป็นเงื่อนไขให้บริการที่มีอยู่ทำงานได้

เหตุผลเชิงประสิทธิภาพ การลงทุนที่ฐานพีระมิดและในบุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ช่วยลดจำนวนผู้ที่ต้องเข้าสู่ชั้นวิกฤต ซึ่งเป็นชั้นที่บุคลากรเฉพาะทางขาดแคลนที่สุดและเพิ่มได้ช้าที่สุด

เหตุผลเชิงประชากร กลุ่มอายุที่มีความชุกสูงสุดอยู่นอกขอบเขตของแผนเด็กและเยาวชน การไม่ปิดช่องว่างนี้หมายถึงการไม่ดูแลกลุ่มที่เสี่ยงที่สุด

๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ

หากไม่ดำเนินการ ภาระของชั้นวิกฤตจะเพิ่มต่อเนื่องขณะที่บุคลากรเฉพาะทางเพิ่มได้ไม่ทัน ระยะรอคิวที่ยาวอยู่แล้วจะยาวขึ้น เครือข่ายอาสาสมัครและภาคประชาสังคมที่ทำงานอยู่จะสลายไปเพราะไม่มีสถานะและงบประมาณต่อเนื่อง ผลกระทบทางจิตใจในพื้นที่ความขัดแย้งจะสะสมต่อหลังพ้นช่วงฉุกเฉิน เพราะกลไกดูแลผูกกับงบฉุกเฉิน[๒,๙] คนรุ่นใหม่อายุ ๑๘–๒๔ ปีจะยังหลุดอยู่ระหว่างระบบบริการเด็กและผู้ใหญ่ และความเชื่อมั่นของคนรุ่นใหม่ต่อกระบวนการมีส่วนร่วมจะลดลง หากข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ครั้งแรกไม่ถูกนำไปใช้จริง

๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน

จังหวะเวลา: การที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) กำลังจะสิ้นสุดลงในปี ๒๕๗๐[๑๓] ส่งผลให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ถือเป็น

โอกาสสำคัญในการขับเคลื่อนข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการในรอบถัดไปตั้งแต่เริ่มต้น แทนที่จะเป็นเพียงการเสนอชุดโครงการใหม่ที่ทำงานซ้ำซ้อนหรือแข่งขันกับแผนงานเดิม

กลไกที่มีอยู่แล้ว: คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน[๑๓] สามารถทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานตามมตินี้ได้โดยไม่จำเป็นต้องจัดตั้งกลไกใหม่ขึ้นมาเพิ่มเติม ซึ่งตอบคำถามที่ยกขึ้นในการรับฟังความคิดเห็นว่าควรปรับใช้กลไกที่มีอยู่หรือจัดตั้งกลไกใหม่[๙]

ภาคีที่พร้อม: ในการประชุมเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ได้มีผู้แทนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และภาควิชาการ เข้าร่วม[๘] ซึ่งนับเป็นกลุ่มหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาและการขับเคลื่อนภารกิจในระดับท้องถิ่น โดยมีองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ร่วมทำหน้าที่ในฐานะผู้พัฒนากรอบแผนภาพโมเดล[๑๓,๑๔]

สำหรับนวัตกรรมและต้นแบบในระดับพื้นที่ แนวคิด “1 ชุมชน 1 พื้นที่สุขใจ” ของภาคเหนือ ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางข้ามภูมิภาค โดยผู้แทนจากภาคใต้แสดงความสนใจที่จะนำแนวคิดดังกล่าวไปปรับใช้ในพื้นที่[๙] อีกทั้งยังมีต้นแบบอื่นๆ จากเวทีภูมิภาคที่มีความพร้อมในการขยายผลอย่างเป็นรูปธรรม[๒] นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้เสนอรูปแบบการดำเนินงานที่มีฐานงบประมาณรองรับอย่างยั่งยืน ผ่านการให้บริการปรึกษาและแนะแนวในโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำจังหวัดที่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนและขยายผลไปยังโรงเรียนอื่นต่อไป[๙]

๕. ประเด็นเพื่อการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (Issues for Consideration)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติควรพิจารณากำหนดกรอบทิศทางนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนในประเด็นต่อไปนี้

ประเด็นที่ ๑ การสร้างฐานของพีระมิด มุ่งเน้นการพัฒนาครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล ให้เป็นสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อสุขภาวะทางจิต โดยเสนอให้กำหนดการจัดตั้งและบริหารจัดการพื้นที่ปลอดภัยในชุมชนเป็นภารกิจหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบและหลักสูตรการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม

ประเด็นที่ ๒ การพัฒนาระบบนิเวศผู้รับฟังและการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากระดับชุมชน มุ่งเน้นการจัดให้มีผู้รับฟังใกล้ตัวที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ควบคู่กับการสร้างเส้นทางการดูแลรักษาแบบไร้รอยต่อที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงบริการเฉพาะทาง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลโดยไม่ขาดตอนเมื่อผู้รับบริการพ้นภาวะวิกฤตหรือก้าวผ่านช่วงวัยเด็ก ตลอดจนขยายขอบเขตการให้บริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่มักถูกมองข้ามอย่างทั่วถึง

ประเด็นที่ ๓ การกำหนดเจ้าภาพ ภารกิจ และมาตรฐานของระบบ มุ่งเน้นการยกระดับงานสุขภาพจิตคนรุ่นใหม่ให้เป็นภารกิจหลักที่มีหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งจัดให้มีตัวชี้วัด กำลังคน งบประมาณ และฐานข้อมูลร่วมกันในทั้ง ๔ ภาคส่วน โดยบูรณาการงบประมาณจากหลากหลายแหล่งทุน

ภายใต้กรอบตัวชี้วัดร่วมเพียงชุดเดียว เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีเอกภาพ

ประเด็นที่ ๔ การรับรองบทบาทของคนรุ่นใหม่ มุ่งเน้นการยกระดับให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมออกแบบ ดำเนินงาน และร่วมประเมินผลระบบสุขภาพจิตอย่างครบวงจร โดยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างและกลไกในระดับฐานรากให้มีความพร้อม ก่อนการมอบหมายบทบาทและภารกิจอย่างเป็นรูปธรรม

๖. เอกสารอ้างอิง (References)

๑. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. (๒๕๕๐). *ราชกิจจานุเบกษา*.

๒. Thailand Policy Lab. (๒๕๖๙). *(ร่าง) ข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๙ "การยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่: จากการตั้งรับสู่การส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกอย่างมีส่วนร่วม"* (ฉบับวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๙). เอกสารไม่ตีพิมพ์.

๓. National Health Commission Office. (2025). Youth National Health Assembly 2025: Empowering youth voices for health and sustainability. https://en.nationalhealth.or.th/youth-national-health-assembly-2025-empowering-youth-voices-for-health-and-sustainability/

๔. *Regional insights from Area Northeast Thai Youth on public health policies: รายงานข้อเสนอและเจตนารมณ์ของคนรุ่นใหม่: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพที่ทัชใจ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

๕. *Regional insights from Area South Thai Youth on public health policies: รายงานข้อเสนอและเจตนารมณ์ของคนรุ่นใหม่: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพที่ทัชใจ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ภาคใต้.

๖. *Regional insights from Bangkok Metropolitan Region Area: Thai Youth on public health policies: รายงานข้อเสนอและเจตนารมณ์ของคนรุ่นใหม่: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคกลางและพื้นที่กรุงเทพมหานครของประเทศไทย เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพที่ทัชใจ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ กรุงเทพฯ ปริมณฑล และภาคกลาง.

๗. *Regional insights from Northern Thailand to inform national action: รายงานเยาวชนประเด็น PM 2.5 สุขภาพจิต และความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาในระดับภูมิภาค: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระดับชาติ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ภาคเหนือ.

๘. สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่. (๒๕๖๙). *ร่างกำหนดการประชุมหารือข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙*. เอกสารไม่ตีพิมพ์.

๙. สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่. (๒๕๖๙). บันทึกข้อคิดเห็นจากการประชุมหารือข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ณ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. เอกสารไม่ตีพิมพ์.

๑๐. World Health Organization. (2025, September 1). Mental health of adolescents [Fact sheet]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

๑๑. กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๖). การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖. อ้างในอมรินทร์ทีวี. https://www.amarintv.com/lifestyle/beauty/524814

๑๒. The Bangkok Insight. (๒๕๖๗, ๑๖ มกราคม). รายงานข่าวสถิติการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒–๒๕๖๖ ของกรมสุขภาพจิต. https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/general/1255261/

๑๓. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (๒๕๖๖). *แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.

๑๔. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, และสถาบันเบอร์เน็ต. (๒๕๖๕). *การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก: ประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.

๑๕. ASEAN Secretariat. (2017). First ASEAN Youth Development Index: An Overall Framework and YDI 2016 Selected Domains and Indicators of ASEAN Member States. Jakarta: ASEAN Secretariat.

๑๖. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๘). สุขภาพคนไทย ๒๕๖๘. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. https://www.thaihealthreport.com

๑๗. อินโฟเควสท์. (ม.ป.ป.). ไทยป่วยจิตเวชเพิ่ม สภาพเศรษฐกิจ-สังคมกดดัน พบฆ่าตัวตายสูง (อ้างข้อมูลกรมสุขภาพจิต). https://www.infoquest.co.th/?p=401638

๑๘. Kim, K. (2022, August 30). Poor youth mental health is costing Thailand. Bangkok Post. เผยแพร่ซ้ำโดยสหประชาชาติ ประเทศไทย. https://thailand.un.org/en/node/197448

๑๙. UNICEF Thailand. (2025). Online Safety Manual for Children and Young People 2025. https://www.unicef.org/thailand/reports/online-safety-manual-children-and-young-people-2025

๒๐. กรุงเทพธุรกิจ. (๒๕๖๙). รายงานข่าวผลรายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๖๘ ด้านสุขภาพจิต. https://www.bangkokbiznews.com/health/well-being/1216746

๒๑. สำนักงบประมาณ. (๒๕๖๘). เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ฉบับปรับปรุงตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย. https://infocenter.oic.go.th/upload/cms/1762832907_8298.pdf

๒๒. Dimock, M. (2019, January 17). Defining generations: Where Millennials end and Generation Z begins. Pew Research Center. https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins/

๒๓. McCrindle, M., & Fell, A. (2020). Understanding Generation Alpha. McCrindle Research.

๒๔. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑. (๒๕๖๑). ราชกิจจานุเบกษา.

๒๕. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗. ราชกิจจานุเบกษา.

๒๖. THE STANDARD. (๒๕๖๘, ๒๙ กรกฎาคม). บทความว่าด้วยช่องว่างการกำกับดูแลวิชาชีพจิตวิทยาการปรึกษาในประเทศไทย. https://thestandard.co/?p=1101292

๒๗. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒. *ราชกิจจานุเบกษา*.

๒๘. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. (๒๕๔๕). *ราชกิจจานุเบกษา*.

๒๙. พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม. *ราชกิจจานุเบกษา*.

๓๐. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒. (๒๕๖๒). *ราชกิจจานุเบกษา*.

๓๑. United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. General Assembly resolution 44/25.

๓๒. คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐). อ้างในเอกสารอ้างอิงลำดับที่ ๑๓.

๓๓. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๖๖). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖: มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

๓๔. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์). (๒๕๖๙, ๑๓ ตุลาคม). 5 ปี คิด for คิดส์ กับภารกิจออกแบบนโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต. https://kidforkids.org/5-years-kid-for-kids/

ภาคผนวก

รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ระดับภูมิภาค

(ภาคเหนือ ใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง กรุงเทพมหานครและปริมณฑล)

