



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
หมวดสุขภาพจิต

คำนำ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยหมวดสุขภาพจิตฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ติดตามและประเมินผลสถานการณ์ระบบสุขภาพ และมีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยสุขภาพจิตเป็น 1 ใน 12 สาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต มาตรการที่เสนอไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และทบทวนพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพจิต โดยการทบทวนวรรณกรรมรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิด้านสุขภาพจิตและการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอภาพรวมของแนวทางการติดตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้เจตนารมณ์และหลักการสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยจะครอบคลุมถึงแนวคิดพื้นฐานของธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต นำมากำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับมาตรการภายใต้ธรรมนูญหมวดสุขภาพจิต มีจำนวนตัวชี้วัด ทั้งหมด 18 ตัวชี้วัด โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จากเอกสาร (Documentary Analysis) ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรการภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย และ 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินงานตามมาตรการภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในภาพรวม และผลการดำเนินงานตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต จำนวน 18 ตัวชี้วัด นำไปวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกับมาตรการที่กำหนดไว้ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เพื่อสรุปเป็นสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยหมวดสุขภาพจิต และให้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับการดำเนินงานของระบบสุขภาพจิตไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 และนำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนบริการสุขภาพในระยะต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i
ส่วนที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 กรอบแนวคิดในการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	2
1.4 วิธีการเก็บข้อมูล	3
1.5 การนำไปใช้ประโยชน์	3
ส่วนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	4
2.1 สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย	4
2.2 สถานการณ์ของระบบสุขภาพจิตในประเทศไทย	17
2.3 ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย	23
2.4 บทบาทของภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนในการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต	26
ส่วนที่ 3 วิธีการติดตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	30
3.1 กรอบแนวทางการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	31
3.2 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล	33
3.3 เครื่องมือการติดตามและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิต	34
3.4 ตัวชี้วัดสุขภาพจิตสรุปตามเป้าหมาย/มาตรการ ภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2565	35
3.5 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต	45
ส่วนที่ 4 สรุปและอภิปรายผล	69
4.1 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิตตามตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	70

สารบัญ(ต่อ)

4.2	อภิปรายผลเกี่ยวกับการบรรลุตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	102
4.3	ข้อจำกัด ลักษณะเป้าหมายของตัวชี้วัด และตัวชี้วัดเพิ่มเติม	120
ส่วนที่ 5	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน	122
เอกสารอ้างอิง		จ

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	กรอบแนวทางการประเมินผลตามตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	33
ตารางที่ 2	ตัวชี้วัดสุขภาพจิตสรุปตามเป้าหมาย/มาตรการ ภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2565	35

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	2
ภาพที่ 2	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2566	5
ภาพที่ 3	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2557-2567	6
ภาพที่ 4	คนไทย ในปีงบประมาณ 2567	7
ภาพที่ 5	แนวโน้มผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ปี 2558-2566	8
ภาพที่ 6	10 กลุ่มโรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยรับบริการมากที่สุด ปี 2566	9
ภาพที่ 7	ความเสี่ยงทางสุขภาพจิต ตามช่วงวัย ปี 2567	10
ภาพที่ 8	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2567	14
ภาพที่ 9	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย แยกตามกลุ่ม ปีงบประมาณ 2567	15
ภาพที่ 10	สัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	19
ภาพที่ 11	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2567	20
ภาพที่ 12	บุคลากรทางจิตเวชในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565	20
ภาพที่ 13	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2567	24

ส่วนที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ตามมาตรา 25 (5) และ มาตรา 27 (3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผล เกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่อำนาจ สืบสวน ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการ ดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามมาตรา 25 (5) และ มาตรา 27 (3) แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีการนำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มาใช้ประโยชน์โดยการใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึง ประสงค์ของไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ใน 5 ปี จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาชุดตัวชี้วัด ระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับร่วมกันขึ้น เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ ระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการรายงานต่อสาธารณะ หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงให้คำแนะนำเชิงนโยบายต่อคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป

สำหรับในเรื่องของสุขภาพจิตนั้น เป็นเรื่องที่มีการระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับ ที่ 3 พ.ศ. 2565 มีเป้าหมายในระยะ 5 ปี เพื่อให้ “ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ รวมทั้ง มีความเข้มแข็งทางใจสามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างมีความสุข ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ และประชาชนไทยทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Detection) เพื่อป้องกันและลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช รวมทั้งจัดระบบงานและระบบ บริการสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนไทย ทุกกลุ่มทั้งใน ภาวะปกติและภาวะวิกฤติ” ซึ่งการจะทราบว่าการดำเนินงานของประเทศไทยในเรื่องของสุขภาพจิตนั้นบรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไรนั้น ต้องมีการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

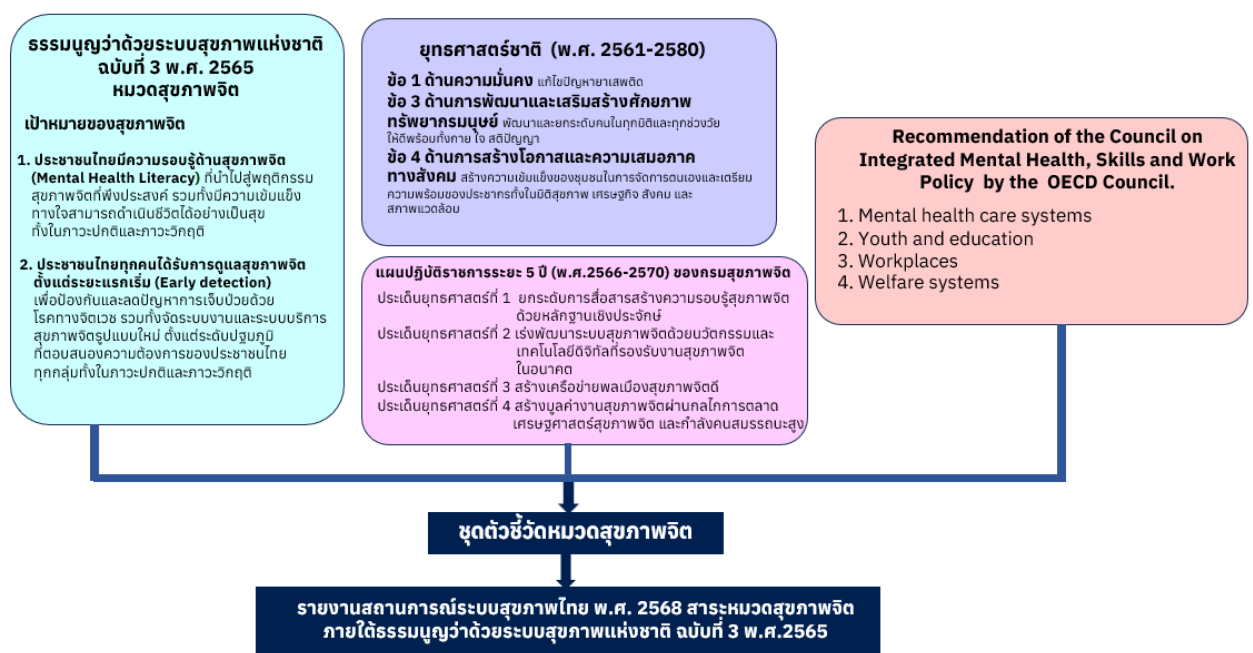
รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอภาพรวมของแนวทางการติดตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ เจตนารมณ์และหลักการสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยจะครอบคลุม ถึงแนวคิดพื้นฐานของธรรมนูญฯ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการประเมินผล กลไกและวิธีการ ติดตาม ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมสุขภาพจิตของประเทศใน

ข้อมูลและเนื้อหาที่นำเสนอในรายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตให้เ็นไปตามเป้าหมายของธรรมนูญฯ และนำไปสู่การสร้างสังคมที่เปี่ยมด้วยสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อจัดทำ “ชุดตัวชี้วัดสุขภาพจิต” ที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
- 2) เพื่อติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพ หมวดสุขภาพจิต
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับการดำเนินงานของระบบสุขภาพจิต ไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565

1.3 กรอบแนวคิดในการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

1.4 วิธีการเก็บข้อมูล

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 จำนวน 18 ตัวชี้วัด

1.5 การนำไปใช้ประโยชน์

- 1) สามารถนำผลการติดตามตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิตไปใช้ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิต
- 2) ใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนบริการสุขภาพจิต
- 3) นำเสนอข้อมูลให้กับสาธารณชน หน่วยงานเอกชน หรือสื่อมวลชน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิต
- 4) สนับสนุนการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน

ส่วนที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้หมวดสุขภาพจิตของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้ดำเนินการศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย
- 2.2 สถานการณ์ระบบสุขภาพจิตในประเทศไทย
- 2.3 ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย
- 2.4 บทบาทของภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนในการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต

2.1 สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย

จากสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม ประกอบกับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความรุนแรงควบคู่ไปกับวิกฤตเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนรอบด้าน จากงานวิจัยในอดีตและข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงตัวบุคคล แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างต่อเศรษฐกิจมากกว่าที่คาดคิดไว้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเกือบ 1 ใน 5 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก

ปัญหาสุขภาพจิตกลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ข้อมูลจากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประชาชนไทย ระบุว่า ภายในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา มีประชาชนมากถึง 4.4 ล้านคนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 18–24 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านทางพัฒนาการและต้องเผชิญกับแรงกดดันจากหลายด้าน โดยพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะป่วยทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง ร้อยละ 13.7 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีอัตราเพียง ร้อยละ 5.3 (กรมสุขภาพจิต, 2566)



4.4 ล้านคน

เคยมีโรคจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิต
12 เดือนที่ผ่านมา

13.4 ล้านคน

เคยมีโรคจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิต
อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต

ภาพที่ 2 การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2566

ที่มา : สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต พ.ศ.2566

สถานการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิด Ecological Model และ Life-Course Perspective ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตมีหลากหลายมิติ ตั้งแต่ระดับบุคคล (เช่น บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์) ระดับครอบครัว (เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง) จนถึงระดับสังคม และโครงสร้าง (เช่น ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และผลกระทบจากสื่อดิจิทัล)

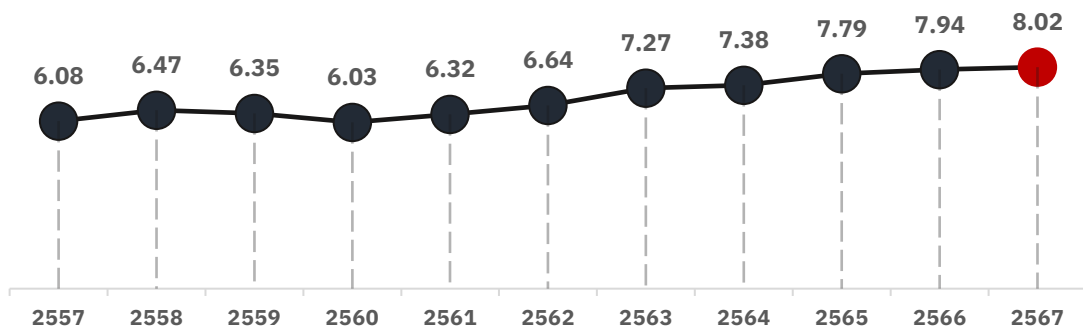
ปัจจัยเสี่ยงใหม่ที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ ความกดดันจากการศึกษา การแข่งขันทางสังคม การขาดพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ และการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับ Digital Mental Health Context ที่พบว่าการบริโภคข้อมูลและการเปรียบเทียบตนเองในโลกออนไลน์ มีผลกระทบต่อความภาคภูมิใจในตนเองและระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ (Twenge et al., 2017)

ดังนั้น ปัญหาสุขภาพจิตจึงไม่ใช่เพียงปรากฏการณ์ส่วนบุคคล แต่เป็นผลสะสมของโครงสร้างทางสังคม สภาพแวดล้อม และการตอบสนองของระบบสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการปรับตัวอย่างรอบด้านและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มประชากรเป้าหมายในแต่ละช่วงวัย โดยกรมสุขภาพจิต ได้มีการศึกษาและการระดมความคิดเห็น เพื่อกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต ตลอดจนการทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต เพื่อทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ระยะครึ่งหลังของแผนฯ ของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569-2570 ซึ่งระบุสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ดังนี้

2.1.1 ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะความเปราะบางทางสุขภาพจิตของประชาชนโดยรวม จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 10 ปี ย้อนหลัง พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น และหลังเกิดวิกฤตการณ์โควิด 19 ทำให้สถานการณ์เพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากข้อมูลจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ปีงบประมาณ 2563-2567 รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 7.27, 7.38, 7.79, 7.94 และ 8.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยมีกลุ่มวัยทำงานเพศชายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง รายละเอียดตามภาพที่ 3

**อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2557 - 2567
(ต่อแสนประชากร)**



ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2557-2567

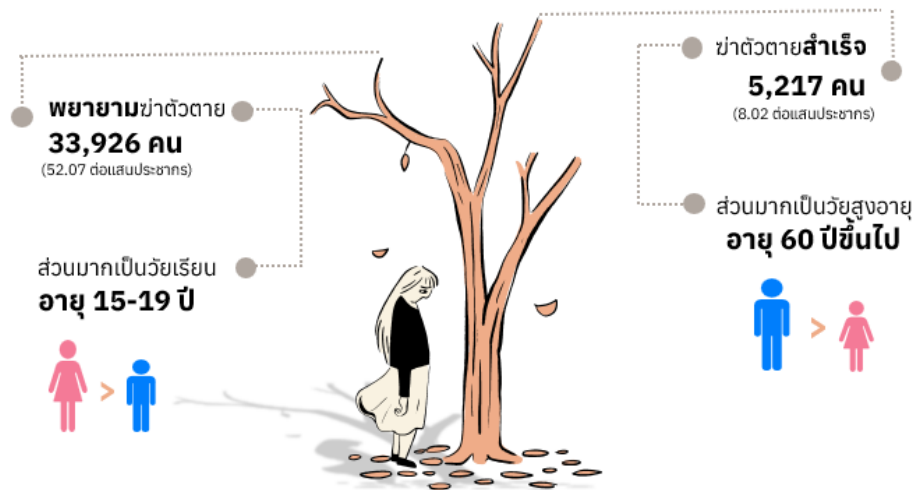
ที่มา : ใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข งบ 2561-2567

ประชากรกลางปี 2561-2566 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

การเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา เช่น ภาวะความเครียดจากภาวะหนี้สิน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้สารเสพติด และข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในบางพื้นที่ ปรากฏการณ์นี้จึงมิใช่เพียงเรื่องของปัจเจกบุคคลเท่านั้น หากแต่เป็นสัญญาณเชิงโครงสร้างที่บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น การเฝ้าระวัง และวิเคราะห์แนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันที่ตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากข้อมูลจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ปีงบประมาณ 2567 รวบรวมโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งสิ้น 5,217 ราย หรือ คิดเป็น 8.02 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยประมาณ 15 รายต่อวัน หรือ 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง โดยมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึงประมาณ 33,000 ราย หรือเฉลี่ย 93 ครั้งต่อวัน สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญในการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชนที่อยู่ในช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันหลากหลาย ดังภาพที่ 4

“คนไทย” ในปีงบประมาณ 2567



ภาพที่ 4 คนไทย ในปีงบประมาณ 2567

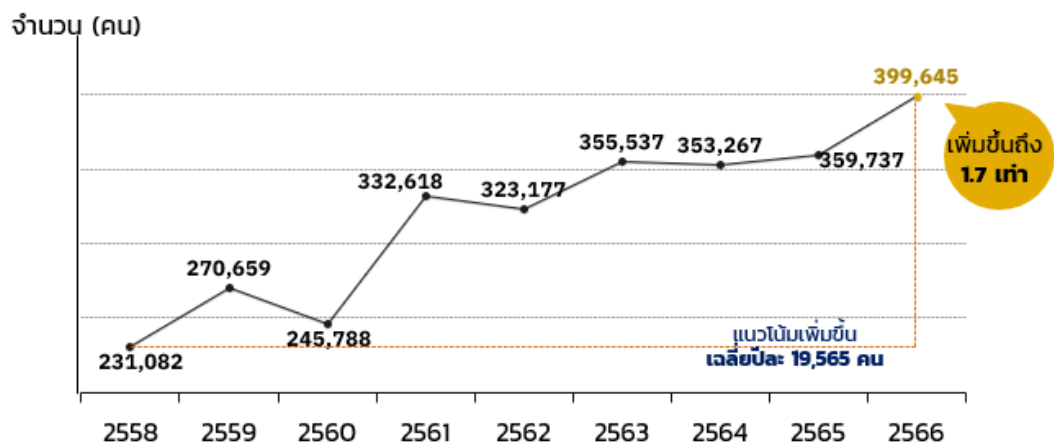
ที่มา : ข้อมูลจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย รวบรวมโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2567 และข้อมูลพยายามฆ่าตัวตายจาก ระบบคลังสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

การฆ่าตัวตายจึงไม่ใช่เพียงปรากฏการณ์ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล หากแต่เป็นผลลัพธ์สะสมของทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงโครงสร้างทางสังคมและบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การพัฒนาและยกระดับระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เช่น ระบบคัดกรอง การเข้าถึงบริการตั้งแต่ระยะต้น รวมถึงกลไกทางสังคมที่ลดการตีตราและส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราการฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน

จากสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนถึงความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในประชากรทุกกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการจิตเวช 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders), โรคซึมเศร้า (Depression) และ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งล้วนเป็นภาวะที่ต้องการการวินิจฉัยและดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้แนวโน้มผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะลดลงในบางปี แต่จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มจาก 231,082 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 399,645 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 1.7 เท่า ภายในระยะเวลา 8 ปี ดังภาพที่ 5 - และภาพที่ 6

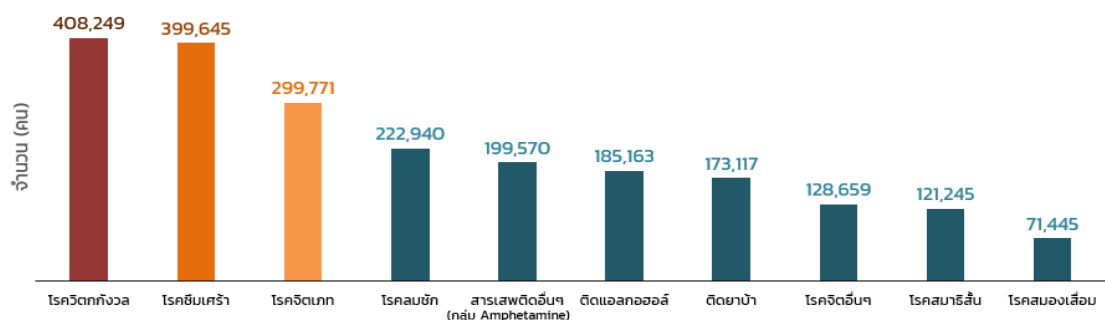
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ปี 2558 - 2566



ภาพที่ 5 : แนวโน้มผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ปี 2558-2566

ที่มา : สถิติการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต

10 กลุ่มโรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยรับบริการมากที่สุด ปี 2566



ภาพที่ 6 : 10 กลุ่มโรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยรับบริการมากที่สุด ปี 2566

ที่มา : สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

*หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วยจิตเวชรับบริการทั้งหมด 2.9 ล้านคนในปีงบประมาณ 2566

สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางระบบเฝ้าระวัง (Surveillance) การส่งเสริม (Promotion) การป้องกัน (Prevention) และการดูแลรักษา (Treatment) อย่างบูรณาการ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็ง

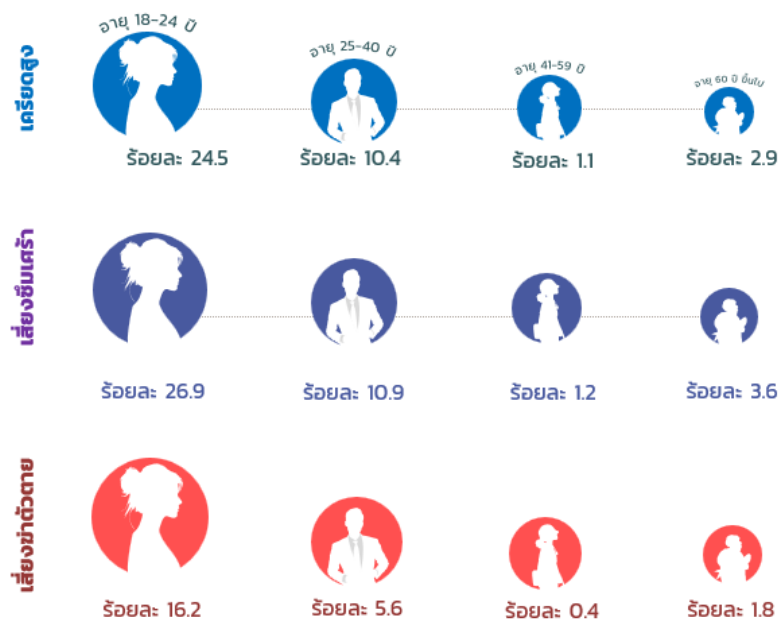
ของระบบบริการในระดับปฐมภูมิ การใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ และการบูรณาการภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพจิตที่กำลังทวีความซับซ้อนในสังคมไทย

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเครื่องมือออนไลน์ “Mental Health Check In” เพื่อใช้ในการประเมิน และคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของประชาชนในระดับเบื้องต้น โดยเปิดให้เข้าถึงผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งสามารถประเมินระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างรวดเร็ว และเป็นส่วนตัว ข้อมูลจากระบบ Mental Health Check In ระหว่างปี พ.ศ.2564-2567 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงตามบริบทและสถานการณ์ของแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ร้อยละ 9.3 ของผู้ที่ทำแบบประเมินมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดสูง ร้อยละ 10.0 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และ ร้อยละ 5.5 มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ตัวเลขดังกล่าวจะมีแนวโน้มลดลงจากปี 2566 แต่ยังคงถือว่าอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในปี 2567 ยังคงเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อ ภาวะเครียดสูงถึง ร้อยละ 24.5 ความเสี่ยงต่อซึมเศร้า ร้อยละ 26.9 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 16.2 ขณะที่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่า ร้อยละ 51.4 แสดงภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ปกติ โดยมีความเสี่ยงต่อซึมเศร้า ร้อยละ 8.4 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.0 รายละเอียด ดังภาพที่ 7

ข้อมูลจากระบบ Mental Health Check In จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้าง สุขภาพจิตเชิงรุกในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมและทั่วถึง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และระบบบริการ สุขภาพในทุกระดับ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการลุกลามไปสู่ภาวะวิกฤต

ความเสี่ยงทางสุขภาพจิต ตามช่วงวัย ปี 2567



ภาพที่ 7 : ความเสี่ยงทางสุขภาพจิต ตามช่วงวัย ปี 2567

ที่มา : ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิต

2.1.2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มวัย

กลุ่มเด็กปฐมวัย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยในปี 2564 ด้วยเครื่องมือ Denver II พบว่า ร้อยละ 29.7 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยพบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.8 สูงกว่า เด็กอายุ 0-2 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.8 ซึ่งอาจอนุมานได้ว่าเป็นผลจากการเลี้ยงดู สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยกรมสุขภาพจิต ในปี 2564 ที่แม้ว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.78 ซึ่งเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีค่ามากกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ =100) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการพัฒนาทางการศึกษา การดำเนินโครงการด้านโภชนาการ การเรียนรู้ และการดูแลสุขภาพจิต รวมไปถึงนโยบายสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การกระตุ้นพัฒนาการในวัยเด็ก และการส่งเสริมการอ่าน ซึ่งส่งผลให้เด็กมีศักยภาพในการเรียนรู้ที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มเชิงบวกของพัฒนาการทางสติปัญญาในเด็กไทย บ่งชี้ว่าระดับสติปัญญาโดยรวมของเด็กไทยอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง แต่ยังมีเด็กไทยที่มีสติปัญญากพร่อง (IQ<70) อยู่ถึงร้อยละ 4.2 ซึ่งมากกว่ามาตรฐานสากล (ร้อยละ 2.2) โดยความท้าทายที่สำคัญในปัจจุบัน คือ การที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 ในขณะที่อัตราการเกิดของเด็กมีแนวโน้มลดลง เด็กเหล่านี้จะเป็นผู้รับภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนในการพัฒนาเด็ก เพื่อให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ พ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเด็ก สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลเด็กตาม Nurturing Care for Early Childhood Development ของ WHO ซึ่งนอกจากเรื่องสุขภาพดี (Good Health) โภชนาการเหมาะสมและเพียงพอ (Adequate Nutrition) แล้ว ยังเน้นการดูแลที่ตอบสนองเชิงบวก (Response Caregiving) ความมั่นคงปลอดภัย (Security and Safety) และโอกาสสำหรับการเรียนรู้ (Opportunities for Early Learning) ของเด็กอีกด้วย จากการที่กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการส่งเสริมทักษะพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program : Triple-P) สำหรับเด็กอายุ 2-6 ปี และ โปรแกรมฉลาดรัก ฉลาดเลี้ยง (7-Day Parenting) สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี

กลุ่มวัยรุ่นเรียนและเยาวชน มีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวล โดยเฉพาะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหายาเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้น คือ ปัญหาความเครียด จากข้อมูลประเมินสุขภาพจิตคนไทย ปี 2567 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า เยาวชนอายุ 18 -24 ปี ยังคงมีความเสี่ยงสูง โดยร้อยละ 24.5 เสี่ยงเครียดสูง ร้อยละ 26.9 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 16.2 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ขณะที่เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีเพียง ร้อยละ 51.4 และ ร้อยละ 8.4 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 14.0 เสี่ยงฆ่าตัวตาย

กลุ่มวัยทำงาน จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้วัยทำงานเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นความเครียดโรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ ในบางกรณีนำมาซึ่งการสูญเสียจากการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับข้อมูลการลาออกของแรงงานในประเทศไทยที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ว่างงานตามระเบียบของสำนักงานประกันสังคม

โดยกองบริหารข้อมูลตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เดือนมกราคม 2565 พบว่า มีผู้ขึ้นทะเบียนว่างงาน 88,119 คน เหตุผล คือ การลาออกด้วยตนเองเนื่องจากภาวะหมดไฟ ไม่มีความสุขในการทำงาน มีจำนวนถึง 77,143 คน หรือร้อยละ 87.54 นอกจากนี้ ข้อมูลจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566 รายงานว่า วิทยทำงานเป็นกลุ่มที่ขอรับบริการเพื่อปรึกษาเรื่องความเครียด วิตกกังวล และความไม่พึงพอใจในชีวิตการทำงานสูงถึง 5,989 สาย จากทั้งหมด 8,009 สาย ซึ่งแสดงถึงความต้องการในการรับคำปรึกษาและการช่วยเหลือในด้านจิตใจอย่างมาก หากภาวะความเครียดและความวิตกกังวลนี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อาจทำให้ปัญหาสุขภาพร่างกาย ทีวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ตลอดจนส่งผลต่อศักยภาพในการทำงาน และชีวิตประจำวัน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของกลุ่มวิทยทำงานถือเป็นเรื่องที่สำคัญเร่งด่วน ในสังคมไทยในปัจจุบัน โดยควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เพิ่มการสนับสนุนทางจิตสังคม และพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของพนักงาน

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ผู้สูงวัยต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากความเหงาและโดดเดี่ยวจากการอยู่คนเดียว โดยในปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.9 มีความสุขระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี 2565 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ ถึงร้อยละ 49 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยมีสัดส่วน ร้อยละ 28.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด นอกจากการขาดกิจกรรมและการอยู่คนเดียวแล้ว ยังมีผู้สูงอายุจำนวน 8 แสนคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 10.2 ต่อประชากรแสนคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ซึ่งจำนวนนี้กว่าร้อยละ 90 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 14.4 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 9.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าช่วงวัยอื่น

ทั้งนี้ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นจากปัจจัยทางสังคมที่ซับซ้อนและหลากหลาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และสุขภาวะทางใจของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่เปราะบาง เช่น กลุ่มวิทยทำงาน กลุ่มคนโสด กลุ่มเยาวชน และกลุ่ม “Sandwich Generation” ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลทั้งบุตรหลานและผู้สูงอายุในครอบครัวพร้อมกัน ท่ามกลางสถานะเศรษฐกิจที่เปราะบางและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและสังคม

การแยกตัวและความเหงา กลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะในเขตเมืองที่จำนวนคนโสดเพิ่มขึ้น อัตราการแต่งงานล่าช้า และการหย่าร้างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล งานวิจัยของ Holt-Lunstad et al. (2015) พบว่า การขาดความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในระดับเดียวกับการสูบบุหรี่ 15 มวนต่อวัน ขณะที่ข้อมูลจากรายงานสุขภาพคนไทย 2568 (โดย สสส. ปี 2568) ระบุว่า ในปี 2566 มีคนไทยถึง 4.4 ล้านคนที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 18–24 ปี ที่มีอัตราภาวะป่วยทางจิตเวชถึง ร้อยละ 13.7 เทียบกับเพียง ร้อยละ 5.3 ในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป

Sandwich Generation เป็นกลุ่มที่มีภาระซ้อนทับ ทั้งการดูแลบุตรและผู้สูงอายุ พร้อมกับภาระหน้าที่การงานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังและความเหนื่อยล้าทางใจ จากการศึกษาของ Pew Research Center (2013) พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้มีระดับความเครียดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ แม้ในรายงานสุขภาพคนไทย 2568 จะไม่ได้แยกสถิติกลุ่มนี้โดยเฉพาะ แต่ข้อมูลด้านความเครียดและความเสี่ยงของวัยทำงานบ่งชี้ถึงปัญหาเชิงระบบที่ยังต้องการนโยบายสนับสนุนโดยตรง

ความเครียดจากงานและเศรษฐกิจ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่กระทบสุขภาพจิต โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรมและผู้ประกอบการรายย่อยที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนทางรายได้ ภาวะเงินเฟ้อ หนี้สิน และต้นทุนชีวิตที่เพิ่มขึ้น งานวิจัยจาก OECD (2020) ระบุว่าความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดและความวิตกกังวลในประชากรในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า มีผู้เข้ารับบริการสุขภาพจิตในปี 2566 มากถึง 2.9 ล้านคน โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และ โรคจิตเภท

2.1.3 ปัญหายาเสพติดและความรุนแรง

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิตพบว่า คนไทยกว่า 6 ล้านคนเคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และจำนวน 1.3 ล้านคนเข้าข่ายติดสุรา ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม สารเสพติดที่คนไทยใช้มากที่สุด ได้แก่ กระท่อม และกัญชา ทั้งเพื่อสันทนาการและทางการแพทย์ และในบรรดาสารเสพติดทั้งหมด กัญชามีแนวโน้มสร้างความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด โดยพบว่า ผู้ใช้กัญชาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ร้อยละ 5 ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น และผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการจิตเวชรุนแรงและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองและผู้อื่น หลงผิด หรือมีความคิดทำร้ายผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่การก่อคดีร้ายแรงในชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อลดโอกาสกำเริบซ้ำ

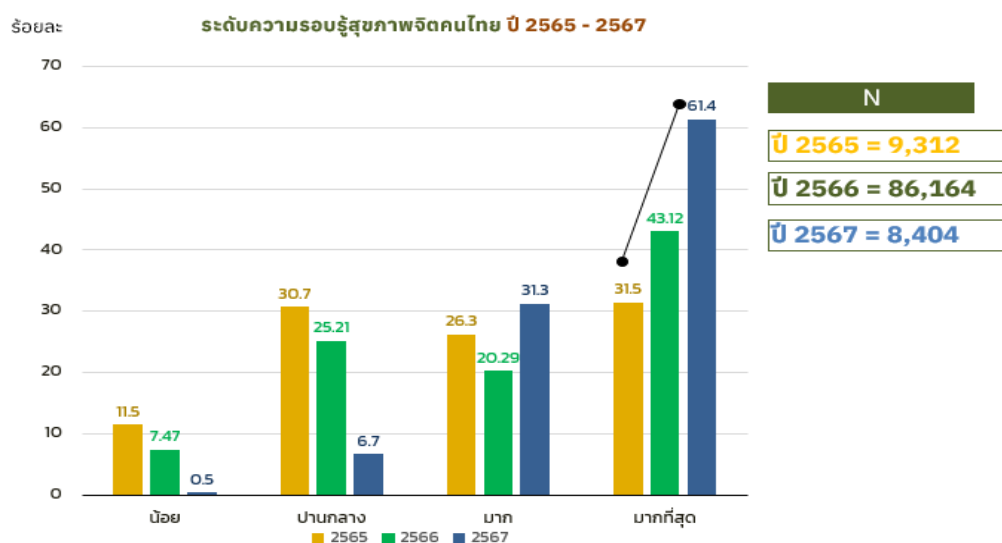
สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย มีจำนวน 381,656 คน คิดเป็นร้อยละ 39.35 ของผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบำบัดทั้งหมด 969,901 คน และมีผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จำนวน 533,399 คน คิดเป็นร้อยละ 23.62 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,258,253 คน การใช้สารเสพติดไม่เพียงส่งผลต่อบุคคล แต่ยังสร้างปัญหาในชุมชน ในปี พ.ศ. 2567 มีการรายงานความเดือดร้อนจากปัญหาสารเสพติดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 35.6 ปัญหาที่พบมาก ได้แก่ การส่งเสียงดัง การกระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน และการทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ชายมีอัตราการใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า และการเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยมักเริ่มจากกัญชา ยาบ้า ไอซ์ และสารระเหย เช่น กาว สี ทินเนอร์ ดังนั้น การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังในอนาคต

2.1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้าน เศรษฐกิจ สังคม หรือสุขภาพทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) จึงกลายเป็น หนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในยุคที่ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายกลุ่มวัย ทั้งเด็ก เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ (Kutcher et al., 2016) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้น หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น การรู้จักอาการของโรคจิตเวช วิธีการรักษา รวมถึง การรู้จักแหล่งบริการสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงได้ (Jorm et al., 1997) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่เพียงช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยทางจิตในระยะยาว แต่ยังช่วยลดการตีตราทางสังคมที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช และช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้อย่างเหมาะสม (Sampaio et al., 2022)

ในปี พ.ศ.2567 ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย พบว่า ภาพรวม ประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีถึงดีมาก ถึงร้อยละ 92.7 โดยกลุ่มวัยทำงานมีระดับความรู้ สูงกว่าผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด พบว่า แม้จะมีความรอบรู้ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่อยู่ใน ระดับที่พอใช้ได้ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความรอบรู้ให้กับกลุ่มประชากรทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดดังภาพที่ 8 และ ภาพที่ 9

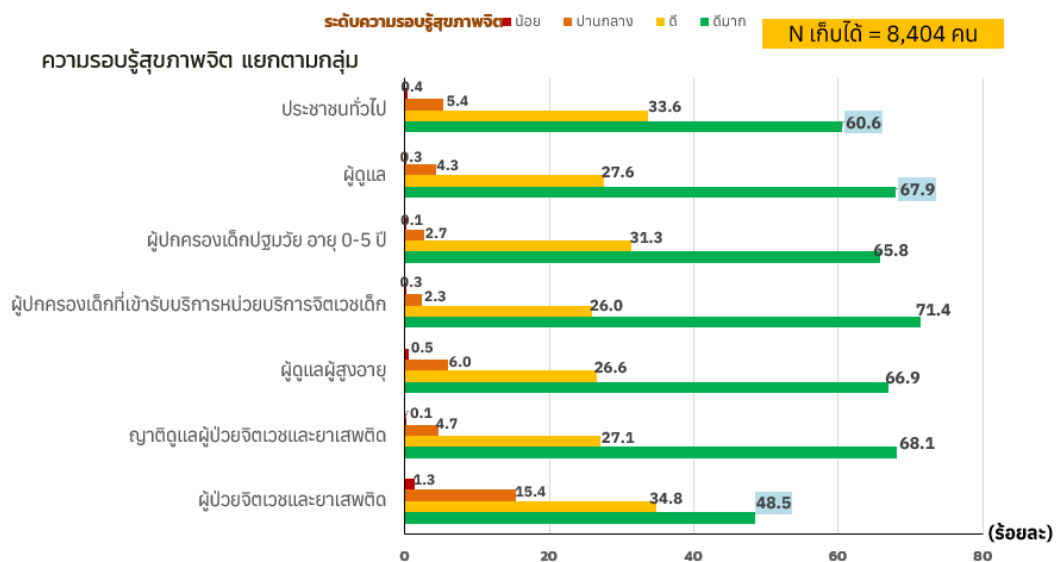
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2567



ภาพที่ 8 : ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

ที่มา : การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2567, สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2567



ภาพที่ 9 : ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย แยกตามกลุ่ม ปีงบประมาณ 2567

ที่มา : การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2567, สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

หนึ่งในความท้าทายสำคัญคือการลดการตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการตีตราต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความคิดที่ว่า "ผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนอ่อนแอ" หรือ "การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่ต้องปิดบัง" สิ่งเหล่านี้ยังคงเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้คนไม่กล้าเปิดเผยปัญหาของตนเองและไม่กล้าที่จะขอความช่วยเหลือ (Kutcher et al., 2016) ข้อมูลจากการสำรวจยังพบว่าการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในสื่อสิ่งพิมพ์สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้และลดอคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญในการป้องกันและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในระดับบุคคลและสังคม การลดการตีตราทางสังคม การเพิ่มการเข้าถึงการรักษา และการเสริมสร้างทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นจะช่วยสร้างสังคมที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.5 พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (Mental Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (Mental Health Behaviour) คือ พฤติกรรมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียด ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต และสามารถรักษาความสมดุลของอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยมีการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในด้านสังคมและการทำงาน การมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดีไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคทางจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือโรคจิตเวชอื่นๆ แต่ยังช่วยให้บุคคลมีทักษะในการรับมือกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์สามารถอธิบายได้จากหลายมุมมอง ทั้งในด้านการรับรู้ถึงสุขภาพจิต การจัดการความเครียด และการพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคม แนวคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โมเดล Biopsychosocial ซึ่งมองสุขภาพจิตในมุมมองที่ครอบคลุม โดยคำนึงถึงสามปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological) ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological) และปัจจัยทางสังคม (Social) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและรักษาสุขภาพจิตที่ดี การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์จึงต้องคำนึงถึงทั้งสามปัจจัยนี้อย่างมีสมดุล (Engel, 1977)

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น การมีความสุขในชีวิต การปรับตัวให้เข้ากับความเครียดหรือปัญหาชีวิต สามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือโรคจิตเวชอื่นๆ โดยการที่บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต สามารถควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้สุขภาพจิตของบุคคลนั้นๆ อยู่ในสภาวะที่ดี นอกจากนี้ยังมีผลต่อการมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นอีกด้วย (Ryff, 1989) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ยังมีความสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยการมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพจิต เช่น การรักษาความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ หรือการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้นและรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Keyes, 2002)

ตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

1) การจัดการความเครียด (Stress Management) การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นส่วนสำคัญในการรักษาสุขภาพจิตที่ดี เทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจลึก การทำสมาธิ หรือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เครียดได้ดีขึ้น (Kabat-Zinn, 1990)

2) การรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี (Positive Social Relationships) การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน หรือผู้คนในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ความสัมพันธ์ที่ดีช่วยให้บุคคลรู้สึกมีการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความเครียดและความเหงา (Cohen & Wills, 1985)

3) การดูแลตนเองทางกายและใจ (Self-care) การดูแลร่างกายและจิตใจเป็นประจำ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการนอนหลับที่เพียงพอ ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดีขึ้น (Ryff, 1989)

4) การแสดงออกถึงความรู้สึก (Emotional Expression) การแสดงออกถึงความรู้สึกในทางที่เหมาะสม เช่น การพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจเกี่ยวกับความรู้สึกหรือปัญหาที่เผชิญ ช่วยให้บุคคลไม่สะสมความเครียดหรืออารมณ์ลบที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต (Pennebaker, 1997)

5) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) การพัฒนาทักษะในการเผชิญกับปัญหาหรือความยากลำบาก เช่น การหาวิธีแก้ไขปัญหา การใช้มุมมองเชิงบวก หรือการเรียนรู้ที่จะรับมือกับความล้มเหลว ช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง (Folkman & Moskowitz, 2004)

6) การตั้งเป้าหมายในชีวิต (Goal Setting) การตั้งเป้าหมายในชีวิตและพยายามทำให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้นช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกถึงความสำเร็จและพึงพอใจในชีวิต เป้าหมายที่ชัดเจนช่วยให้มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Locke & Latham, 2002)

7) การขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น (Seeking Help) การรับคำปรึกษาหรือการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบว่ามีปัญหาทางจิตใจหรืออารมณ์ที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการรักษาสุขภาพจิต (Jorm et al., 2006)

8) การฝึกการทำสมาธิ (Mindfulness Meditation) การฝึกสมาธิช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ในตัวเองและช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น การฝึกทำสมาธิยังช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี (Kabat-Zinn, 1990)

9) การดูแลสุขภาพจิตของผู้อื่น (Supporting Others' Mental Health) การช่วยเหลือผู้อื่นในช่วงเวลาที่ยากลำบาก เช่น การรับฟังและให้การสนับสนุน สามารถช่วยลดความเครียดในผู้ที่ได้รับการสนับสนุนและสร้างความรู้สึที่ดีในตัวเอง (Thoits, 2011)

ในสังคมไทย การตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีการพัฒนาในด้านต่างๆ เช่น การจัดตั้งหน่วยงานเพื่อดูแลสุขภาพจิตและการให้บริการด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน แต่ยังคงพบว่าในบางพื้นที่ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตยังไม่กว้างขวาง และมักมีการตีตราคนที่ประสบปัญหาทางจิตใจ (Sukontakarn, 2013) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในบางพื้นที่ยังคงมีข้อจำกัด ทั้งในด้านทรัพยากรที่ไม่เพียงพอและการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ในสังคมไทยยังไม่ใช่ที่ยอมรับหรือไม่ค่อยมีการสนับสนุนในบางส่วนของสังคม การตีตราเกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคใหญ่ที่ทำให้คนไม่กล้าที่จะขอรับคำปรึกษาหรือการดูแลสุขภาพจิต ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพจิตไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม การขาดการตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิตในทุกะดับของสังคมจึงเป็นอุปสรรคที่ต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

แม้ว่าในปัจจุบันมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์มากขึ้น แต่ยังมีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิตในสังคมไทย อุปสรรคเหล่านี้ ได้แก่

1) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในชนบทและพื้นที่ห่างไกล (Kanchanachitra, 2014)

2) หลายคนยังมีความรู้สึกอายหรือกลัวการได้รับการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นอุปสรรคใหญ่ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือได้ (Jiraporn, 2016)

3) แม้ว่าสื่อมวลชนจะเริ่มนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้น แต่การขาดการศึกษาในระดับประชาชนยังคงเป็นปัญหาหลักในการแก้ไขปัญหา (Boonchai, 2017)

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ในสังคมไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคทางจิตใจ การจัดการกับความเครียด และการมีชีวิตที่มีความสุขและสมดุล การแก้ไขปัญหาความท้าทายในด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในสังคมไทย เช่น การขาดการสนับสนุน ความอับอายและการตีตรา รวมถึงการขาดการศึกษาด้านสุขภาพจิต จำเป็นต้องมีการวางแผนและดำเนินการในระดับนโยบาย การศึกษา และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพและครอบคลุมในทุกพื้นที่ของประเทศ

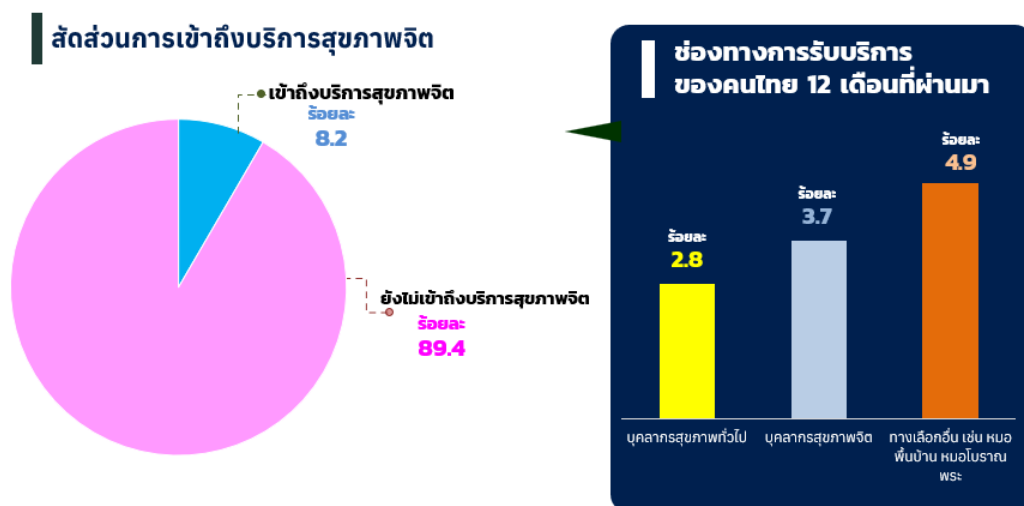
2.2 สถานการณ์ของระบบสุขภาพจิตในประเทศไทย

การวิเคราะห์ระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยสามารถดำเนินการตามกรอบ 6 องค์ประกอบหลัก (Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แก่ (1) การให้บริการสุขภาพ (Service Delivery) (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) (3) ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information Systems) (4) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines and Technologies) (5) การเงินและการจัดสรรงบประมาณ (Health Financing) และ (6) การบริหารจัดการและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

2.2.1 การให้บริการสุขภาพ (Service Delivery)

ประเทศไทยมีการให้บริการสุขภาพจิตผ่านสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางจำนวน 20 แห่ง และหน่วยบริการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป อีก 122 แห่ง อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการในพื้นที่ชนบทยังคงมีข้อจำกัดเนื่องจากทรัพยากรส่วนใหญ่กระจุกตัวในเขตเมืองใหญ่

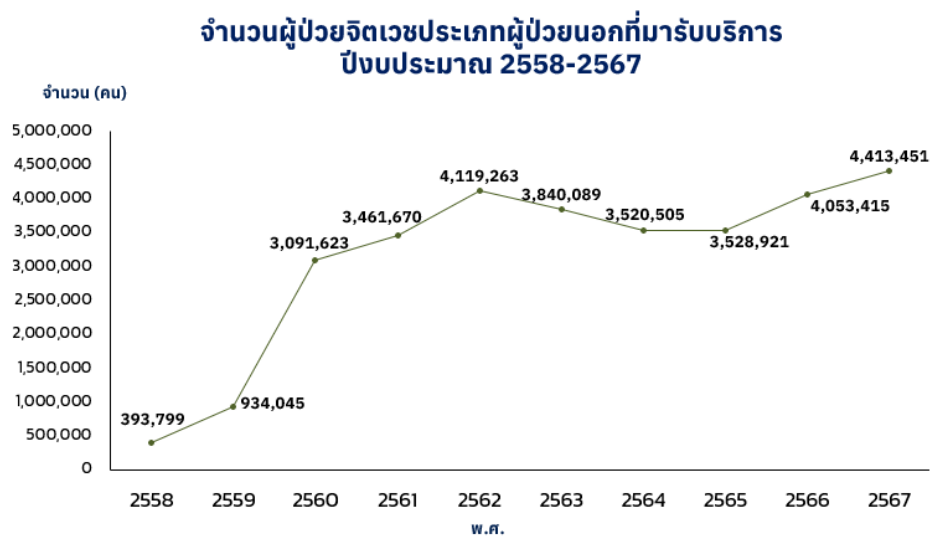
ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยนอกสูงถึง 4.4 ล้านคน อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวอาจยังไม่สะท้อนจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่แท้จริงในสังคม เนื่องจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของประชาชนยังมีข้อจำกัดในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตชนบทและพื้นที่ห่างไกล ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากยังคงอยู่นอกระบบบริการ ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 : สัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ที่มา : การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต โดยจำนวนบุคลากรที่ให้บริการยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานสากลและค่าเฉลี่ยโลก ทั้งนี้ ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า เพียงร้อยละ 10.6 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยบริการที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการรักษากับผู้ให้บริการทางเลือก (Alternative or Traditional Healers) รองลงมาคือการรักษากับบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทาง และการรับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป ข้อจำกัดทั้งด้านการเข้าถึงบริการและกำลังคน จึงยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตของประเทศอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 : จำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2567

ที่มา : คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

2.2.2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

หนึ่งในปัญหาหลักของระบบสุขภาพจิตในประเทศไทยคือการขาดแคลนบุคลากรจิตเวชอย่างรุนแรง ข้อมูลจากรายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสที่ 1/2567 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า ประเทศไทยมีจิตแพทย์ทั้งหมดเพียง 845 คน หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 1.3 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งยังต่ำกว่าทั้งมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดไว้ที่ 1.7 คนต่อประชากร 100,000 คน และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่อยู่ประมาณ 13 คนต่อประชากร 100,000 คน ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 : บุคลากรทางจิตเวชในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565

ที่มา : รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสที่ 1/2567 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และไทยผลิตบุคลากรสนับสนุนไม่ได้ตามแผน

* มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

**ประเทศรายได้ปานกลางถึงสูงจาก Mental Health Atlas 2020

แม้ว่ากรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีแผนพัฒนาและเพิ่มกำลังคนอย่างเป็นระบบ โดยตั้งเป้าหมายที่จะเพิ่มจิตแพทย์จำนวน 537 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช 1,720 คน รวมถึง นักจิตวิทยาคลินิก และ นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช อย่างละ 320 คน แต่จากแนวโน้มความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ยังมีความเป็นไปได้สูงว่าอัตราากำลังเหล่านี้จะไม่เพียงพอต่อภาระงานในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาร่วมกับอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง รวมถึงการขยายบริการสู่ระดับปฐมภูมิและชุมชน ซึ่งต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงในทุกระดับ ระบบสุขภาพจิตของประเทศจึงยังคงเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างที่ต้องเร่งแก้ไขทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของกำลังคน

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพียง 295 คน ทั่วประเทศ โดยในจำนวนนี้มีถึง 111 คน ประจำอยู่ในกรุงเทพมหานคร ขณะที่ถึง 18 จังหวัด ที่ไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำการเลย และอีก 15 จังหวัด มีจิตแพทย์เด็กเพียง 1 คน เท่านั้น

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชนบท ที่มักมีความต้องการแต่ขาดทรัพยากรบุคลากรด้านสุขภาพจิตเฉพาะทาง ส่งผลให้การวินิจฉัยและดูแลภาวะสุขภาพจิต เช่น สมาธิสั้น (ADHD), ออทิสติก (ASD), ซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก อาจไม่ได้รับการดูแลอย่างทันทั่วถึง ดังนั้น การออกแบบระบบดูแลสุขภาพจิตที่ “เป็นมิตรกับเยาวชน” (youth-friendly mental health services) จึงเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มนี้อย่างยั่งยืน

2.2.3 ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information Systems)

ข้อมูลและงานวิจัยถือเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลสุขภาพจิตของประชาชนในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในส่วนของสถานบริการภาครัฐและหน่วยงานวิชาการ แต่ยังคงมีช่องว่างสำคัญในด้านการเก็บข้อมูลจากภาคเอกชน ซึ่งปัจจุบันมีบทบาทเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในรูปแบบของการให้การปรึกษาออนไลน์ แอปพลิเคชันสุขภาพจิต และบริการ Digital Health ต่าง ๆ

ที่น่ากังวลเป็นพิเศษ คือ การขาดข้อมูลสุขภาพจิตเชิงสถิติในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยเฉพาะในด้านภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทั้งที่งานวิจัยระดับนานาชาติชี้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เริ่มต้นตั้งแต่อายุยังน้อย โดยมากจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงก่อนอายุ 15 ปี (Kessler et al., 2007)

ในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มต้นเก็บข้อมูลสุขภาพจิตของเด็กตั้งแต่อายุ 5-6 ปี โดยอาศัยระบบการติดตามในโรงเรียนหรือศูนย์ดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่งช่วยให้สามารถวางแผนป้องกันและจัดบริการได้ตรงตามช่วงวัยอย่างแม่นยำและทันทั่วถึง ประเทศไทยจึงควรปรับแนวทางการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพจิต โดยเพิ่มน้ำหนักในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base) สำหรับการกำหนดนโยบาย การพัฒนาระบบบริการ และการจัดสรรทรัพยากรในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2.4 การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines and Technologies)

ประเทศไทยมีการจัดหาจิตเวชที่จำเป็นให้กับประชาชนผ่านระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ทั้ง 3 สิทธิต่างครอบคลุมการรักษาโรคทางจิตเวชที่สำคัญ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคจิตเภท โดยเฉพาะสิทธิบัตรทองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชนกลุ่มใหญ่

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า ประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยนอกที่รับบริการจิตเวชใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการ ขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมครอบคลุมส่วนที่เหลือ แม้สิทธิเหล่านี้จะครอบคลุมการรักษาพื้นฐาน แต่ในทางปฏิบัติยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในด้านบริการเฉพาะทาง บริการต่อเนื่อง และบริการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

การใช้เทคโนโลยีในบริการสุขภาพจิตจึงได้กลายเป็นกลไกสำคัญในการช่วยให้บุคคลเข้าถึงการรักษาและคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาแบบดั้งเดิมได้ เช่น การให้บริการผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือการปรึกษาทางออนไลน์ ซึ่งสามารถตอบโต้ภัยในด้านการเข้าถึงบริการที่มีความสะดวกและยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพจิต ยังมีความท้าทายหลายประการที่ต้องได้รับการพิจารณา เช่น ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล เป็นต้น

Telemedicine (การแพทย์ทางไกล) เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการแพทย์จากระยะไกล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาหรือคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่ต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาล (Bashshur et al., 2016) โดยเฉพาะในกรณีของการบริการด้านสุขภาพจิต เทคโนโลยีนี้สามารถช่วยให้บุคคลที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

Psychiatric Home Ward บริการผู้ป่วยในจิตเวชและสารเสพติดที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) เป็นการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดรายบุคคล โดยคำนึงถึงหลักการจัดการรายบุคคลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ให้บริการ admit ผู้ป่วยใน ward ซึ่งเป็นที่บ้าน วัด ชุมชน เรือนจำ สถานสงเคราะห์ หรือสถานที่อื่น ๆ ที่อยู่นอกโรงพยาบาล แต่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเท่ากับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยให้การดูแล บำบัดรักษา และฟื้นฟูการทางจิตผ่านระบบบริการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry)

Mobile Health Applications การใช้แอปพลิเคชันเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่กำลังได้รับความนิยม แอปพลิเคชันเหล่านี้สามารถใช้ในการติดตามอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ใช้ รวมถึงช่วยให้ผู้ใช้สามารถเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดหรืออารมณ์ของตนเองผ่านการฝึกสมาธิ หรือการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (Firth et al., 2017) แอปพลิเคชันเหล่านี้มักถูกพัฒนาให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของผู้ใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาหรือการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิต

Online Counselling and Therapy (การปรึกษาและบำบัดออนไลน์) การให้บริการคำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น วิดีโอคอล หรือการแชท ได้กลายเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การปรึกษาผ่านทางออนไลน์สามารถช่วยลดความอับอายหรือความกลัวที่จะไปพบแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตแบบดั้งเดิม (Kuhn et al., 2020) ซึ่งเป็นอุปสรรคที่หลายคนต้องเผชิญเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต

ในประเทศไทย การใช้เทคโนโลยีในด้านสุขภาพจิตยังอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะการนำการแพทย์ทางไกลและการปรึกษาทางออนไลน์มาใช้ในการรักษาและให้คำปรึกษา อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงเทคโนโลยียังมีข้อจำกัดในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานหรือประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพจิต (Sukontharika et al., 2021) ตัวอย่างของเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในประเทศไทยเพื่อคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตมีหลายระบบ ดังนี้

1) ระบบ School Health Hero

ระบบนี้มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียน โดยใช้เทคโนโลยีในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน รวมถึงการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การพยายามฆ่าตัวตายหรือความเครียดจากการเรียน เพื่อให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาสามารถช่วยเหลือและแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมได้อย่างทันท่วงที

2) ระบบ V-CARE

ระบบ V-CARE เป็นแพลตฟอร์มที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตผ่านทางออนไลน์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตสะดวกและรวดเร็วขึ้น ผ่านการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญหรือการใช้เครื่องมือในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น การฝึกทักษะการผ่อนคลายหรือการจัดการกับความเครียด

3) Telepsychiatry

การให้บริการ Telepsychiatry ครอบคลุมการประเมินอาการ การบำบัดด้วยการพูดคุย การติดตามอาการทางจิตใจ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) DMIND

เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ช่วยประเมินความเสี่ยง โดยวิเคราะห์จากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และข้อความ แอปนี้พัฒนาโดยความร่วมมือของหลายหน่วยงาน เช่น คณะแพทยศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองได้ง่ายและรวดเร็ว

5) ต่อเติมใจ

เป็นแพลตฟอร์มดูแลสุขภาพจิต ที่สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างง่ายดายโดยไม่เปิดเผยตัวตนและไม่มีค่าใช้จ่าย แพลตฟอร์มนี้มีเครื่องมือต่างๆ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต, โปรแกรมฝึกใจคลายเครียด, และ E-helper หรือผู้ช่วยใจดี ที่คอยส่งกำลังใจให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2.2.5 ปัญหาความท้าทายเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล การให้บริการสุขภาพจิตผ่านเทคโนโลยีต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการปรึกษาทางจิตวิทยา (Bakker et al., 2016) หากไม่สามารถปกป้องข้อมูลเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการขาดความมั่นใจและไม่ยินดีที่จะใช้บริการ

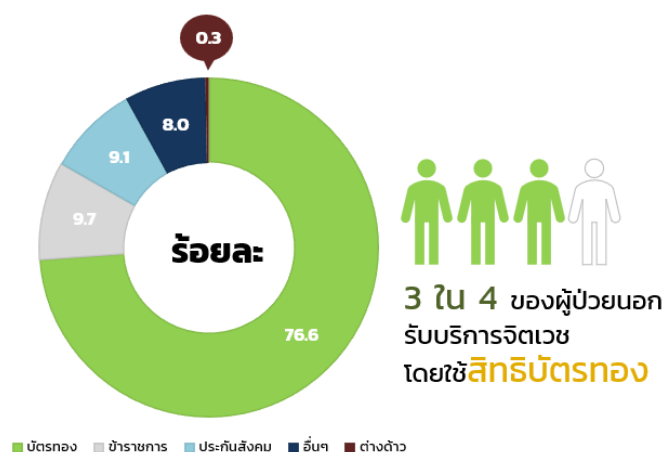
คุณภาพและความน่าเชื่อถือของบริการ ความท้าทายอีกประการหนึ่งคือการรับประกันคุณภาพของบริการที่ให้ผ่านช่องทางออนไลน์ เนื่องจากการให้บริการสุขภาพจิตออนไลน์อาจไม่ได้รับการควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวดเหมือนกับการรักษาแบบดั้งเดิม (Hilty et al., 2013) ความแตกต่างในมาตรฐานการให้บริการอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา

การขาดการมีปฏิสัมพันธ์ แม้ว่าการใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยให้บริการสะดวกสบายและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น แต่การขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางกายภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา บางกรณีการได้เห็นหรือพบหน้า และพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรงอาจทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกเชื่อมโยงและมีความเข้าใจที่ดีกว่า (Hilty et al., 2013)

2.2.6 การเงินและการจัดสรรงบประมาณ (Health Financing)

การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพจิตยังถือว่าต่ำเมื่อเทียบกับความต้องการและภาระโรคที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณเพียง ร้อยละ 1.8 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งถือว่าต่ำเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจิตในประเทศรายได้ปานกลางถึงสูงที่มีค่าเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 5–10 ของงบประมาณสุขภาพโดยรวม (WHO, 2020)

แม้ว่าค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งจะถูกรวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ แต่ก็ยังมีความจำเป็นเร่งด่วนในการเพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพจิตโดยตรง เพื่อให้สามารถสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมต่อเนื่อง ทั้งในด้านบุคลากร การเข้าถึงบริการ การบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อขยายการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมทั่วประเทศ รายละเอียด ดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 : จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2567

ที่มา : คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

2.2.7 การบริหารจัดการและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

ในด้านกฎหมาย การมีกฎหมายสุขภาพจิตถือเป็นหลักฐานสำคัญที่สะท้อนความตระหนักและความมุ่งมั่นของรัฐในการให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพจิตในระดับนโยบาย รายงาน Mental Health Atlas 2020 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ปี พ.ศ. 2563 ประเทศสมาชิก WHO ร้อยละ 65 มีการออกกฎหมายสุขภาพจิตแยกเฉพาะเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และเพื่อส่งเสริมระบบการดูแลอย่างมีมาตรฐาน

ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562) ซึ่งถือเป็นกฎหมายหลักด้านสุขภาพจิตที่มีบทบาทในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตเวช สนับสนุนการเข้าถึงการรักษาอย่างเหมาะสม ลดการตีตรา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายและการกำกับดูแลยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561–2580) ซึ่งเป็นกรอบนโยบายระยะยาวที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งเน้นการบูรณาการสุขภาพจิตในทุกระดับของระบบสุขภาพ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม

การมีทั้งกฎหมายเฉพาะทางและแผนพัฒนาระดับชาติ ทำให้ประเทศไทยมีฐานนโยบายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายอย่างทั่วถึง การสร้างความเข้าใจต่อบทบาทสิทธิของผู้ป่วยในระดับปฏิบัติ และการผลักดันนโยบายให้เชื่อมโยงกับทรัพยากรและระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

2.3 ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย

2.3.1 ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ

การขับเคลื่อนนโยบายและกลยุทธ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนได้ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการสุขภาพจิต ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 10 และมาตรา 11/1 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนสุขภาพจิตแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ

ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) มาตราการข้อ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและยกระดับคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ดี เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ พร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปข้างหน้า

ได้อย่างเต็มศักยภาพ มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีการพัฒนาที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ให้มีสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต สอดคล้องกับภายใต้หมุดหมายที่ 12 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13

เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านความมั่นคงที่ขับเคลื่อนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม (Inclusive Growth Engine) เพื่อให้หลุดพ้นจากกับดักความเหลื่อมล้ำในสังคม ด้วยการเตรียมเมล็ดพันธุ์คนไทยชุดใหม่ให้พร้อมก้าวสู่โลกที่หนึ่ง เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นพลเมืองที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง จึงกำหนดแนวทางมาตรการดำเนินงาน ภายใต้ **แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580)** ในระยะที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 ด้วยการดำเนินงาน 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต 2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 3) การขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคมและสวัสดิการ และ 4) การพัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต นำไปสู่เป้าหมายหลักเพื่อคนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า **สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ พ.ศ. 2566 - 2570** เพื่อบ่มบ่มการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ในการเสริมสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในประเทศ มุ่งเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเด็ก ครอบครัว และชุมชน ในด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เด็กมีสวัสดิภาพที่ดี รวมไปถึงแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้เด็ก ครอบครัว และชุมชนสามารถพึ่งพาตัวเองได้ และมุ่งเน้นการดึงเอาพลังทางสังคมในภาคส่วนอื่นมาช่วยขับเคลื่อนการบรรลุเป้าหมาย

นอกจากนี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น จึงได้กำหนดในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข **โครงการที่ 11 ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช** เพื่อพัฒนาระดับระบบการดูแลสุขภาพให้ทั่วถึง ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการแถลงนโยบายของนายกรัฐมนตรีแพทองธาร ชินวัตร ในวันที่ 12 กันยายน 2567 ในด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ โดยยกระดับสาธารณสุขให้ดียิ่งกว่าเดิม ใช้ศักยภาพของเครือข่ายสาธารณสุขในการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพิ่มการเข้าถึงการรักษาและบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งให้ความสำคัญกับการป้องกัน (Prevention) การให้ความรู้และการสร้างความตระหนัก ทั้งนี้ **แผนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567-2568** โดยนายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง เพิ่มการเข้าถึงการปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยาผ่านทางระบบการแพทย์ทางไกล พร้อมทั้งจัดตั้งหน่วยงานและกองทุนเฉพาะเพื่อการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม

2.3.2 กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1) **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย** ตราไว้เพื่อกำหนดกรอบทำงานระดับชาติ โดยกฎหมายฉบับนี้เกี่ยวข้องงานด้านสุขภาพจิต ในหมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งบัญญัติว่า รัฐต้องดำเนินการให้เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนาจนเข้ารับการศึกษา เพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ประกอบกับมาตรา 71 ในหมวด 6 แนวนโยบายของรัฐ ที่กำหนดให้รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้ให้ความสำคัญโดยกำหนดให้เป็นประเด็นหนึ่งในการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ซึ่งปรากฏในมาตรา 257(3) ที่กำหนดให้ประชาชนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

2) **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** ได้ถูกตราขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน โดยเน้นเรื่องสิทธิด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้ หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 5 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มาตรา 7 สุขภาพเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มต่างๆที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

3) **พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562** ได้ถูกตราขึ้นให้ครอบคลุมงานสุขภาพจิตทั้ง 5 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ดูแล การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่ร่วมกันในสังคมได้ ผ่านกลไกของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่างๆ รวมทั้งแผนพัฒนาสุขภาพจิตระดับชาติ โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วน ตลอดจนมีบทบัญญัติห้ามสื่อทุกประเภทเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเหยียดฉิ่น หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณของผู้ป่วยและครอบครัว อันเป็นการลดการตีตราและแบ่งแยก เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีของสังคมต่อผู้มีความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ในหมวด 2 มาตรา 15 กล่าวถึงสิทธิในการเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเป็นความลับ รวมทั้งการได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน อีกทั้งมีการบัญญัติเรื่องการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาไว้ในหมวดที่ 3 มาตรา 22 กำหนดให้ผู้พบเห็นแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ตำรวจ หรือฝ่ายปกครอง ในการพาบุคคลนั้นไปยังสถานรักษาที่ใกล้ที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและตรวจประเมินอาการเบื้องต้น และตามมาตรา 24 และ 26 กำหนดให้การตรวจประเมินอาการเบื้องต้น กระทำโดยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนโดยไม่ชักช้า กรณีที่มีคำสั่งให้รับผู้ป่วยไว้บำบัดรักษา ให้กำหนดวิธีการและระยะเวลาตามความรุนแรงของอาการ หากผู้ป่วยไม่มีอาการแล้วให้จำหน่ายออกจากระบบ พร้อมด้วยการติดตาม

อาการเป็นระยะ ตามข้อ 4 (4) แห่งระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษา การจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามผลการบำบัดรักษา พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดให้แพทย์ติดตามผลการบำบัดรักษาหลังจำหน่ายผู้ป่วยทุกสามสิบวันเป็นเวลาเก้าสิบวัน หลังจากนั้นให้ติดตามจนครบหนึ่งปี

4) ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พ.ศ. 2565 ตามข้อ 5 สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงพื้นฐานจุดแข็งและจุดอ่อนรวมทั้งความสามารถของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก เพื่อให้การฟื้นฟูไร้รอยต่อตามระยะการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ข้อ 5 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานไปยังสถาบันการศึกษาหรือภาคเอกชน เพื่อดำเนินการส่งเสริมทัศนคติ พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ให้บริการผู้ป่วย ข้อ 8 ยังได้มีการประสานไปยังบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดังกล่าวด้วย ถือเป็นการรักษาที่มีการบูรณาการโดยใช้กลไกในสังคมเป็นตัวขับเคลื่อน

5) พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ. 2545 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อาทิ บุคลากรในสถานประกอบกิจการ ประเภทโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานประกอบกิจการ ดำเนินการพัฒนาฝีมือแรงงานให้แก่บุคลากรของตนหรือบุคคลทั่วไปก่อนรับเข้าทำงาน

2.4 บทบาทของภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนในการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต

2.4.1 การสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (Multi-Sectoral Collaboration for Mental Health)

การส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการรักษาคุณภาพชีวิตและความสุขของบุคคลในสังคมไทย การสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน หรือที่เรียกว่า **Multi-Sectoral Collaboration** เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับชาติ การบูรณาการงานสุขภาพจิตใน พชอ. และ พชข. มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในระดับชุมชนอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน หมายถึงการประสานงานและร่วมมือกันระหว่างหลายภาคส่วนในสังคม เช่น รัฐบาล องค์กรภาคประชาชน สถาบันการศึกษา ภาคธุรกิจ และองค์กรต่างๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชน การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้จะช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตมีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ (Patel et al., 2018)

การบูรณาการงานสุขภาพจิตในชุมชน หมายถึงการนำการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปในกิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินการในระดับชุมชน โดยมีการดูแลและให้บริการทางจิตเวชอย่างมีระบบและครบวงจร เพื่อให้ผู้ที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ (Mugisha et al., 2015)

2.4.2 ความสำคัญของการสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

1) การเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรต่างๆ จะช่วยให้มีการจัดตั้งโครงสร้างบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการขาดแคลนทรัพยากรหรือความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต การบูรณาการการทำงานของภาคีทั้งหลายจะช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน (Panchal et al., 2020)

2) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทั้งในด้านการเงิน เทคโนโลยี และบุคลากร ทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในวงกว้าง โดยไม่ต้องพึ่งพาทรัพยากรจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว (Rogers et al., 2017)

3) การสร้างความเข้าใจและลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพจิต

การร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและองค์กรต่างๆ สามารถสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในสังคม ช่วยลดการตีตราและความกลัวในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตจากประชาชน โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสนับสนุนจากภาคีหลายฝ่ายจะช่วยให้สังคมมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพจิตมากขึ้น (World Health Organization, 2013)

ปัญหาความท้าทาย

1) การขาดความเข้าใจในบทบาทของภาคีเครือข่าย

หนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่พบในการสร้างความร่วมมือคือการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของภาคีเครือข่ายในด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในชุมชนที่อาจไม่คุ้นเคยกับการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและองค์กรภาคประชาชน (Rogers et al., 2017)

2) การขาดแคลนทรัพยากรในชุมชน

แม้จะมีความพยายามในการบูรณาการงานสุขภาพจิตในชุมชน แต่ในบางพื้นที่ยังคงมีการขาดแคลนทั้งทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานไม่สามารถทำได้เต็มประสิทธิภาพ (Panchal et al., 2020)

3) การขาดการสนับสนุนจากภาคส่วนอื่น

การทำงานร่วมกันในระบบสุขภาพจิตต้องการการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ เช่น การสนับสนุนด้านกฎหมาย การส่งเสริมการศึกษา และการใช้เทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งหากไม่มีการสนับสนุนจากภาคส่วนเหล่านี้ อาจทำให้การดำเนินการไม่สามารถยั่งยืนได้ในระยะยาว (Patel et al., 2018)

2.4.3 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis)

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาและระบุบทบาทของแต่ละภาคส่วนในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิต การระบุและทำความเข้าใจถึงความต้องการและความคาดหวังของแต่ละภาคส่วนช่วยให้สามารถวางแผนกลยุทธ์การขับเคลื่อนนโยบายที่มีประสิทธิภาพได้

ในกรณีของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตในประเทศไทย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

ภาครัฐ :	บทบาท : กำหนดนโยบาย, จัดสรรงบประมาณ, และสร้างกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น การปรับปรุง พ.ร.บ.สุขภาพจิต และมาตรการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ความคาดหวัง : ต้องการการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม
ภาควิชาการ :	บทบาท : วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต, การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์, และการจัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ความคาดหวัง : คาดหวังการสนับสนุนจากภาครัฐในการวิจัยและการใช้ข้อมูลในการพัฒนานโยบาย
ภาคประชาสังคม :	บทบาท : สร้างความตระหนักรู้ในสังคม, สนับสนุนผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว, และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในชุมชน ความคาดหวัง : ต้องการให้มีการส่งเสริมการลดตีตราผู้ป่วยจิตเวชและการสนับสนุนทางสังคม
ภาคเอกชน :	บทบาท : พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ช่วยในการรักษาและป้องกันโรคทางจิต, การสนับสนุนโปรแกรมสุขภาพจิตในองค์กร, และสร้างโอกาสในการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ ความคาดหวัง : คาดหวังการสนับสนุนจากภาครัฐในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

ปัญหาความท้าทายในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิต

การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตในประเทศไทยมีหลายปัญหาความท้าทายที่ต้องเผชิญ โดยเฉพาะในด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่ยังไม่เต็มที่ บางครั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน อาจมีความเข้าใจที่แตกต่างในเรื่องบทบาทและเป้าหมายการขับเคลื่อนนโยบาย อีกทั้ง ความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เช่น การขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถในการให้บริการสุขภาพจิต อีกหนึ่งความท้าทายสำคัญ คือ การลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวช โดยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพจิตในเชิงบวก มากกว่าการมองในแง่ลบ ซึ่งปัญหานี้ยังคงมีอยู่ในสังคมไทยแม้จะมีการพัฒนาในด้านการศึกษาและการสร้างการตระหนักรู้แล้วก็ตาม

กลยุทธ์การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิต

การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างครบถ้วน การสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนสามารถช่วยให้เกิดความร่วมมือและนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพ

1) **การสร้างความร่วมมือ** : ภาครัฐต้องทำหน้าที่ในการสร้างกรอบกฎหมายและการจัดสรรงบประมาณที่จำเป็น ขณะที่ภาควิชาการจะช่วยในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ

2) **การลดอุปสรรคทางสังคม** : ภาคประชาสังคมต้องมีบทบาทในการลดตีตราผู้ป่วยจิตเวช และส่งเสริมความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตในระดับชุมชน

3) **การใช้เทคโนโลยี** : ภาคเอกชนสามารถนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น แอปพลิเคชันหรือโปรแกรมที่ช่วยในการดูแลสุขภาพจิต มาช่วยสนับสนุนการรักษาและการป้องกัน

ส่วนที่ 3

วิธีการติดตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต

ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการติดตามและประเมิน คือ 1) เพื่อจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 2) เพื่อติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับการดำเนินงานของระบบสุขภาพจิตไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 และนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนบริการสุขภาพ โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

- 3.1 กรอบแนวทางการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
- 3.2 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล
- 3.3 เครื่องมือการติดตามและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิต
- 3.4 ตารางตัวชี้วัดสุขภาพจิตตามเป้าหมายมาตรการภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565
- 3.5 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต

3.1 กรอบแนวทางการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้มาตรการ หมวดสุขภาพจิต ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยนำเสนอกรอบแนวทางการติดตามและประเมินผลในภาพรวม รายละเอียดนำเสนอตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวทางการประเมินผลตามตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

วัตถุประสงค์	สิ่งที่ศึกษา	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ การเก็บรวบรวม	การวิเคราะห์ ข้อมูล	เกณฑ์ การประเมินผล	ผลผลิต
1. เพื่อจัดทำ “ชุดตัวชี้วัดสุขภาพจิต” ที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	1. ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับมาตรการหมวดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญฯ	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	แบบฟอร์มรายละเอียดของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับหมวดสุขภาพจิต	วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	เกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต	ตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับมาตรการหมวดสุขภาพจิต
2. เพื่อติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต	1.การดำเนินงานตัวชี้วัดสุขภาพจิต 1.1 ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	แบบรายงานผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต	การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	-	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา/อุปสรรค
	2. การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญฯ 2.1 ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคจากการดำเนินงาน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ในสังกัดกรมสุขภาพจิต		1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) 2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	เกณฑ์ค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนด ใน Template ตัวชี้วัด	ผลการบรรลุความสำเร็จตามมาตรการธรรมนูญสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์	สิ่งที่ศึกษา	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ การเก็บรวบรวม	การวิเคราะห์ ข้อมูล	เกณฑ์ การประเมินผล	ผลผลิต
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับการดำเนินงานของระบบสุขภาพจิตไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในระบบสุขภาพไทย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก	1.แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต	การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	-	ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานสุขภาพจิตจากการติดตามและประเมินผลภายใต้ธรรมนูญสุขภาพ ฉบับที่ 3 หมวดสุขภาพจิต

3.2 ขั้นตอนของการติดตามและประเมินผล

กำหนดขั้นตอนการประเมินไว้ 3 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการติดตามและ
 ชี้นำเสนอผลติดตาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ขั้นตอนเตรียมการ

ศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์จากเอกสารธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3
 พ.ศ. 2565 เอกสารนโยบาย ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิบัติการ SDGs รวมทั้ง เอกสารตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูล
 ในการวางแผนกำหนดกรอบประเด็นการติดตามตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต

3.2.2 ขั้นตอนการติดตาม

3.2.2.1 กำหนดกรอบและแนวทางการจัดทำตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับมาตรการการดำเนินงานภายใต้
 ธรรมนูญฯ

3.2.2.2 จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับหมวดสุขภาพจิต จากมติการประชุม
 คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2567
 เมื่อวันอังคารที่ 10 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมสุขชน 3 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และส่งข้อมูล
 ให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพิ่มเติมรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัด

3.2.2.3 เก็บรวบรวมข้อมูล จัดระบบหมวดหมู่ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

3.2.2.4 วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการรายงานผลตัวชี้วัดสุขภาพจิตจากประเด็น
 ที่เกี่ยวข้อง

3.2.2.5 สรุปผลการติดตามและจัดทำข้อเสนอแนะในภาพรวม

3.2.3 ชี้นำเสนอผลการติดตาม

3.2.3.1 จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญ
 ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ในรูปแบบ Power Point และรูปแบบเอกสาร

3.2.3.2 เสนอรายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้
 ธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 ต่อคณะกรรมการติดตามรายงานสถานการณ์ฯ ในเวทีการประชุมฯ ทุกไตรมาส

3.2.3.3 เผยแพร่รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยหมวดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วย
 ระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับการดำเนินงาน
 ของระบบสุขภาพจิตไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565
 และนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนบริการสุขภาพจิต

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดสุขภาพจิตสรุปตามเป้าหมาย/มาตรการ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2565

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธฯ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการตามธรรมนูญฯ ฉ. 3														
เป้าหมายที่ 1 ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	-	-	1) ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ปี 68 = ร้อยละ 75 ปี 70 = ร้อยละ 85	รายงานรอบครึ่งแผนฯ และสิ้นแผนฯ	ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สุ่มตัวอย่างจากประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1-12 และ กทม. ด้วยระเบียบวิธีทางสถิติ	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรมสุขภาพจิต
	2) ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่	-	-	ร้อยละ 80	ปีละ 1 ครั้ง	รายงานผลพื้นที่ที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรมสุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
เป้าหมายที่ 2 ประชาชน ไทยทุกคนได้รับการดูแล สุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะแรก เริ่ม (Early Detection) เพื่อป้องกันและ ลดปัญหาการเจ็บป่วย ด้วยโรคทางจิตเวช	-	9) ร้อยละของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าหาย ทุเลา (Remission)	-	ร้อยละ 30	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)	-	-	-	-	✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต
	-	10) ร้อยละของ ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐาน	-	ร้อยละ 42	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)	-	-	-	-	✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต
	-	11) ร้อยละของ ผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการ สุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐาน	-	ร้อยละ 60	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)					✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต
	-	12) ร้อยละของ ผู้ป่วยภาวะบกพร่อง ทางสติปัญญา (ID) เข้าถึงบริการ สุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐาน	-	ร้อยละ 22	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)					✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการที่ 1 เเร่งสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (Mental Health Literacy)														
มาตรการที่ 1.1 สร้าง ภูมิคุ้มกันทางใจหรือความ เข้มแข็งทางใจ (Resilience) ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน	-	-	1) ร้อยละของ ประชาชน มีความรอบรู้ ด้าน สุขภาพจิต	ปี 68 = ร้อยละ 75 ปี 70 = ร้อยละ 85	-รายงานรอบครึ่ง แผนฯ และสิ้นแผนฯ	ผลการประเมิน ความรู้ ด้านสุขภาพจิต สุ่มตัวอย่างจาก ประชาชน ในเขตสุขภาพ ที่ 1-12 และ กทม.ด้วย ระเบียบวิธีทางสถิติ	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต
มาตรการที่ 1.2 เสริมสร้าง ทักษะชีวิต โดยเฉพาะใน กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น เด็กกลุ่ม เสี่ยง ให้เป็นปัจจัยปกป้องใน การพัฒนาตนเองให้มีความ เข้มแข็งด้านจิตใจ เผชิญ ปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ในชีวิต สามารถปรับตัว พร้อม เผชิญการเปลี่ยนแปลงในสังคม ตลอดจนเสริมความเข้มเ้ของ กลไกสุขภาพจิตในโรงเรียน/ สถานศึกษา	-	-	3) ร้อยละของ เด็กวัยเรียน วัยรุ่นกลุ่ม เสี่ยงได้รับการ ช่วยเหลือ จนดีขึ้น	ร้อยละ 75	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ฐานข้อมูล HERO Dashboard	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต
	-	-	4) ร้อยละของ เด็กวัยเรียนมี ทักษะชีวิต และความ ฉลาดรอบด้าน เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 80	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ข้อมูลการรายงาน ผลการดำเนินงาน ตามคำรับรองฯ ของกรม สุขภาพจิต	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการที่ 1.3 บูรณาการ งานสุขภาพจิตเข้ากับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับเขต ระดับอำเภอ และกลไกอื่นๆ เพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึง และประเมินข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสุขภาพจิต ได้อย่างเหมาะสม	-	-	5) ร้อยละของ ประชาชนใน อำเภอ ที่เข้าร่วมบูรณา การงาน สุขภาพจิตร่วม ไปกับ พชอ. พช. มีความสุข	ร้อยละ 85	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	รายงานผล การดำเนินงาน รวบรวมโดย กองส่งเสริมพัฒนา สุขภาพจิต	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต
			6) ร้อยละของ จังหวัด ซึ่งมีการ บูรณาการงาน ระหว่างภาคี เครือข่าย ในการดำเนินงาน ส่งเสริมและ ป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ทุกช่วงวัย	ปี 68 = ร้อยละ 55 ปี 70 = ร้อยละ 65	- รอบปีงบประมาณ - ระยะสั้นแผนฯ (ปีงบประมาณ 2570)	รายงานผลการ ดำเนินงาน คณะกรรมการ สุขภาพจิตจังหวัด และกทม.		✓		✓	✓	✓		กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการที่ 1.4 พัฒนาการ สื่อสารสังคมที่ทันสมัยและ เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ผสมผสานกับการสื่อสาร ในชุมชนผ่านช่องทาง ที่หลากหลาย	-	-	7) ร้อยละของ ประชาชนมี ความรู้ ด้านการ ป้องกันการ ใช้สารเสพติด และปัญหาจิต เวชยาเสพติด (Drug Prevention Literacy)	ร้อยละ 80	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	รายงานผลการ ดำเนินงานส่งเสริม ความรู้ ด้านการป้องกันการ ใช้สารเสพติดและ ปัญหาจิตเวช ยาเสพติด	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต
มาตรการที่ 1.5 ส่งเสริม สนับสนุนครอบครัว ชุมชน ให้มีบทบาทนำการสื่อสาร ความรู้ ความเข้าใจต่อ ปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ สมาชิกของครอบครัว ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร ที่ทันสมัย	-	-	8) ร้อยละ ของชุมชน มีระบบ สนับสนุน ให้ประชาชน มีสุขภาพจิตดี	ร้อยละ 80	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ผลการประเมิน ชุมชนที่มีระบบ สนับสนุนให้ ประชาชนมี สุขภาพจิตดี (เก็บข้อมูลโดยกอง ส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต ร่วมกับ ศูนย์สุขภาพจิต)	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการที่ 1.6 จัดระบบจิต อาสาในสังคม ให้สอดคล้องกับ ความต้องการดูแลสุขภาพจิต ในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) เพื่อสร้างเครือข่าย ทางสังคมในการช่วยเหลือ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง ด้านสุขภาพจิต	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตคนไทย ในระยะก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Early Detection)														
มาตรการที่ 2.1 ให้ชุมชน ร่วมกับองค์กรภาคประชา สังคมและภาคีเครือข่ายด้าน สุขภาพจิต สนับสนุนการ จัดตั้ง “กลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Self-health Groups/Social Support Groups) ซึ่งเป็น การสร้างพื้นที่สุขภาพจิต ในชุมชน	-		8) ร้อยละของ ชุมชน มีระบบ สนับสนุนให้ ประชาชน มีสุขภาพจิตดี	ร้อยละ 80	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ผลการประเมิน ชุมชนที่มีระบบ สนับสนุนให้ ประชาชนมี สุขภาพจิตดี (เก็บข้อมูลโดยกอง ส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต ร่วมกับ ศูนย์สุขภาพจิต)	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการที่ 2.2 จัดบริการ สุขภาพจิตในระบบบริการ สุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง ด้านสุขภาพจิต	-	9) ร้อยละของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าหาย ทุเลา (Remission)	-	ร้อยละ 30	- รอบครึ่ง ปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)	-	-	-	-	✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต
	-	10) ร้อยละของ ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐาน	-	ร้อยละ 42	- รอบครึ่ง ปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)	-	-	-	-	✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต
	-	11) ร้อยละของ ผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการ สุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐาน	-	ร้อยละ 60	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)					✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต
	-	12) ร้อยละของ ผู้ป่วยภาวะบกพร่อง ทางสติปัญญา (ID) เข้าถึงบริการ สุขภาพจิต ที่ได้มาตรฐาน	-	ร้อยละ 22	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)					✓	✓	✓	กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
		13) ร้อยละของ ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลัง พ้นโทษได้รับการ ติดตามรักษาอย่าง ต่อเนื่อง	-	ร้อยละ 60	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ระบบฐานข้อมูล นิติจิตเวชของ สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์ https://: niti.dmh.go.th	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต
		14) ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ (ภาวะ ซึมเศร้าและความ เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย) (การคัดกรอง 2Q,9Q/TGDS และ 8Q)	-	ร้อยละ 80	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ฐานข้อมูลจาก Bluebook แฟ้ม การคัดกรอง สุขภาพ 9 ด้าน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน (ชมรม ผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ติดเตียง) และ ในศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต
		15) ร้อยละประชาชน กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงได้รับการ คัดกรองและประเมิน ตามเกณฑ์	-	ร้อยละ 60	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	Application V-CARE	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรม สุขภาพจิต

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2568	ความถี่ ในการจัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators				SDGs	ยุทธ ชาติ	อื่นๆ	1	2	3	4	
มาตรการที่ 2.3 เตรียมความพร้อมให้หน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งทีมปฏิบัติการต่างๆ ให้มีความเข้มแข็งที่จะรับมือกับภาวะวิกฤต ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์วิกฤติ	-	-	16) ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ	ร้อยละ 65	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	รายงานการเข้าถึงและรับรู้ในสถานการณ์วิกฤต	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรมสุขภาพจิต
มาตรการที่ 2.4 สร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตต่างๆ	-	-	17) ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง	≥ร้อยละ 92	- ทุก 6 เดือน รอบครึ่งปีงบประมาณ - รอบปีงบประมาณ	ระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยภาวะวิกฤต (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS)	-	-	-	✓	✓	✓	-	กรมสุขภาพจิต

[illegible]

3.5 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต

เป้าหมายของสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) และ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Detection and Access to Care) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยอย่างยั่งยืน โดย MHL เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดี ลดการตีตรา (Stigma) และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (Jorm, 2000; Corrigan et al., 2014) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ขณะเดียวกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีบทบาทในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคจิตเวช โดยงานวิจัยชี้ว่าการรักษาในระยะแรกสามารถเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัว ลดความพิการ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว (McGorry et al., 2007; Wang et al., 2007) จึงเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงกับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ลดช่องว่างทางสุขภาพ และเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตที่เข้มแข็งตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระบบนโยบายระดับชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2565) จึงได้รวบรวม วิเคราะห์ความสอดคล้องกับมาตรการภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 18 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

นิยาม/คำอธิบาย :

ประชาชน หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มวัย (ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานและวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจในการพัฒนาดูแลตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดีทั้งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน เช่น ความรู้สึก นึกคิด อารมณ์ตนเอง และ ที่เป็นปัจจัยแวดล้อม วิธีชีวิต อาชีพ และบริบทสังคมโดยรวมด้วยการใช้ทักษะค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มาคิดวิเคราะห์จนเข้าใจ และนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้ตนเอง (1) เผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ได้หรือ (2) ได้รับความช่วยเหลือจากบริการด้านการรักษาจนสามารถใช้ชีวิตและอยู่ในสังคมได้ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2565)

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีคะแนนมากขึ้น}}{\text{จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต}} \times 100$$

ตัวตั้ง คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีคะแนนมากขึ้น

ตัวหาร คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- 1) รายงานผลการดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- 2) ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดำเนินการสุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 -12 และ กรุงเทพมหานคร ด้วยระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่

นิยาม/คำอธิบาย :

ประชาชน หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มวัย (ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานและวัยสูงอายุ) ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่ หมายถึง พฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้ตนเองเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ได้ และได้รับความช่วยเหลือจากบริการด้านการรักษาที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่จนสามารถใช้ชีวิตและอยู่ในสังคมได้

การวัด :

จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์และมีคะแนนมากขึ้น	X
จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่	100

ตัวตั้ง คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์และมีคะแนนมากขึ้น

ตัวหาร คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

รายงานผลพื้นที่มีระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กวัยเรียน วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น

นิยาม/คำอธิบาย :

เด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และสังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ (สศศ.) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม (พฤติกรรมเกร-ความรุนแรง) กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทางอารมณ์ (ซึมเศร้า -วิตกกังวล) และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทักษะสังคม (การกลั่นแกล้งรังแก) ซึ่งได้รับการค้นหา (Early detection) โดยครูใช้เครื่องมือสังเกตอาการ 9SPlus (Red Flag และ 9S) ในฐานข้อมูล School Health HERO และด้วยวิธีอื่นของโรงเรียน ต้องมีหลักฐานที่ชัดเจน พบว่ามีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ และได้รับการประเมินด้วย SDQ ฉบับครูประเมินนักเรียนก่อนการช่วยเหลือ (Pre-intervention Assessment : SDQ1) ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567

ระบบ School Health HERO (Health and Educational Reintegrating Operation) หมายถึง ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ ที่ออกแบบให้เป็นแอปพลิเคชันบนเว็บไซต์ เพื่อให้ครูใช้เฝ้าระวัง เรียนรู้ และ รับคำปรึกษาเพื่อดูแลนักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม โดย School Health HERO ได้ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม ของเด็กและวัยรุ่น ทำให้ครูค้นหานักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้เร็วขึ้นโดยไม่เพิ่มภาระเนื่องจากระบบ รายงานผลการประเมินนักเรียนให้ทันที นอกจากนี้เมื่อครูดูแลนักเรียนแล้วไม่ดีขึ้นครูสามารถขอคำปรึกษา จากที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต (HERO Consultant) ในทุกอำเภอผ่านแอปพลิเคชัน

การดูแลช่วยเหลือ หมายถึง เด็กวัยเรียน วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยบุคลากร ในสถานศึกษาด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การปรับพฤติกรรมนักเรียน 2) พัฒนาทักษะชีวิต 3) ให้การปรึกษาเด็กหรือ ผู้ปกครอง 4) ปรึกษาครูแนะแนว 5) ปรึกษานักจิตวิทยาโรงเรียน 6) ส่งปรึกษา HERO Consultant ผ่านระบบ School Health HERO และด้วยวิธีอื่นของโรงเรียน ต้องมีหลักฐานที่ชัดเจน ในกรณีที่พบว่าเด็กวัยเรียนและ วัยรุ่นมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและต้องการความช่วยเหลือเฉพาะทาง

การให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant หมายถึง ครูประสานขอความช่วยเหลือไปยังที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต (HERO Consultant) ผ่าน School Health HERO และการจัดเก็บด้วยวิธีอื่นของโรงเรียนมีหลักฐานที่ชัดเจน เพื่อดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงให้ดีขึ้นภายในปีการศึกษาเดียวกันกับที่ครูขอปรึกษา

การดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น หมายถึง เด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระบบ การดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียน ด้วยระบบ School Health HERO และได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระบบ การดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้วยวิธีอื่นของโรงเรียน ต้องมีหลักฐานที่ชัดเจน จากการประเมินของครูที่ปรึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ด้วยแบบประเมิน SDQ ฉบับครูประเมินนักเรียน (Post-interventional Assessment : SDQ2) พบว่า เด็กวัยเรียนวัยรุ่นรายเดิม มีค่าคะแนนจุดอ่อนทั้ง 4 ด้าน (ปัญหาด้านอารมณ์, ปัญหาพฤติกรรมเกร, ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน) ลดลงหรือเท่าเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับ SDQ1 โดยไม่มีคะแนนจุดอ่อนด้านใดเพิ่มขึ้น จนเปลี่ยนระดับ (เช่น จากปกติเป็นเสี่ยงหรือ จากเสี่ยงเป็นมีปัญหา เป็นต้น) หรือ คะแนนจุดอ่อนไม่เปลี่ยนแปลง (ในกรณีที่ SDQ1 มีคะแนนจุดอ่อนอยู่ในระดับปกติ)

พื้นที่เป้าหมายดำเนินการ หมายถึง โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และสังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ (สศศ.) ที่มีนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน 77 จังหวัด

การวัด :

จำนวนเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO และการจัดเก็บด้วยวิธีอื่นของโรงเรียน ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567

X 100

จำนวนเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้วยระบบ School Health HERO และการ จัดเก็บด้วยวิธีอื่นของโรงเรียน ได้ประเมิน SDQ1 และ SDQ2 ในปีการศึกษา 2567

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ประมวลผลข้อมูลเด็กวัยเรียนวัยร่นกลุ่มเสี่ยงจากฐานข้อมูล HERO Dashboard
2. รายงานเด็กวัยเรียนวัยร่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้วยวิธีอื่นของโรงเรียน

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านเพิ่มขึ้น

นิยาม/คำอธิบาย :

พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลที่มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านเพิ่มขึ้น หมายถึง พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี ที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน ครบตามโปรแกรม (ครบ 3 กิจกรรม) และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กวัยเรียนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 (Pre-test) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 (Post-test) แล้วพบว่า ผลการประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 (Post-test) เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 1 คะแนนขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 (Pre-test)

เด็กวัยเรียนที่มีทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านเพิ่มขึ้น หมายถึง เด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี ที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านครบตามโปรแกรม (ครบ 3 กิจกรรม) และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านก่อนเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 (Pre-test) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 (Post-test) แล้วพบว่าผลการประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 (Post-test) เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 1 คะแนนขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 (Pre-test)

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนเด็กวัยเรียนที่มีทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านเพิ่มขึ้น}}{\text{จำนวนเด็กวัยเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน ครบตามโปรแกรม และมีผลการประเมินทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม}} \times 100$$

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. รายงานข้อมูลพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านครบตามโปรแกรม และผลประเมินทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกฯ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 (Pre-test) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 (Post-test) ของพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนเดียวกัน

2. รายงานข้อมูลได้กี่ยวเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิต และความฉลาดรอบด้านครบตามโปรแกรม และผลประเมินทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 (Pre-test) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 (Post-test)

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของพื้นที่ซึ่งมีการบูรณาการงานระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตทุกช่วงวัยในระดับอำเภอ

นิยาม/คำอธิบาย :

อำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิต หมายถึง อำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับเขต (พชข.) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี หมายถึง เครือข่ายที่มีส่วนร่วมกันดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อดูแล สุขภาพจิตประชาชน เช่น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน หรือภาคประชาสังคม โดยมีเกณฑ์พิจารณาครอบคลุม 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 ร่วมเป็นหนึ่งในคณะกรรมการ พชอ./พชข. หรือหากไม่ได้เป็นกรรมการในระดับ พชอ./พชข. ต้องเป็นกรรมการในระดับ พชต.หรือคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ระดับเขต (กทม.) ที่ดำเนินงานในประเด็น ปัญหาเดียวกันกับที่ พชอ./พชข. กำหนด

ประเด็นที่ 2 มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต โดยนำมาตรฐานการ ดำเนินงานสุขภาพจิตหรือแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาน้อย 1 เครื่องมือ มาใช้ สำหรับบริหารจัดการและดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้บริบท ความต้องการในพื้นที่ ได้แก่ แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน, แนวทางการบูรณาการงานสุขภาพจิตใน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, มาตรฐานการจัดบริการแบบบูรณาการกาย จิต สังคมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU), มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือมาตรฐาน/แนวทางฯ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามประเด็นปัญหาในพื้นที่

ประเด็นที่ 3 สามารถระบุผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับประชาชน จากการมีส่วนร่วม ดำเนินงานของเครือข่ายพลเมืองได้

การวัด :

• **การวัดตามตัวชี้วัดที่ระบุในตาราง**

$$\frac{\text{จำนวนประชาชนในอำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับ พชอ. พชช. ในเขตสุขภาพ}}{\text{จำนวนประชาชนในอำเภอที่เข้าร่วม (บูรณาการ 154 ตำบล (ตำบลละ 30 คน))}} \times 100$$

• **การวัดตามตัวชี้วัดที่ระบุ Template**

$$\frac{\begin{array}{l} \text{จำนวนอำเภอ/เขตในกทม.ที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับพชอ./พชช.} \\ \text{ที่เข้าร่วมสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี} \end{array}}{\text{จำนวนอำเภอ/เขตในกทม.ที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับพชอ./พชช.ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ : จำนวนอำเภอ/เขตในกทม.ที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับพชอ./พชช.ทั้งหมด
ต้องไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวนอำเภอที่มีทั้งหมดภายในเขต	จำนวนอำเภอที่ต้องเข้าร่วม
2/3/4/5/6/7/10/11/12/13	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 79 อำเภอ (≤ 79 อำเภอ)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
1/8/9	ตั้งแต่ 80 อำเภอขึ้นไป (≥ 80 อำเภอ)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต จากกระทรวงสาธารณสุข

**ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของจังหวัดซึ่งมีการบูรณาการงานระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมและ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกช่วงวัย**

นิยาม/คำอธิบาย :

จังหวัด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)ซึ่งมี
คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด ที่ได้รับการแต่งตั้งจาก
คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

**จังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิต
ประชาชน** หมายถึง จังหวัดที่มีการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นทั้งเกิดจากการมีส่วนร่วม
จากภาคส่วนต่าง ๆ ในองค์ประกอบของคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต
มาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ดังนี้

1) กำหนดแผนการดำเนินงาน และแผนการติดตามงานสุขภาพจิตภายในจังหวัด

2) ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติ
สุขภาพจิตระดับจังหวัดหรือคณะทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช/คณะทำงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน
ด้านสุขภาพจิต

3) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้

4) รายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ ต่อกรมสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

โดยแต่ละจังหวัดต้องมีการดำเนินงานตามแนวทางอย่างน้อย 4 ข้อตาม ข้อ 1 - 4 หรือในจังหวัดอื่น ๆ อาจจะมีการดำเนินงานอื่น ๆ เพิ่มเติมเพื่อเป็นกลไกในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น

1) ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/เครือข่ายแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ สถานีพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน/สำนักงานคุมประพฤติ ภายในจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต

2) พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

3) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก่ประชาชนทุกภาคส่วน

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนตามแนวทางที่กำหนดอย่างน้อย 4 ข้อ}}{\text{จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ไม่นับรวมกทม.)}} \times 100$$

คำอธิบายสูตร:

ตัวตั้ง คือ จำนวนจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนตามแนวทางที่กำหนดอย่างน้อย 4 ข้อ

ตัวหาร คือ จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ไม่นับรวมกทม.)

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

รวบรวมจากเอกสารหลักฐานการรายงานผลการดำเนินงานคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด (Drug Prevention Literacy)

นิยาม/คำอธิบาย :

ประชาชน หมายถึง ประชาชนในชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานประกอบการ และหน่วยบริการจิตเวช

- ชุมชน ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนที่มีการดำเนินการ เช่น ผู้ใหญ่ วัยรุ่นและครอบครัวที่เกี่ยวข้อง

- โรงเรียน ได้แก่ นักเรียน ครู และผู้บริหารในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยม อาชีวศึกษา

- มหาวิทยาลัย ได้แก่ นักศึกษาและอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา

- สถานประกอบการ ได้แก่ พนักงานในวัยทำงานและฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ (HR) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพจิตในองค์กร

- หน่วยบริการจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด รวมถึงผู้ดูแลในหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด (Drug Prevention Literacy) หมายถึง การดำเนินการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นในการป้องกันการใช้สารเสพติดและการจัดการกับปัญหาจิตเวชยาเสพติด เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าใจ ปฏิบัติตัวลดการติดยา ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด โดยการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวช ครอบคลุมกิจกรรมหลายด้าน ได้แก่

1. การปรับปรุง พัฒนาและเชื่อมโยงแหล่งแหล่งข้อมูล สื่อความรู้ มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและทันสมัย ผ่านการสร้างหรือปรับปรุงเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน คู่มือ และสื่ออื่น ๆ ที่ออกแบบให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้งาน เช่น วิดีโอสั้น โปสเตอร์ และแผ่นพับ เพื่อเข้าถึงข้อมูลที่คนสนใจ

2. การพัฒนาศักยภาพ Gatekeepers และเครือข่ายนักสื่อสาร เพื่อกระจายข้อมูลความรู้ผ่านผู้ที่มีอิทธิพลหรือผู้นำชุมชน ครอบคลุมทั้งการสื่อสารแบบตัวต่อตัว การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการจัดกิจกรรมในชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย และสถานประกอบการ เพื่อให้ความรู้เข้าถึงประชาชนได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ

3. การจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างทักษะ ความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการใช้สารเสพติดและการดูแลสุขภาพจิต โดยผ่านการจัด Workshop การฝึกอบรม และการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

4. การจัดสัมมนาและเวิร์กช็อปในสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้และความเข้าใจประเด็นสำคัญ โดยเน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วม พร้อมปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

5. การสร้างและสนับสนุนเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระดับชุมชน โดยการจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนจากโรงเรียนและสถานประกอบการ เพื่อสร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่แข็งแกร่งและต่อเนื่อง

Gatekeepers หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงและเผยแพร่ข้อมูลความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยทำหน้าที่เป็นผู้นำหรือผู้ประสานงานในชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานประกอบการ หรือหน่วยบริการจิตเวช เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยบทบาทหลักของ Gatekeepers คือการส่งต่อความรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และน่าเชื่อถือ พวกเขายังสนับสนุนและนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ เช่น การอบรม การรณรงค์ และการสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ Gatekeepers อาจช่วยประสานงานระหว่างหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตามความเหมาะสม

มีความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด หมายถึง ประชาชนที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป โดยมีผลรวมของการประเมินมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป

การวัด :

จำนวนประชาชนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติด
และปัญหาจิตเวชยาเสพติด ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป

X 100

จำนวนประชาชนที่ได้รับการประเมิน

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของชุมชนมีระบบสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี

นิยาม/คำอธิบาย :

ชุมชน หมายถึง ชุมชนในระดับตำบลที่อยู่ภายใต้อำเภอหรือเขตในกรุงเทพมหานคร ที่มีการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมไปกับกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.)

ระบบสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี หมายถึง ระบบที่มีในชุมชนที่ช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1) **ทุนทางสังคม (Social Capital)** หมายถึง ลักษณะโครงสร้างทางสังคมที่มีการประสานงานให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือเพื่อผลประโยชน์ของคนในสังคมร่วมกัน

2) สิ่งแวดล้อมในชุมชน (Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งมิติของสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตจะประกอบด้วย 2 มิติสำคัญ คือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการผ่อนคลายอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

3) ลักษณะทางสังคมประชากรในชุมชน (Sociodemographic) หมายถึง ลักษณะทางประชากรศาสตร์เกี่ยวกับขนาด องค์ประกอบ การกระจายของประชากรในชุมชน โดยประกอบด้วย ความยากจน ครอบครัวและวัฒนธรรมในชุมชน

4) การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community Mental Health care) การดูแลสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนในชุมชน ทั้งในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาเบื้องต้น การดูแลส่งต่อ และการฟื้นฟูในชุมชน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชน

เครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น หมายถึง เครื่องมือในการประเมินการรับรู้ของประชาชนในชุมชนที่มีต่อระบบที่สนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ จำนวน 36 ข้อ

การวัด :

$$\frac{\text{ชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินการที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น และมีผลการประเมินในระดับปานกลางขึ้นไป}}{\text{ชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินการที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นทั้งหมด}} \times 100$$

- หมายเหตุ:** 1. ตัวแทนประชาชนในชุมชน (ระดับตำบล) จำนวน 30 คนต่อชุมชนตอบแบบประเมินฯ
2. ใช้กระบวนการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ผลการประเมินชุมชนที่มีระบบสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี ทำโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการทางสถิติ และเก็บข้อมูลโดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders-5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (ICD10: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ในปีงบประมาณ 2568 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ผลการประเมินระดับคะแนน 9Q ในครั้งแรก ≥ 7

หายทุเลา (Remission) หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่และรายเก่าในปีงบประมาณ 2568 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 14 แห่ง โดยได้รับการบำบัดรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่องจนหายทุเลา (มีอาการอยู่ในระยะอาการสงบ : Remission) โดยใช้ผลระดับคะแนน 9Q ในช่วง 90-120 วัน 121-150 วัน และ 151-180 วัน ที่มีระดับคะแนน $9Q < 7$ ติดต่อกัน (คน) หลังได้รับการวินิจฉัย และบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 14 แห่ง

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) หมายถึง ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ ซึ่งรวบรวมข้อมูลสาธารณสุขของสถานบริการภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง เป็นระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ที่ประกาศโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งจากหน่วยบริการสาธารณสุขมายังฐานข้อมูลกลางระดับจังหวัด (HDC ระดับจังหวัด) เพื่อตรวจสอบและประมวลผลตามขั้นตอนการประมวลผลที่สร้างจากส่วนกลาง และข้อมูลที่ถูกประมวลผล และส่งมายังฐานข้อมูลกลางระดับกระทรวงสาธารณสุขแบบอัตโนมัติ

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการและหายทุเลาในปีงบประมาณ 2568}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2568}} \times 100$$

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจาก B ที่มีผลการประเมิน 9Q ในช่วง 90-120 วัน 121-150 วัน และ 151-180 วัน ที่มีระดับคะแนน $9Q < 7$ ติดต่อกัน (คน)

ตัวหาร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Depressive Disorder หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x (ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD 10) ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่มารับบริการในสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายนของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง (พบแพทย์/รับยา/มารับบริการอื่นๆ เช่น รับยาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) นับจากการมารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณที่มีระดับคะแนนประเมิน $9Q \geq 7$ (คน)

คำอธิบายเพิ่มเติม

การหายทุเลา โดยใช้ผลการประเมิน 9Q < 7 ในเดือนที่ 4, 5, 6 หลังได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 14 แห่ง



หมายเหตุ

- 1) ค่าเป้าหมายปี 2567 มาจากค่าเฉลี่ยจากฐานข้อมูล HDC ร้อยละ 49.39
- 2) เริ่มเก็บข้อมูล 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568 โดยรายงานรอบ 11 เดือน
- 3) M = Month (เดือน)
- 4) กรณีผู้ป่วยไปรับบริการหลายสถานบริการให้นับเป็นผลงานของสถานบริการแรกที่ไปรับบริการ

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล

- 1) รายงานร้อยละการหายทุเลาจากโรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ทุกเดือน
- 2) จากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง ในสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดเก็บข้อมูลและส่งรายงานตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ตามระบบรายงานฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHA : Attention - Deficit/ Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F90.0-90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพสต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 6 - 15 ปี ในเขตสุขภาพ}}{\text{จำนวนประชากรประจำปีที่ผ่านมา อายุ 6 - 15 ปี} \times 0.054} \times 100$$

- ความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 5.4
- ฐานประชากรประจำปีที่ผ่านมาจากทะเบียนราษฎร์ ของ HDC
- 15 ปี หมายถึง 15 ปี 11 เดือน 29 วัน

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด ในเขตสุขภาพ จาก HDC ของกระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ใน 13 เขตสุขภาพ จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และจากฐานข้อมูลอื่น

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้ป่วยออทิสติก หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F84.0-84.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสซึม ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale) หมายถึง เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะให้ผลการประเมินเป็นการวินิจฉัยอย่างมีหลักฐานให้กับแพทย์ โดยเครื่องมือนี้สามารถใช้ได้ในสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยออทิสติกอายุ 2-5 ปี ในเขตสุขภาพ}}{\text{จำนวนประชากรประจำปีที่ผ่านมา อายุ 2-5 ปี ในเขตสุขภาพ} \times 0.01} \times 100$$

- ความชุกของโรคออทิสซึม เท่ากับร้อยละ 1.0
- ฐานประชากรประจำปีที่ผ่านมาจากทะเบียนราษฎร ของ HDC 5 ปี หมายถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยออทิสติกที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด ในเขตสุขภาพ 1 - 12 จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยออทิสติกที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ใน 13 เขตสุขภาพ จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และจากฐานข้อมูลอื่น
3. ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขคู่เครือข่ายที่บันทึกในระบบฐานข้อมูลเครื่องมือ TDAS

ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ประชาชนอายุระหว่าง 6 ปี - 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability; ID) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10th Revision : ICD-10) หมวด F70.x, F71.x, F72.x, F73.x, F78.x, F79.x และหมวด Q87.x Q90.x, Q91.x Q93.5, Q99.x

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่ประชาชนอายุระหว่าง 6 ปี - 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 6 ปี - 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตสุขภาพ}}{\text{จำนวนประชากรประจำปีที่ผ่านมา อายุ 6 ปี - 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตสุขภาพ} \times \text{ความชุก (0.02)}} \times 100$$

- ความชุกของโรคภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับร้อยละ 2
- ฐานประชากรประจำปีที่ผ่านมาจากทะเบียนราษฎร ของ HDC

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) ที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 จากระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ หมายถึง นักโทษเด็ดขาดทุกฐานความผิดที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช แล้วได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปทั้งในและนอกเรือนจำ หรือตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry รวมทั้งกรณีเจ้าหน้าที่ในเรือนจำขอรับยาแทนผู้ต้องขังจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังจิตเวชไม่ได้พบจิตแพทย์หรือแพทย์ และได้รับการปล่อยตัวหรือพ้นโทษจากเรือนจำ

ผู้ป่วยจิตเวชคดีตามมาตรา 3 หลังพ้นโทษ หมายถึง นักโทษเด็ดขาดฐานความผิดที่ระบุในมาตรา 3 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายอาญา ตามพระราชบัญญัติมาตรการป้องกันกระทำผิดซ้ำในความผิด

เกี่ยวกับเพศหรือที่ใช้ความรุนแรง พ.ศ.2565 ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปทั้งในและนอกเรือนจำ และได้รับการปล่อยตัวหรือพ้นโทษจากเรือนจำ ได้แก่

- ความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเราตามมาตรา 276
- ความผิดฐานกระทำชำเราเด็กตามมาตรา 277
- ความผิดฐานกระทำอนาจารบุคคลอายุเกินสิบห้าปีโดยขู่เข็ญตามมาตรา 278
- ความผิดฐานกระทำอนาจารเด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปีไม่ว่าเด็กนั้นจะยินยอมหรือไม่ตามมาตรา 279
- ความผิดฐานพาบุคคลอายุเกินสิบห้าปีแต่ยังไม่เกินสิบแปดปีไปเพื่อการอนาจารตามมาตรา 283 ทวิ
- ความผิดฐานพาผู้อื่นไปเพื่อการอนาจารโดยใช้อุบายหลอกลวงตามมาตรา 284
- ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288
- ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเหตุฉกรรจ์ตามมาตรา 289
- ความผิดฐานทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายตามมาตรา 290
- ความผิดฐานทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้ถูกทำร้ายได้รับอันตรายสาหัสตามมาตรา 297

และมาตรา 298 และ

- ความผิดฐานเรียกค่าไถ่ตามมาตรา 313

การติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามดูแลรักษา ช่วยเหลือและประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชคดี และผู้ป่วยจิตเวชคดีตามมาตรา 3 อย่างต่อเนื่องหลังพ้นโทษกลับสู่ชุมชน ป้องกันการก่อคดีซ้ำอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยจะต้องได้รับการติดตามทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี

ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง นักโทษเด็ดขาดทุกฐานความผิด และนักโทษเด็ดขาดฐานความผิดที่ระบุในมาตรา 3 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ตามพระราชบัญญัติมาตรการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือที่ใช้ความรุนแรง พ.ศ. 2565 ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปทั้งในและนอกเรือนจำหรือตรวจผ่านระบบTelepsychiatry รวมทั้งกรณีเจ้าหน้าที่ในเรือนจำขอรับยาแทนผู้ต้องขังจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังจิตเวชไม่ได้พบจิตแพทย์หรือแพทย์ และได้รับการปล่อยตัวหรือพ้นโทษจากเรือนจำ ได้รับการติดตามดูแลให้เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยหน่วยบริการจิตเวชทั้ง 14 แห่งเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาบันทึกลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ตาม URL: <https://niti.dmh.go.th/> ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชคดีทั่วประเทศ ใช้ในการกำกับติดตามให้ผู้ป่วยจิตเวชคดีเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่ในเรือนจำและภายหลังปล่อยตัวหรือพ้นโทษ

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนรวมสะสมของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ได้รับการติดตาม และบันทึกข้อมูลลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2568}}{\text{จำนวนรวมสะสมของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษจากทุกเรือนจำในเขตบริการสุขภาพ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2567}} \times 100$$

ตัวตั้ง คือ จำนวนรวมสะสมของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ได้รับการติดตาม และบันทึกข้อมูลลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2568 (หากผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษไม่ได้รับการติดตามทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี จะไม่ถูกนับเป็นจำนวนรวมสะสม)

ตัวหาร คือ จำนวนรวมสะสมของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษจากทุกเรือนจำในเขตบริการสุขภาพ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2567

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลการติดตามการรักษา และบันทึกการติดตามบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตาม URL: <https://niti.dmh.go.th/>

ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือ (ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย)

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ง่ายกว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วไป ใน Setting ต่อไปนี้

1) ผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพ (ศพอส.) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ดูแลหรือร่วมบูรณาการ

2) ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (สถานสงเคราะห์คนชรา) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุหรือสถานสงเคราะห์คนชราภายใต้การสนับสนุนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ/หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดูแลช่วยเหลือ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ , การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ให้กับผู้สูงอายุและญาติ, การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus), การดูแลสังคมจิตใจ, การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา

1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนดำเนินการดูแลช่วยเหลือ โดย รพ.สต./CM/ CG/อสม. และหรือทีม 3 หมอ ดังนี้

1.1 คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) ถ้าพบว่า มีอย่างน้อย 1 ข้อ ประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และถ้าพบมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย

ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และส่งต่อเพื่อพบแพทย์ ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน ให้ใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความภาคภูมิใจผู้สูงอายุและให้การดูแลสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 เยี่ยมบ้านโดย รพ.สต.(CM/CG/อสม.) และ/หรือทีม 3 หมอ เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษา/คำปรึกษาตามปัญหา

1.3 สนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรมสุข 5 มิติ ในชมรมผู้สูงอายุหรือที่บ้าน

1.4 ติดตามคัดกรอง 2Q plus ซ้ำ หลังจากดูแลช่วยเหลือ 3 เดือน

2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (สถานสงเคราะห์คนชรา) ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

2.1 คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) ถ้าพบว่า มีอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ถ้าพบมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) และส่งต่อเพื่อพบแพทย์

2.2 สื่อสารให้กำลังใจ /ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

2.3 สนับสนุนเข้าร่วมจัดกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติหรือกิจกรรมสร้างสุขโปรแกรมอื่นๆ ที่มีกิจกรรมสอดคล้องกับกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ

2.4 ติดตามคัดกรอง 2Q Plus ซ้ำ หลังจากดูแลช่วยเหลือ 3 เดือน

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ (คน)}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (สถานสงเคราะห์คนชรา) ทั้งหมด (คน)}} \times 100$$

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียง) และในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (สถานสงเคราะห์คนชรา) ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

เขตสุขภาพที่ 1-12 ใช้ฐานข้อมูลจาก Bluebook >> แฟ้มการคัดกรอง >> คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน >> 2Q plus >> ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง >> จำนวนเสี่ยง

เขตสุขภาพจิตที่ 13 ใช้ฐานข้อมูลจากสำนักอนามัย

ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์

นิยาม/คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การคัดกรองผู้ป่วย SMI-V หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 รหัส F00.X-F99.X หรือ รหัส X60.X-X84.X ได้รับการคัดกรองตามแนวทางการคัดกรองและบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐาน จำนวน 7 รหัส มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 และ 1B036 - 1B038 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและ พบว่า มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรงรหัสใดรหัสหนึ่ง จึงต้องยืนยันการประเมิน เพื่อลงรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) ต่อไปนี้

- 1B030 การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 1B031 การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- 1B032 การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จ่อมุ่งร้าย
- 1B033 การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่าข่มขืน วางเพลิง)
- 1B036 การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าปกติ
- 1B037 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม
- 1B038 การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบว่ามีประวัติ/อาการอื่น

ระบบสารสนเทศในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V CARE)
หมายถึง การจัดระบบสารสนเทศในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชัน (Web Application) เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จนถึง การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยลงทะเบียนและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและรายงาน

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์ (คน)}}{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำนวนทั้งหมด (คน)}} \times 100$$

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ระบบสารสนเทศในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V CARE)

ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต

นิยาม/คำอธิบาย :

ประชาชน หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มวัย (ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานและวัยสูงอายุ) ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยชีวิต ความเป็นอยู่และสังคม ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

การเข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต หมายถึง ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงข้อมูลและได้รับข้อมูลความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตที่เหมาะสม ถูกต้อง ทันท่วงที เหตุการณ์ นำไปปฏิบัติได้จริง เกิดการดูแลสุขภาพจิต และลดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้น

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจการเข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตผ่านเกณฑ์}}{\text{จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจการเข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต}} \times 100$$

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- 1) รายงานผลการดำเนินการเข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต
- 2) ผลการประเมินการเข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต ดำเนินการสุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 -12 และกรุงเทพมหานคร ด้วยระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ

ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤต ได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง

นิยาม/คำอธิบาย :

สถานการณ์วิกฤต หมายถึง สาธารณภัย ตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550 ได้แก่ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืชตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณสุข ไม่ว่าเกิดจากธรรมชาติ มีผู้ทำให้เกิดขึ้น อุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใดซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน หรือของรัฐ และให้หมายความรวมถึงภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรมด้วย ซึ่งปรากฏในคู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ฉบับปรับปรุง 2567 ดังนี้

ด้านสาธารณภัย ประกอบด้วย 14 ประเภทภัย

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. อุทกภัยและดินโคลนถล่ม | 2. ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน |
| 3. ภัยจากอัคคีภัย | 4. ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย |
| 5. ภัยจากคมนาคมและขนส่ง | 6. ภัยแล้ง |
| 7. ภัยจากอากาศหนาว | 8. ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน |
| 9. ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม | 10. ภัยจากคลื่นสึนามิ |
| 11. ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์ | 12. ภัยจากโรค แมลง สัตว์ ศัตรูพืชระบาด |
| 13. ภัยจากโรคระบาดและสัตว์น้ำ | 14. ภัยจากเทคโนโลยีสารสนเทศ |

ด้านความมั่นคง ประกอบด้วย 4 ประเภทภัย

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. ภัยจากการก่อวินาศกรรม | 2. ภัยจากทุ่นระเบิดกับระเบิด |
| 3. ภัยทางอากาศ | 4. ภัยจากการชุมนุมประท้วง |

การเฝ้าระวังและการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง ขอบเขตของสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข

ระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อข่าววิกฤตสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์ หมายถึง เครื่องมือ Social listening tool ที่รวบรวมประเด็นต่างๆ จากสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) โดยเก็บข้อมูลกระแสสังคมประเด็นความรุนแรง ทำให้สามารถติดตามข่าวความรุนแรงได้ครอบคลุมจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น Social Media เว็บไซต์ หนังสือพิมพ์ นิตยสารออนไลน์ ซึ่งมีการตรวจสอบ ติดตาม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ คัดแยกข่าวตามประเด็นความรุนแรงด่วน และ Alert ได้ทันต่อสถานการณ์ แจ้งเตือนไปยังทีม MCATT กรมสุขภาพจิตเพื่อประสาน ตรวจสอบ ข้อเท็จจริง ประวัติการรักษาทางจิตเวช หรือลงพื้นที่ตรวจสอบสถานการณ์ด้านหน้า

Director Critical Information Requirement (DCIRs) หมายถึง เกณฑ์ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ หรืออาจมีผลกระทบต่อสาธารณสุขในวงกว้าง หรือมีความรุนแรงสูง ต้องการการตอบสนองเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้บริหารระดับสูง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบทันที ภายใน 2 ชั่วโมง

ระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS) หมายถึง ฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต โดยจัดเก็บรายละเอียดเหตุการณ์ สาธารณภัยและวิกฤตทางสังคม จำนวนผู้ได้รับผลกระทบแต่ละเหตุการณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับผลกระทบ ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิต การเยียวยา การรักษา และการส่งต่อ ที่ผู้ได้รับผลกระทบได้รับจากทีมเยียวยาจิตใจ (MCATT) รวมถึงระบบการติดตาม ตามระยะเวลาที่กำหนด

ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ วิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ที่ได้รับการประเมิน/คัดกรองตามเวชระเบียนสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต (ผู้ใหญ่และเด็ก) และติดตามให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ตั้งแต่ 1. ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์) 2. ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน) และ 3. ระยะฟื้นฟู (3 เดือน ขึ้นไป) และรายงานในระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS) ดังนี้

การประเมินและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง

1) กรณีผู้ประสบภาวะวิกฤตอายุ 18 ปีขึ้นไป

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์) ลักษณะของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการติดตามต่อ (A14) มี 7 กลุ่ม ดังนี้ A.ผู้บาดเจ็บ B.ผู้อยู่ในเหตุการณ์ C.ญาติของผู้เสียชีวิต D.ญาติผู้บาดเจ็บ E.ผู้สูญเสียบ้าน/ทรัพย์สิน F.เจ้าหน้าที่/ผู้ให้ความช่วยเหลือ G.ผู้รับรู้เหตุการณ์ หรือ (A16) กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติผู้เสียชีวิต 4) ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์/ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ 6) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว ของ 3) ผู้มีประวัติรักษาทางจิตเวช หรือ 5) ผู้มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ กลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 6 กลุ่ม กรณีพบกลุ่มเสี่ยง มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ส่งพบบุคลากรทางการแพทย์ทันที และติดตามต่อในระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน)

ระยะหลังประสบภาวะวิกฤต (2 สัปดาห์ - 3 เดือน) ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการติดตามต่อ (A16) กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนน 9Q $\geq$ 19 คะแนน หรือ ตอบ ไข ในแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q plus) ข้อที่ 3 หรือ คะแนน PISCES - 10 $\geq$ 19 คะแนน ควรพิจารณาส่งพบแพทย์ทันที กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ ผู้ที่มีระดับความเครียด $\geq$ 4 คะแนน หรือ ผู้ที่มีคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 7-18 คะแนน หรือผู้ที่มีคะแนน PISCES-10 อยู่ระหว่าง 9-18 คะแนน โดยผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จะต้องได้รับการติดตามต่อในระยะฟื้นฟู กลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงข้างต้น

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการติดตามต่อ (A16) กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนน 9Q $\geq$ 19 คะแนน หรือ ตอบ ไข ในแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q plus) ข้อที่ 3 หรือ คะแนน PISCES-10 $\geq$ 19 คะแนน ควรพิจารณาส่งพบแพทย์ทันที กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ ผู้ที่มีระดับความเครียด $\geq$ 4 คะแนน หรือ ผู้ที่มีคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 7-18 คะแนน หรือ

ผู้ที่มีคะแนน PISCES-10 อยู่ระหว่าง 9-18 คะแนน โดยผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปทุกราย ควรส่งพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรับการรักษาตามระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

2) กรณีผู้ประสบภาวะวิกฤตอายุต่ำกว่า 18 ปี

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์) เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตาม ต่อ (A15) มี 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติผู้เสียชีวิต 3) ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช 4) ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์/ ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ 5) ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตามการประเมินอาการสำหรับเด็กตามกลุ่มอายุ (Symptoms Checklist) (A14) กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ 1) ผู้บาดเจ็บ หรือ 2) เป็นญาติผู้เสียชีวิต 4) ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์/ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่น ที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพียงกลุ่มเดียวของ 3) ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช หรือ 5) ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตาม Symptoms Checklist โดยเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จะต้องได้รับการติดตามต่อในระยะหลังได้รับผลกระทบ กลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่น ที่ไม่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม

ระยะหลังประสบภาวะวิกฤต (2 สัปดาห์ - 3 เดือน) เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตาม ต่อ (A15) กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่น ที่มีคะแนน CRIES-8 ≥ 17 คะแนน หรือคะแนน PHQ-A ≥ 15 คะแนน หรือคะแนน PHQ-A ข้อ 9 ≥ 1 คะแนน ควรพิจารณาส่งพบแพทย์ทันที กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่นที่มีอาการจาก Symptoms checklist พบอย่างน้อย 1 อาการ หรือมีคะแนน PHQ-A อยู่ระหว่าง 5 - 14 คะแนน โดยผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จะต้องได้รับการติดตามต่อในระยะฟื้นฟู กลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีอาการตามแบบประเมินข้างต้นอยู่ในระดับเสี่ยง

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามต่อ (A15) กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่น ที่มีคะแนน CRIES-8 ≥ 17 คะแนน หรือ คะแนน PHQ-A ≥ 15 คะแนน หรือคะแนน PHQ-A ข้อ 9 ≥ 1 คะแนน กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่นที่มีอาการจาก Symptoms Checklist พบอย่างน้อย 1 อาการ หรือมีคะแนน PHQ-A อยู่ระหว่าง 5 - 14 คะแนน ที่ยังมีระดับความเสี่ยง ปานกลางขึ้นไปทุกรายควรส่งพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและรับการรักษาตามระบบบริการสาธารณสุขต่อไป กลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีอาการตามแบบประเมินข้างต้นอยู่ในระดับเสี่ยง

การเยียวยาจิตใจตามมาตรฐาน หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลาง ได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต โดยการติดตามในระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน) และระยะฟื้นฟู (3 เดือน ขึ้นไป) พร้อมทั้งได้รับการเยียวยาจิตใจ/บำบัดรักษา ให้การช่วยเหลือตามสภาพ ปัญหา ตามคู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ฉบับปรับปรุง 2566 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติในภาวะวิกฤต (CMS) อย่างถูกต้องครบถ้วน

การได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต ที่มีความเสี่ยงจากระดับสูง ลดลงเป็นระดับปานกลาง หรือ ระดับต่ำ หรือ ผู้ประสบภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต ที่มีความเสี่ยงจากระดับปานกลาง ลดลงเป็นระดับต่ำ จากการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

ฐานข้อมูลระบบบริการและทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย หมายถึง การรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลบริการและทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช โดยจัดเก็บข้อมูลเป็นประจำทุกปีในโปรแกรมสำเร็จรูปแบบออนไลน์ ซึ่งข้อมูลบริการและทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลทรัพยากรบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวชรายวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เวชศาสตร์สื่อความหมาย นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมถึงการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและการอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤตสุขภาพจิต สำหรับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประทุษร้าย (MCATT) โดยเก็บข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้มีฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นระบบและเป็นปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อประชากร เพื่อวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประทุษร้าย (MCATT) ให้สามารถดำเนินงานตอบรับกับสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

การวัด :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ประทุษร้ายวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง}}{\text{จำนวนผู้ประทุษร้ายวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต}} \times 100$$

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประทุษร้ายในภาวะวิกฤต (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS)
2. รายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในสังคมและผลกระทบ

ตัวชี้วัดที่ 18 จำนวนการเข้าถึงบริการปรึกษาทางสุขภาพจิตผ่าน Application Mental Health Check In, DMIND และ สายด่วน 1323

นิยาม/คำอธิบาย :

Mental Health Check In หมายถึง เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข, อสม., และจิตอาสา ใช้ประเมินสุขภาพจิตประชาชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา มาดูแลสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถประเมินตนเอง และเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

ระบบคัดกรอง DMIND หมายถึง แอปพลิเคชันที่ช่วยในการตรวจจับ (Accuracy) การวิเคราะห์สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และการใช้แบบประเมินของผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะทางสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

สายด่วน 1323 หมายถึง บริการปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตฟรีตลอด 24 ชั่วโมง โดยนักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือปัญหาอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพใจ สามารถโทรได้ทั้งจากระบบโทรศัพท์และช่องทางออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ หรือ Line OA

การวัด : จำนวนผู้ใช้บริการ Mental Health Check In ระบบคัดกรอง DMIND และ สายด่วน 1323

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

รวบรวมข้อมูลจำนวนประชาชนที่ระบบให้บริการระบบคัดกรอง Mental Health Check In ระบบคัดกรอง DMIND และ สายด่วน 1323

ส่วนที่ 4

สรุปและอภิปรายผล

การติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต ซึ่งกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ควบคู่ไปกับการลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตต่อประชาชนทุกกลุ่มวัย การติดตามและประเมินผล การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ จึงมุ่งเน้นการพัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์เชิงคุณภาพของระบบ เช่น ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตของประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้าง สภาพแวดล้อมทางจิตใจที่เอื้อต่อสุขภาวะ

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา เก็บจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ประกอบด้วย

วิธีการวิเคราะห์จากเอกสาร (Documentary Analysis) ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย และ 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของ การดำเนินงาน โดยแนวทางการพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับเป้าหมายของตัวชี้วัด ของมาตรการธรรมนูญฯ หมวดสุขภาพจิต รายละเอียดเป้าหมาย/มาตรการในภาพรวม โดยนำเสนอ 1) อภิปรายผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 2) ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด และ 3) ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานสุขภาพจิตจากการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต และนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง

การประเมินผลภาพรวมภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวด สุขภาพจิต โดยกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดสุขภาพจิต ในแต่ละปีงบประมาณตามเป้าหมายการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต มีจำนวนตัวชี้วัด ทั้งหมด 18 ตัวชี้วัด

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. สรุปสถานการณ์สุขภาพจิตตามตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรค ของการดำเนินงานตามภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

2. การอภิปรายผลเกี่ยวกับการบรรลุตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

4.1 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิตตามตัวชี้วัดหมวดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

สถานการณ์ :

มีการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ให้แก่ประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูล MHL และบูรณาการการทำงานกับงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้จัดทำกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต โดยประเด็นมุ่งเน้น คือ “เพื่อนแท้มีทุกที่ เพื่อนดีดูแลใจ” ช่วยเหลือและรู้เท่าทันสัญญาณเสี่ยง (ดูแลตัวเอง รู้แหล่งช่วยเหลือ ดูแลคนอื่นเป็น) โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

1) จัดทำแผนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต และขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตใน 13 เขตสุขภาพ

2) จัดทำสื่อเทคโนโลยีเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต 8 เรื่อง ผลิตสื่อเทคโนโลยีเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตจำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1) ใช้เวลาร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์เชิงบวกในบ้าน ด้วยหลัก “ฉลาดรัก ฉลาดเลี้ยง ฉลาดดูแล” 2) การกลั่นแกล้งรังแกกัน ไม่ใช่เรื่องล้อเล่น 3) ความสุขก็สร้างได้ เครียดก็คลายให้เป็น” 4) ดูแลใจสูงวัยอยู่ลำพัง....รับมือกับความเหงาและความสูญเสีย 5) หม่าตัวตายป้องกันได้ 6) ซึมเศร้า...เราคุยกันได้ 7) รู้ทัน... สัญญาณเสี่ยงก่อความรุนแรง (กรณีผู้เฒ่าเสียดิตที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง) และ 8) คุณ...ก็เป็นผู้ช่วยเหลือได้ (เพื่อนแท้มีทุกที่ เพื่อนดีดูแลใจ) โดยจัดทำในรูปแบบแผ่นพับ สนับสนุนแก่หน่วยงาน/เครือข่ายสื่อมวลชน (Mental Influencer Team : MIT) เพื่อส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์แก่ประชาชน

3) จัดทำแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรูปเล่ม และใช้เป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานในปี 2568 เพื่อให้ผู้รับผิดชอบนำไปใช้ในการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับเขตสุขภาพ

4) ปรับปรุงแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพจิต ปี 2567 ที่ได้รับการพัฒนา โดยปรับปรุง 35 ข้อ (4 domain) ความรู้สุขภาพจิต, ความรู้โรค, Stigma+ (ตามองค์ประกอบ V-shape) เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และบอกต่อ

5) จัดทำ MHL Web Based Survey สำหรับใช้ประเมินความรอบรู้สุขภาพจิต ฉลาดรู้ใจ Chaladroojai <https://chaladroojai.dmh.go.th> สำหรับใช้ประเมินระดับบุคคล และดูผลความรอบรู้ ผ่าน Dash Board ในภาพรวมของเขตสุขภาพและประเทศ

6) เกิด Good Practice ในการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต จากเครือข่าย จำนวน 30 เรื่อง

7) ผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ใน 13 เขตสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 154 กิจกรรม คิดเป็น ร้อยละ 100 ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต (จัดกิจกรรม อบรม

ให้ความรู้ ประชุม สื่อสาร วรรณคดี ฯลฯ) 2) การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เช่น แกนนำ อสม. สื่อมวลชนท้องถิ่น 3) การผลิตสื่อเทคโนโลยี/สื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง และ 4) กิจกรรมอื่นๆ เช่นการประชุมบูรณาการ โดยมีประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ จำนวน 312,525 คน คิดเป็น ร้อยละ 214 จากกลุ่มเป้าหมาย 146,342 คน

ผลการดำเนินงาน :

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2567 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

- 1) กลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 3,394 คน (แบ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน 1,887 คน กลุ่ม ผู้สูงอายุจำนวน 1,507 คน)
- 2) กลุ่มผู้ดูแลทั้งสิ้น 3,492 คน (แบ่งออกเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยจำนวน 691 คน ผู้ปกครองเด็กที่เข้ารับบริการหน่วยบริการจิตเวชเด็ก จำนวน 611 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1,048 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 1,142 คน) และ 3) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 1,518 คน พบว่า ร้อยละ 92.7 ของประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพจิต (ระดับดี - ดีมาก จำนวน 7,796 คน จาก จำนวน 8,404 คน)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญในการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตเพื่อประโยชน์ของประชาชน ในการตระหนักถึงบริการและการดูแลสุขภาพจิตตนเอง
- 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในการร่วมดำเนินงาน
- 4) การบูรณาการงานการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเข้ากับกลุ่มวัยและโครงการต่างๆ

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) ระยะเวลาในการลง去做กิจกรรมค่อนข้างจำกัด จึงปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องตามบริบทพื้นที่ และกลุ่มวัย
- 2) งบประมาณยังไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนงานในการสร้างเสริมความรู้สุขภาพจิตให้กับประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและการเข้าถึงประชาชน

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญห :

- 1) สร้างความเข้าใจและความตระหนักในเรื่องสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต และความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตให้กับหน่วยงาน องค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อช่วยให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต
- 2) บูรณาการร่วมกับโครงการ และกิจกรรมอื่นๆ
- 3) วางแผนและปรับแผนตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่

สถานการณ์ :

มีการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ให้แก่ประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูล MHL และบูรณาการการทำงานกับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และได้จัดทำโครงการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต โดยประเด็นมุ่งเน้น คือ “เพื่อนแท้มีทุกที่ เพื่อนดีดูแลใจ” ช่วยเหลือและรู้เท่าทันสัญญาณเสี่ยง (ดูแลตัวเอง รู้แหล่งช่วยเหลือ ดูแลคนอื่นเป็น) โดยประเด็นสำคัญที่พื้นที่ขับเคลื่อนตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	ประเด็น
เด็กปฐมวัย	การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple-P)
เด็กวัยเรียนวัยรุ่น	1. การเสริมพลังครูและผู้ปกครองเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน 2. การพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control) เพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกัน (Bullying) ในเด็กประถมศึกษา
วัยทำงานตอนต้น	MHCI 3 ส. การเสริมสร้าง RQ การสื่อสารเชิงบวก ความเครียดและการจัดการความเครียด การให้คำปรึกษาเบื้องต้น
วัยทำงาน	สร้างสุขในองค์กร อีดี อีดี สัญ Warning Sign, Call for help, Sharing, ซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย เน้นสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย จุดรับแจ้งเหตุ อีดี อีดี สัญ
วัยสูงอายุ	1. การคัดกรอง และประเมินสภาพจิตใจผู้สูงอายุ 2. โรคทางด้านสุขภาพจิตและสมองในผู้สูงอายุ 3. การดูแลผู้สูงอายุและญาติ" ทักษะการสร้างพลังใจฝึกการใช้ความคิดเพื่อป้องกันสมองเสื่อม ฝึกการออกกำลังกายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน "RQ, Suicide Prevention, Recovery"

ผลการดำเนินงาน :

ผลของพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต) ปี 2567 ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาในพื้นที่ (ระดับดีขึ้น) ร้อยละ 87.3 (เป้าหมายร้อยละ 75) จำแนกตามองค์ประกอบย่อย 9 ข้อ พบว่า

- ด้านความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี

องค์ประกอบที่ 1.2 รู้และเข้าใจวิธีการป้องกันตนเองจากปัญหาสุขภาพจิต (1)

“เมื่อท่านมีความเครียด ท่านใช้บุหรี่ สุราหรือสารเสพติดในการคลายเครียด” ไม่เห็นด้วยร้อยละ 11.0 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 7.0

- ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรทางจิตเวชและวิธีการรักษา

องค์ประกอบที่ 2.1 รู้และเข้าใจปัจจัยเสี่ยง (2) “ท่านมักจะส่งต่อ หรือแชร์ต่อข้อมูลหรือข่าวทางลบ เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น อุบัติเหตุ ฆาตกรรม แล้วมีภาพความรุนแรงหรือภาพสะเทือนขวัญ” ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 22.4 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 9.2

- ด้านการลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต

องค์ประกอบที่ 3.1 การตีตราต่อตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต ข้อความ (3) “ถ้าท่านป่วยทางจิตท่านจะไม่บอก หรือปรึกษาใคร เพราะรู้สึกอาย” ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 11.7 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 5

- ด้านความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 4.1 ความสามารถในการหาวิธีดูแลตนเอง (4) “ท่านสามารถนำข้อมูลและแนวทางการดูแลจิตใจ เช่น การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ การเสริมสร้างพลังใจ ฯลฯ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตัวเองได้” เห็นด้วย ร้อยละ 56.7 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 38

องค์ประกอบที่ 4.2 (5) ท่านสามารถที่จะไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลจิตใจหรือการเจ็บป่วยทางจิตได้ เห็นด้วย ร้อยละ 54.2 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 41.2 (6) หากท่านเจ็บป่วยทางจิต ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขได้ เห็นด้วย ร้อยละ 51.8 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 43.4

องค์ประกอบที่ 4.3 ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (7) ท่านสามารถให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้นกับคนใกล้ชิด/คนรอบข้างได้เมื่อเขามีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด เศร้า วิตกกังวล ด้วยการสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เห็นด้วย ร้อยละ 57.2 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 34.5 (8) ท่านสามารถให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น กับคนใกล้ชิด/คนรอบข้างได้เมื่อเขามีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด เศร้า วิตกกังวล ด้วยการใส่ใจรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ เห็นด้วย ร้อยละ 55.4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 37.6 และ (9) ท่านสามารถให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้นกับคนใกล้ชิด/คนรอบข้างได้ เมื่อเขามีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด เศร้า วิตกกังวล ด้วยการแนะนำหรือพาไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หรือเข้ารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข เห็นด้วย ร้อยละ 53.4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 40

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และให้ความสำคัญในการตระหนักรู้เข้าถึงบริการและการดูแลสุขภาพจิตตนเอง

2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในการร่วมดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค : ระยะเวลาในการลงไปทำกิจกรรมค่อนข้างจำกัด

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

1) ควรปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องตามบริบทพื้นที่ และกลุ่มวัย

2) บูรณาการการทำงานร่วมกับเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กวัยเรียน วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น

สถานการณ์ :

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) กำหนดให้การดูแลสุขภาพจิตและสวัสดิภาพของคนทุกกลุ่มอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนประเทศ แต่เด็กและวัยรุ่นปัจจุบันได้รับผลกระทบอย่างมากจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 4.1 (ชาย ร้อยละ 2.8, หญิงร้อยละ 5.3) วัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน และเด็กไทยอายุ 5 - 9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์ สอดคล้องกับผลสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลก ในส่วนของประเทศไทยเมื่อปี 2564 พบว่า ร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นอายุ 13 - 17 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย คือ สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของวัยรุ่นไทย ปัญหาการกลั่นแกล้งกันในโรงเรียน ก่อนการเรียนออนไลน์ ร้อยละ 29.3 การถูกข่มเหงรังแกทางสื่อสังคมออนไลน์ ในระหว่างเรียนออนไลน์ ร้อยละ 15

การดูแลเด็กและเยาวชนไทยมีปัญหา อารมณ์ดี เป็นเยาวชนที่มีคุณภาพของสังคม โดยมีเป้าหมายให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบและส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันทางสุขภาพจิตของตนเอง เน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัลผ่านโปรแกรม School Health HERO ในการเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน โดยบุคลากรเครือข่ายสถานศึกษาเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุข ในส่วนของเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่มุ่งเน้นในการดูแลปฐมพยาบาลทางใจร่วมกับบ้านพักเด็กและครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม รวมทั้งส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งมีคุณภาพ ปีการศึกษา 2565 นักเรียนที่ผ่านการเฝ้าระวังด้วยระบบ School Health HERO จำนวน 920,673 คน และผลการประเมินพบนักเรียนกลุ่มเสี่ยงปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ที่ต้องได้รับการดูแลจำนวน 60,911 คน คิดเป็นร้อยละ 21 โดยนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น จำนวน 19,587 คน คิดเป็นร้อยละ 73.41 แยกตามประเด็นปัญหา พบว่าเป็นกลุ่มสมาธิสั้น จำนวน 33,859 คิดเป็นร้อยละ 56 ซึมเศร้า/วิตกกังวล จำนวน 19,490 คิดเป็นร้อยละ 32 และกลั่นแกล้งรังแก จำนวน 7,562 คิดเป็นร้อยละ 12 ตามลำดับ

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงาน ปี 2568 ตัวชี้วัดเด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ร้อยละ 62.21 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมาย

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) มีการปรับปรุงพัฒนาระบบ School Health HERO ให้ข้อมูลเข้าถึงง่าย สะดวก และเป็นปัจจุบัน เพื่อให้เป็นมิตรกับผู้ใช้งานมากขึ้น
- 2) ผลักดันนโยบายการใช้งานและเชื่อมระบบ OBEC Care และ HERO

ปัญหาอุปสรรค :

1) ความไม่เสถียรของระบบ ต้องใช้อินเทอร์เน็ตความเร็วสูงในการเข้าใช้งานจึงเป็นปัญหาในพื้นที่ทุรกันดาร ทำให้โรงเรียนที่มีโปรแกรมดูแลสุขภาพจิตของตนเองซึ่งระบบมีความเสถียรมากกว่า จึงไม่ใช้งานโปรแกรม School Health HERO นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการนำเข้าข้อมูลจากฐานข้อมูล DMC ที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดปัญหาในการประเมินนักเรียนบางพื้นที่ จึงเป็นอุปสรรคในการทำงานของครูประจำชั้นในการเข้าประเมินนักเรียนและระบบแจ้งเตือน HERO Consultant ไม่แจ้งเตือนทันที มีความล่าช้า

2) มีการเปลี่ยนย้ายบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นคุณครูผู้ดูแลระบบทั้งแอดมินโรงเรียน แอดมินเขต และครูประจำชั้นทำให้การส่งถ่ายข้อมูลไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งบุคลากรใหม่ไม่เข้าใจการทำงานของระบบทำให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงานเป็นอย่างมาก

3) การขับเคลื่อนงานระบบ School Health HERO ระดับกระทรวงศึกษาธิการ สืบเนื่องมาถึงระดับเขตพื้นที่การศึกษาและโรงเรียนในพื้นที่ ด้านการขยายผลสร้างการรับรู้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนทำได้ค่อนข้างน้อยและไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

1) ผลักดันงานในระดับนโยบายร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต และสพฐ. ผ่านคณะขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตโรงเรียน School Health HERO

2) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล Dashboard ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นเครื่องมือให้ภาคีเครือข่ายใช้ในการติดตามเฝ้าระวังนักเรียนที่เสี่ยงต่อมีปัญหา ร่วมทั้งการวางแผนนโยบายในระดับเขตสุขภาพ/ประเทศร่วมกัน

3) พัฒนาให้ระบบ HERO Consultant สามารถเชื่อมต่อการให้การปรึกษาระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียน และนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม โดยจัดทำข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์ของบริการ HERO Consultant จากสพฐ. ในปี 2568

4) พัฒนาระบบการส่งต่อ HERO Consultant โดยระบบการแจ้งเตือนการขอคำปรึกษาจากครูผ่านทาง Line เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วและดูแลช่วยเหลือนักเรียนได้อย่างทันที่

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ :

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น พบร้อยละ 20 ของเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด อาการอาจแบ่งโดยง่ายเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัญหาพัฒนาการ (Developmental Problems) ปัญหาอารมณ์ (Emotional/Internalizing Symptoms) และปัญหาพฤติกรรม (Behavioral/Externalizing Symptoms) ซึ่งพบแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัย และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านสังคมของเด็กและวัยรุ่น (Social Functioning) หากสามารถเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาเหล่านี้ ตั้งแต่ก่อนที่จะป่วยเป็นโรค (Early Intervention) จะได้ผลลัพธ์การดูแลดีกว่าการรอรักษาฟื้นฟูเมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว

การดูแลสุขภาพจิตคนไทยทุกกลุ่มวัย และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนซึ่งเป็นจุดแรกที่พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมในเด็ก โดยมากจะเริ่มแสดงออกในช่วงวัยเรียน ในปี 2564 - 2567 กรมสุขภาพจิต ได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ซึ่งเป็นโครงการนำร่องและทำครอบคลุมทั้ง 21 พื้นที่ ขยายผลงานส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการให้แก่เด็กและเยาวชน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนหรือพื้นที่ทุรกันดารทุกกลุ่มวัย สำหรับงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย โครงการได้นำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย (Preschool Parenting Program; Triple-P) ที่พัฒนาโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต มาใช้ทำกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง เนื่องจากมีการศึกษา พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังพ่อแม่เข้ากลุ่มกิจกรรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็ก โดยไม่ต้องส่งต่อมารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยลดการส่งต่อเด็กจากพื้นที่ทุรกันดารเข้ารับบริการฟื้นฟูพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลชุมชนได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง

ในปี 2568 การดำเนินงานร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้มีแผนที่จะส่งเสริมความเข้มแข็งของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรและพัฒนาวิชาการ เพื่อให้พื้นที่สามารถดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร เพื่อให้เป็นไปตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ เมื่อครั้งดำรงพระอิสริยยศ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2527 ดังนี้ “ทุกคนที่ทำงานให้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จะต้องไม่ลืมว่า โรงพยาบาลนี้กำเนิดขึ้นจากความปรารถนาอันแรงกล้าของคนไทยทั่วราชอาณาจักร ที่ต้องการจะเห็นผู้อื่นที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารทุกหนแห่งได้รับความใส่ใจ ได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ให้ปลอดภัยจากความเจ็บไข้ โดยทั่วถึงเสมอหน้ากัน”

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของเด็กวัยเรียนมีทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้านเพิ่มขึ้น
ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 95.93 และ ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 90.40

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) ระบุพื้นที่ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน จำนวน 2 พื้นที่
- 2) มีแผนการดำเนินงานจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน
- 3) มีรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) ความพร้อมและศักยภาพของพื้นที่แตกต่างกัน เช่น บุคลากรน้อย แต่ต้องขับเคลื่อนตามเป้าหมายเดียวกันกับพื้นที่ที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า
- 2) การบริหารโครงการค่อนข้างยากส่งผลให้กระบวนการอาจไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3) เนื่องจากระยะเวลาเริ่มโครงการอยู่ในช่วงปลายปีงบประมาณทำให้พื้นที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด อาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมและศักยภาพของการปฏิบัติงานของหน่วยวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) ขยายงานส่งเสริม ประเมิน และกระตุ้นพัฒนาการลงสู่พื้นที่ชุมชนมากขึ้น เช่น ศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น และสนับสนุนนโยบายงานส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM) ให้อยู่ในมาตรฐานการดำเนินงานของทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2) ขยายโครงการให้ครอบคลุม พื้นที่อื่นๆ ในจังหวัดมากยิ่งขึ้น
- 3) พัฒนาศักยภาพและเพิ่มทักษะผู้ปฏิบัติงานในการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะ
- 4) ขอรับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานและอุปกรณ์ ในการดำเนินงานต่อเนื่องและขยายพื้นที่จากกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล/อำเภอ

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับ พชอ. พชข. มีความสุข

สถานการณ์ :

จากข้อเท็จจริงที่องค์กรอนามัยโลกเปิดเผยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช (Mental Health Disorder) ในปี 2562 พบว่า ประชากร 970 ล้านคนทั่วโลกอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช โดยในประชากร 8 คน จะพบผู้ที่มีโรคทางจิตเวช 1 คน ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ในขณะเดียวกันข้อมูลจาก Mental Health Check In พบข้อมูลด้านสุขภาพจิตของคนไทยมีความเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตายและมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 8.87, 10.65, 6.03 และ 4.68 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2563 - 27 ตุลาคม 2566) ปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติ หรือแม้แต่ในชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงมักขาดโอกาส การสนับสนุนจากสังคม ความเหลื่อมล้ำและความไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน อาจนำไปสู่ผลกระทบปัญหาในด้านอื่นๆ เป็นวงกว้างมากขึ้น เช่น ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายเป็นวงกว้าง

ทั้งนี้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งเป็นการดูแลสุขภาพจิตประชาชนให้ครบทุกมิติ ตั้งแต่การเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดไปจนถึงการเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง รัฐบาลจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ระดับเขต (พชอ./พชข.) เพื่อดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตภายใต้การดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยขับเคลื่อนในเชิงรุกผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนในชุมชน เช่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) ทีม 3 หมอ ที่ร่วมขับเคลื่อนงานในเชิงรุก รวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 2,142 แห่ง (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2565) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตประชาชน จำนวน 1,642 แห่ง และมีเครือข่ายอื่นๆ ที่ร่วมดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และตำรวจ เป็นต้น จำนวน 921 แห่ง (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2566) นอกจากนี้ยังมีประชาชนที่ได้รับการติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยทีม 3 หมอ (กันยายน 2565 - ตุลาคม 2566) จำนวน 18,823 คน (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2566)

เพื่อขยายผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตประชาชนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาล นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญในพันธกิจหลักขององค์กร คือ การสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมได้ กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานสุขภาพจิตผ่านกลไกการดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการบูรณาการดำเนินงานที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน และนำพาประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและทั่วถึง นำไปสู่ความสามารถในการวางแผนดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

ผลการดำเนินงาน :

ปีงบประมาณ 2567 มีผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล พบว่า ประชาชนในชุมชนที่ร่วมดำเนินงานสุขภาพจิต มีความเข้มแข็งทางใจร้อยละ 94.74 (เก็บข้อมูล 83 อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงาน ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 12,175 คน จาก Mental Health Check-In) โดยมีอำเภอที่มีเครือข่ายงานสุขภาพจิต คือ อำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 873 อำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต (อำเภอ) รวมเป็น 923 แห่ง จากทั้งหมด 928 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.46 และผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจในระดับชุมชน พบว่า อำเภอที่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 42 อำเภอ จากอำเภอที่เข้าร่วมทั้งหมด 83 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 98.80

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) การรวบรวมประเด็น พชอ. ในแต่ละพื้นที่มีความล่าช้า เนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้บริหารในพื้นที่ ซึ่งอาจทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน
- 2) ผู้บริหารส่วนท้องถิ่นยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่
- 3) ความยากง่ายของการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้ระดับความครอบคลุมทำได้ไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) มีการคืนข้อมูลสุขภาพจิตของชุมชนให้แก่ผู้บริหารท้องถิ่น อีกทั้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนร่วมกัน
- 2) ออกแบบและกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพจิต ร่วมกับเครือข่ายพลเมืองที่เข้าร่วมเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานที่มีต่อประชาชน

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของจังหวัดซึ่งมีการบูรณาการงานระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกช่วงวัย

สถานการณ์ :

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการยกระดับงานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ โดยมีกลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานของทั้ง 76 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานคร การดำเนินงานดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การขับเคลื่อน การติดตามประเมินผล ไปจนถึงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยในแต่ละจังหวัด ได้กำหนดแผนการดำเนินงานและแผนการติดตามงานสุขภาพจิตภายในจังหวัดอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด หรือ คณะทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างสม่ำเสมอในทุกจังหวัด เพื่อเป็นเวทีในการประสานงาน วางแผน และแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าทั้ง 76 จังหวัด ซึ่งมีการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นที่การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทุกช่วงวัยที่ซับซ้อน ได้แก่

1) การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการสร้างเสริม "วัคซีนใจ" ในชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้มีทักษะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ผ่าน Mental Health Check In และ Application Are You OK ซึ่งช่วยให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว

2) การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษา จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Care Transition หรือ HDC และมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดร่วมกับฝ่ายปกครองและภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบบริการเฉพาะทาง เช่น Psychiatric Home Ward และ FAST TRACK ในห้องฉุกเฉิน รวมถึงการใช้ Telemedicine เพื่อให้ผู้ป่วยในเรือนจำได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด การดำเนินงานมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในพื้นที่ มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้สามารถคัดกรองและเฝ้าระวังอาการกำเริบ รวมถึงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับตำรวจและฝ่ายปกครอง นอกจากนี้ยังมีการสร้างทีมปฏิบัติการเฉพาะกิจในพื้นที่ เช่น ทีม 5 กัลยาณมิตร และ ทีม 8 เกล็ด เพื่อติดตามดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

4) การติดตามดูแลวัยรุ่นเรียนวัยร่นกลุ่มเสี่ยง โดยมีการดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาและสถานพินิจอย่างเป็นระบบ มีการใช้เครื่องมือ School Health Hero เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลด้วยโปรแกรม SAFE B Model และส่งเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ เช่น โครงการ TO BE NUMBER ONE เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น

ผลการดำเนินงาน :

ปีงบประมาณ 2568 มีผลการดำเนินงานของจังหวัดซึ่งมีการบูรณาการงานระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกช่วงวัย ร้อยละ 81.82

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

มีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและกำกับติดตามรายจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของหน่วยบริการจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตที่รับผิดชอบเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาของแต่ละจังหวัด ในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) ขาดการสื่อสารองค์ความรู้/แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในมิติส่งเสริมป้องกันฯ ให้แก่ผู้บริหารในบางพื้นที่ ทำให้การขับเคลื่อนงานดังกล่าวไม่บรรลุผลเท่าที่ควร
- 2) การประสานงานและสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ มีปัญหา อุปสรรคที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทำให้ผลสัมฤทธิ์ในการขับเคลื่อนงานไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) ให้กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลจิตเวช และศูนย์สุขภาพจิตร่วมกับจังหวัด วิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการสร้างโอกาสและลดอุปสรรคในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด
- 2) ให้กรมสุขภาพจิต มีการสนับสนุนให้หน่วยงานมีการดำเนินการบันทึกข้อมูลบนฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด (Drug Prevention Literacy)

สถานการณ์ :

การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติดนั้นขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายศูนย์สุขภาพจิต 13 แห่ง และหน่วยบริการจิตเวชผู้ใหญ่ จำนวน 14 แห่ง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและวางแผนการดำเนินงานครบทั้ง 27 หน่วย และมีการพัฒนาและเชื่อมโยงแหล่งข้อมูล สื่อความรู้ด้านการป้องกันการใช้ยาเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด ปรับปรุงแหล่งข้อมูลความรู้ให้ทันสมัย เข้าถึงง่าย โดย 13 ศูนย์สุขภาพจิต และหน่วยบริการจิตเวชผู้ใหญ่ 14 แห่ง รวมทั้ง การพัฒนาศักยภาพ Gatekeeper ของกลุ่มเป้าหมายเพื่อทำหน้าที่การเชื่อมโยงและเผยแพร่ข้อมูลความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จำนวน 27 หน่วยงาน รวม 5,258 คน ประเด็นการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการคัดกรองจิตเวช และให้คำปรึกษาเบื้องต้น

ผลการดำเนินงาน :

ปีงบประมาณ 2566 มีผลการดำเนินงานร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชสารเสพติด ร้อยละ 56.41 และในปีงบประมาณ 2568 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 72.66 ซึ่งไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของชุมชนมีระบบสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี

สถานการณ์ :

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการมาตรการการป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน โดยอาศัยกระบวนการภายในชุมชน กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและต้นทุนทางสังคมขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและเข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทางสังคมในสถานการณ์วิกฤต ให้ชุมชนมีความเข้าใจการป้องกันโรค มีวิธีรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการดูแลใจทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมถึงช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านความปลอดภัยในชุมชน ลดความตื่นตระหนก และค่อย ๆ ฟื้นฟูจิตใจให้คนในชุมชนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนขึ้นมา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับประชาชนในทุกกระดับ ในส่วนของวัคซีนใจในระดับชุมชนนั้น ได้ใช้มาตรการ “4 สร้าง” ประกอบด้วย 1) สร้างความรู้สึกลปลอดภัยในชุมชน (Safety) 2) สร้างความรู้สึกลสงบในชุมชน (Calm) 3) สร้างความหวังในชุมชน (Hope) และ 4) สร้างความเข้าใจและให้โอกาสคนในชุมชน (Care) ร่วมกับการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน และการใช้สายสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนมาเป็นฐานในการออกแบบแผนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ประชาชนในระดับชุมชน ผ่านกลไกการขับเคลื่อนภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจเกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในทุกเขตสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี เกิดความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถดูแลจิตใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งผ่านวิกฤตการณ์

ผลการดำเนินงาน :

ในปีงบประมาณ 2568 ในเขตสุขภาพมีการคัดเลือกพื้นที่ในระดับอำเภอและตำบลเข้าร่วมดำเนินการวัคซีนใจในชุมชน และ สื่อสาร สร้างความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานในระดับเขตและพื้นที่ และการเก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง ก่อนเริ่มดำเนินการ (Pre-test) ในพื้นที่ชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินงาน เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง 3 กลุ่มพื้นที่ที่ร่วมดำเนินการ และเก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง หลังดำเนินการ (Post-test) ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานจะรายงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) สำรวจและรายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือก
- 2) รายงานแผนการพัฒนางานสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือกตามแนวทางในคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว
- 3) ติดตาม และรายงานผลลัพธ์การสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตตามแนวทางในคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือก
 - (1) คัดเลือกพื้นที่เข้าร่วมดำเนินงาน
 - (2) ติดตามการประเมินสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินการ (Pre-test)
 - (3) สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง 3 กลุ่มพื้นที่ที่ร่วมดำเนินการ
 - (4) ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน
 - (5) เก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง หลังดำเนินการ (Post-test)

ปัญหาอุปสรรค : -

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา : -

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)

สถานการณ์ :

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) เป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ากำลังจะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพและเกิดภาระโรคในปี 2030 (World Health Organization, 2019) เมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อาจส่งผลให้เศรษฐกิจของตนเอง ครอบครัว และความมั่นคงของประเทศชาติได้ ผลกระทบที่สำคัญของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการสำรวจทั่วโลกพบว่า กลุ่มวัยที่มีการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดได้แก่ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยสูงอายุ โดยวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความชุกใน 1 ปี (One Year Prevalence) ร้อยละ 5 ความชุกชั่วชีวิต (Life Time Prevalence) ร้อยละ 15.3 (Thapar, 2012) และในวัยสูงอายุ ร้อยละ 35.1 ซึ่งหมายถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้า (Cai, 2023) จากข้อมูล ในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ และมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แยกตามพื้นที่ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ร้อยละ 13.3 - 36.9 ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นข้อมูลในระบบ พบว่า ในปี 2565 มีจำนวน 46,356 คน (HDC, 2566)

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) กำหนดค่าเป้าหมายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80 จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 110.25 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566) นั้น บางพื้นที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ถึง ร้อยละ 80 ข้อมูลใน 12 เขตสุขภาพมีพื้นที่เข้าถึงบริการบรรลุเป้าหมาย จำนวน 71 จังหวัด คิดเป็น ร้อยละ 92.10 พื้นที่ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 6 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 7.90 และผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Full remission) ปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 68.70 ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน มีความยุ่งยากในการเข้าถึงข้อมูลของหน่วยบริการเอกชนและที่สังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามาปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จึงได้พัฒนาวิธีการบำบัดด้วยโปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy โมเดลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากร (ประสาท อัครานันท์ และคณะ, 2567) และการทำกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกถึงความหลังที่เป็นสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า(Happy Reminiscence Therapy : HRT) ซึ่งมีผลการวิจัยที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (วาสนา เหล่าคงธรรม และคณะ, 2558) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จึงมีแนวคิดที่จะนำการบำบัดทั้ง 2 แบบไปขยายผลและเพิ่มศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการหายทุเลาให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุ จึงมีการเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางสาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิ ในการค้นหา คัดกรอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ด้วย

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ของตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป็นร้อยละ 72.10 และ ปีงบประมาณ 2567 เป็นร้อยละ 95.67

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) รอบในการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ของแต่ละสถานบริการไม่เหมือนกัน เช่น บางสถานบริการส่งข้อมูลทุก 2 สัปดาห์ บางสถานบริการส่งข้อมูลเดือนละ 1 ครั้ง เป็นต้น
- 2) ระยะเวลาการดึงข้อมูลของ HDC Service กระทรวงสาธารณสุข จาก HDC ใช้เวลาในการดึงข้อมูลเพื่อไปทำรายงานใน HDC Service ไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนข้อมูลในแต่ละ HDC ของจังหวัดใช้เวลาประมาณ 1 - 2 สัปดาห์
- 3) เมื่อ HDC Service กระทรวงสาธารณสุขประมวลผลข้อมูล แต่ข้อมูล 43 แฟ้มของสถานบริการนั้นยังไม่ถูกดึงมายัง HDC กระทรวงสาธารณสุข จะทำให้รายงานของสถานบริการนั้นไม่มีจำนวนในรายงาน สามารถตรวจสอบจำนวนข้อมูล 43 แฟ้มของแต่ละสถานบริการ ที่ถูกดึงเข้ามายัง HDC กระทรวงสาธารณสุข ได้ที่ : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/admin/monitor43hdcservice.php>

4) การส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม ของแต่ละสถานบริการ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในวันเดียวกัน รหัส Seq ของแต่ละไฟล์ของ 43 แฟ้มต้องเป็นรหัสเดียวกัน เช่น นาย ก มารับบริการ รพ A ในวันที่ 1 พ.ค. 67 ได้รหัส Seq เป็น 1542 เมื่อส่งข้อมูลออกจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของรพ A รหัส Seq ของแต่ละไฟล์ใน 43 แฟ้ม ของนาย ก ที่มารับบริการในวันที่ 1 พ.ค. 67 ต้องเป็นรหัส 1542

5) ต้องบันทึกข้อมูลรหัส Special PP ของการประเมิน 9Q ทุกครั้งเมื่อมีการทำแบบประเมิน 9Q กับคนผู้ป่วย ถ้าหากไม่บันทึกข้อมูลรหัส Special PP รายงานโรคซึมเศร้าก็จะไม่ขึ้นใน HDC Service

6) สถานบริการมีการบันทึกข้อมูล Special PP ของแบบประเมิน 9Q และมีการบันทึกวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แต่รายงานโรคซึมเศร้าไม่ขึ้นอาจเกิดจากข้อมูลยังไม่เข้าเงื่อนไขการประมวลผลของรายงาน

7) การใช้แบบประเมินซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) ซึ่งมีรหัส Special PP อีกหนึ่งชุดที่จะต้องแยกลงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้เป็นอุปสรรคสำหรับผู้ปฏิบัติในการลงข้อมูล 43 แฟ้มในระบบฐานข้อมูลของ HDC และบางหน่วยงานไม่ใช้แบบประเมิน 9Q

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) โรงพยาบาลจิตเวชที่เลี้ยงทุกแห่ง ดูแลแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน และทบทวนวิธีการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องทุกเดือน
- 2) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 3) พื้นที่ที่มีการนำข้อมูลสารสนเทศด้านโรคซึมเศร้าไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า
- 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้า
- 5) ประชาชนมีสื่อความรู้ออนไลน์ที่ทำให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่ดีและโรคซึมเศร้าได้ง่าย

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

สถานการณ์ :

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แต่จากอัตราการเกิดของเด็กไทยที่ต่ำกว่า 5 แสนคนในช่วงปีที่ผ่านมา ทำให้เด็กทุกคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยวางรากฐานของประเทศได้ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เด็กทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพ ความผิดปกติทางจิตเวชและปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคใหญ่ในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของเด็กทั้งในแง่พฤติกรรม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 2015-2019 พบว่า 1 ใน 6 ของเด็กอเมริกาอายุ 2-8 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของพัฒนาการ อารมณ์ หรือโรคทางจิตเวช และประมาณร้อยละ 9 ของเด็กอายุ 3-17 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็ก ช่วงวัยนี้อันดับแรก คือ โรคสมาธิสั้น รองลงมาคือโรควิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรม สอดคล้องกับรายงานขององค์การ

อนามัยโลก (WHO) เมื่อปี 2021 ที่รายงานว่า 1 ใน 7 ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปีทั่วโลก มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ครอบคลุมถึงความผิดปกติของพัฒนาการและสมอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเพื่อมีชีวิตที่สมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จะต้องมีการป้องกัน เฝ้าระวัง รวมถึงการดูแลปัญหาพัฒนาการ ปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีมาตรฐาน มีความครอบคลุมของระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจนถึงในระดับภูมิภาค เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ครอบคลุมปัญหาพัฒนาการ สุขภาพจิตและการรักษากลุ่มโรคสำคัญทางจิตเวช อันได้แก่ โรคสมาธิสั้น ออทิสติก สติปัญญาบกพร่อง เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีความต่อเนื่องในการรักษา อันจะส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นสามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพเป็นผู้ใหญ่ที่มีสมรรถนะสูง มีทักษะที่สำคัญจำเป็นสำหรับโลกยุคใหม่ และเอื้อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาประเทศได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับเป้าหมายการพลิกโฉมประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ปีงบประมาณ 2566-2567 เท่ากับร้อยละ 37.54 (เป้าหมาย ร้อยละ 35) และ ร้อยละ 42.2 (เป้าหมาย ร้อยละ 38) ตามลำดับ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพ
- 2) มีการคลินิกจิตเวชเด็กส่งตรวจเพื่อตรวจวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา
- 3) มีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน เยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายสาธารณสุข

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 13 ยังไม่สามารถส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ได้ทุกโรงพยาบาล
- 2) ในบางเขตสุขภาพขาดสหวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุม
- 3) ผู้ปกครองขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค ทำให้ไม่พาเด็กเข้าสู่กระบวนการรักษา
- 4) งบประมาณมีค่อนข้างจำกัดทำให้การพัฒนาไม่ทั่วถึงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
- 5) การเปิดบริการคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หลายแห่งไม่สามารถให้บริการได้เพราะขาดทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญา :

- 1) ประสานงานผู้เกี่ยวข้องเรื่องการบันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 13
- 2) ให้คำแนะนำกับผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพเรื่องการจัดการบริการให้ครอบคลุม
- 3) เลือกกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 คน เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพและทักษะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่เพิ่มขึ้น
- 4) ผนึกกำลังสร้างความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ให้กับผู้ปกครอง ครู และประชาชนทั่วไป
- 5) ผลักดันในระดับนโยบายในการเปิดคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชน ผ่าน Service Plan

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

สถานการณ์ :

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แต่จากอัตราการเกิดของเด็กไทยที่ต่ำกว่า 5 แสนคนในช่วงปีที่ผ่านมาทำให้เด็กทุกคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยวางรากฐานของประเทศได้ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เด็กทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพ ความผิดปกติทางจิตเวชและปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคใหญ่ในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของเด็กทั้งในแง่พฤติกรรม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 2015-2019 พบว่า 1 ใน 6 ของเด็กอเมริกาอายุ 2-8 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของพัฒนาการ อารมณ์ หรือโรคทางจิตเวช และประมาณร้อยละ 9 ของเด็กอายุ 3-17 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็ก ช่วงวัยนี้อันดับแรกคือ โรคสมาธิสั้น รองลงมาคือโรควิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรม สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อปี 2021 ที่รายงานว่า 1 ใน 7 ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปีทั่วโลก มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมถึงความผิดปกติของพัฒนาการและสมอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเพื่อมีชีวิตที่สมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จะต้องมีการป้องกัน เฝ้าระวัง รวมถึงการดูแลปัญหาพัฒนาการ ปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีมาตรฐาน มีความครอบคลุมของระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจนถึงในระดับภูมิภาคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 81.57 (เป้าหมาย ร้อยละ 52) ปี 2567 ร้อยละ 66.18 (เป้าหมาย ร้อยละ 50) ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานลดลง เนื่องจากการปรับค่าความชุกของโรคออทิสซึม จากร้อยละ 0.6 เป็น 1.0

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพ
- 2) มีการคลินิกจิตเวชเด็กส่งตรวจเพื่อตรวจวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา
- 3) มีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน เยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายสาธารณสุข

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 13 ยังไม่สามารถส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ได้ทุกโรงพยาบาล
- 2) ในบางเขตสุขภาพขาดสหวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุม
- 3) ผู้ปกครองขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทำให้ไม่พาเด็กเข้าสู่กระบวนการรักษา
- 4) งบประมาณมีค่อนข้างจำกัดทำให้การพัฒนาไม่ทั่วถึงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
- 5) การเปิดบริการคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หลายแห่งไม่สามารถให้บริการได้เพราะขาดทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) ประสานงานผู้เกี่ยวข้องเรื่องการบันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 13
- 2) ให้คำแนะนำกับผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพเรื่องการจัดบริการให้ครอบคลุม
- 3) เลือกกกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 1 คน เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพและทักษะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่เพิ่มขึ้น
- 4) อบรม สร้างความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ให้กับผู้ปกครอง ครู และประชาชนทั่วไป
- 5) ผลักดันในระดับนโยบายในการเปิดคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชน ผ่าน Service Plan

ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

สถานการณ์ :

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แต่จากอัตราการเกิดของเด็กไทยที่ต่ำกว่า 5 แสนคนในช่วงปีที่ผ่านมา ทำให้เด็กทุกคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยวางรากฐานของประเทศได้ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เด็กทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพ ความผิดปกติทางจิตเวชและปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคใหญ่ในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของเด็กทั้งในแง่พฤติกรรม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 2015-2019 พบว่า 1 ใน 6 ของเด็กอเมริกาอายุ 2-8 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของพัฒนาการ อารมณ์ หรือโรคทางจิตเวช และประมาณร้อยละ 9 ของเด็กอายุ 3-17 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กช่วงวัยนี้อันดับแรกคือ โรคสมาธิสั้น รองลงมาคือ โรควิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรมสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อปี 2021 ที่รายงานว่า 1 ใน 7 ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปีทั่วโลก มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ครอบคลุมถึงความผิดปกติของพัฒนาการและสมอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการพัฒนาเพื่อมีชีวิตที่สมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จะต้องมีการป้องกัน เฝ้าระวัง รวมถึงการดูแลปัญหาพัฒนาการ ปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีมาตรฐาน มีความครอบคลุมของระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจนถึงในระดับภูมิภาค เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 16.58 (เป้าหมาย ร้อยละ 20) ปี 2567 ร้อยละ 21.16 (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่
- 2) ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้าถึงบริการ ปีงบประมาณ 2567 ในระบบ HDC ช่วงอายุไม่สอดคล้องกับที่กำหนดไว้ใน Template ตัวชี้วัด กล่าวคือ ในระบบ HDC ไม่ได้ปรับช่วงอายุ จาก 6 ปี - 17 ปี 11 เดือน 29 วัน ให้เป็น 6 ปี - 15 ปี 11 เดือน 29 วัน เนื่องจากทีมผู้รับผิดชอบระบบ HDC (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) จะต้องดำเนินการนำขึ้นข้อมูลรายงานตัวชี้วัดของกระทรวงฯ ในระบบ HDC จำนวนมาก โดยจำเป็นจะต้องปรับปรุงรายงานข้อมูลตัวชี้วัดที่ใช้ในการตรวจราชการให้แล้วเสร็จก่อน จึงจะเริ่มดำเนินการตัวชี้วัดอื่น ๆ ต่อไป ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ช่วงเวลาที่จะปรับปรุงรายงานตัวชี้วัดให้แล้วเสร็จที่แน่นอนได้

3) ขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

4) มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ของจังหวัดในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

5) ผู้ปฏิบัติงานในระดับหน่วยบริการสาธารณสุข มีการระงับงานมากและมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างต่อเนื่องและเต็มตามศักยภาพ

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญห :

- 1) บูรณาการแผนการดำเนินงานโดยใช้งบประมาณในโครงการแก้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 3) พัฒนาระบบการค้นหา คัดกรอง ส่งเสริม ป้องกัน และการดูแลเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ จัดบริการเชิงรุกในพื้นที่โดยจัดทำโครงการจิตเวชสัญจร
- 4) ผลักดันการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาให้เป็นนโยบายสำคัญด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพ เนื่องจากมีผลกระทบต่อระบบการศึกษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงฯ เพื่อความคล่องตัวในการขับเคลื่อนงานเชิงระบบ

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ :

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังของประเทศไทย ดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ผู้ต้องขังจิตเวชเข้าถึงบริการในปี 2563 จนถึงปี 2566 จำนวน 4,983 5,826 6,222 และ 9,059 คน ตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการเกิดจากการขับเคลื่อนงานภายใต้โครงการพระราชดำริ “โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” จากความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ข่ายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริการทางแพทย์ เรือนจำสังกัดกรมราชทัณฑ์ ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จึงได้จัดทำโครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงยุติธรรม รวมทั้งพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบการให้บริการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช เป็นต้น ภายใต้แนวคิดการเพิ่มโอกาสให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง รวมทั้งการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลบำบัดรักษา การฟื้นฟูและติดตามดูแลรักษาหลังพ้นโทษอย่างต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแล และป้องกันการกลับมาก่อคดีซ้ำ และขับเคลื่อนการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 29.71 (574 คน/1,916 คน) ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 41.29 (1,171 คน/2,836 คน)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) ผู้บริหาร สสจ. รพ.แม่ข่าย รพ.จิตเวช และเรือนจำให้ความสำคัญ และมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง
- 2) หน่วยบริการและเครือข่ายมีความเข้มแข็ง สามารถบริหารจัดการการดำเนินการด้านสุขภาพจิตได้ดี มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามบริบทได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามแผน เพื่อเป็นการลดความตึงเครียดของผู้ต้องขัง ทำให้เกิดการให้บริการด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
- 3) ความเข้มแข็งของเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทำให้มีการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) การบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง
- 2) การส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3) การติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังกลับสู่ชุมชน ไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรจากผู้ป่วย/ญาติทำให้ข้อมูลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายในการประสาน ส่งต่อข้อมูล ลงพื้นที่ติดตาม ผู้ต้องขังจิตเวชทุกคดี โดยเฉพาะเคส JSOC และบันทึกข้อมูลการติดตามในระบบฐานข้อมูลที่กำหนด
- 2) การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยผู้ต้องขัง สร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือให้เห็นถึงความสำคัญในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขอความร่วมมือในการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชให้หน่วยงานสาธารณสุขครบถ้วนทุกราย เพื่อประโยชน์ในการติดตามการรักษา ป้องกันการก่อคดีซ้ำหรือความรุนแรงซ้ำ

ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือ (ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย)

สถานการณ์ :

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) และคาดว่าจะสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2563 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จากข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2560 พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ หลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อและโรคของระบบกล้ามเนื้อ โดยช่วงอายุ 70 - 79 ปี เป็นโรคเรื้อรังมากกว่าอายุ 60 - 69 ปี รวมถึงภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุเช่นกัน สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินการทากิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า มีผู้สูงอายุติดสังคมประมาณ ร้อยละ 96.81 ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 2.63 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์, 2565) ขณะที่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7) ความวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5) (องค์การอนามัยโลก, 2560) และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากถึง 10-20% ของประชากร โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียวหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น ขณะเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูงขึ้น เปรียบเทียบในปี 2560 ร้อยละ 7.9 และในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.6 สาเหตุสำคัญมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ความรู้สึกเหงาและว่าเหว วิตกกังวลว่าจะไม่มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ต้องการเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง รวมทั้งการขาดความมั่นคงด้านรายได้

ในการพัฒนาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีสุขภาพจิตดี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ได้กำหนดดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติขึ้น โดยขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุม Setting เป้าหมายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงมีทักษะในการดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยนี้ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้และสื่อเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการเสริมสร้างและดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ทันต่อสถานการณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และสมรรถนะทางใจ มีความสามารถในการฟื้นตัว มีความทนทาน สามารถปรับสมดุลจิตใจและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ต้องเผชิญ ทั้งภาวะความเสื่อมร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรมเทคโนโลยี รวมทั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ดีขึ้น ตลอดจนเพื่อให้ชุมชนมีระบบในการเสริมสร้างสมรรถนะทางใจให้แก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุและญาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพจิตดี มีแรงจูงใจเพื่อดูแลสุขภาพกายตนเอง สามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ และมีความคุ้มค่าได้อย่างสูงสุดและยาวนานต่อไป

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือ ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 79.60 (เป้าหมาย ร้อยละ 25) และปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 99.64 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- 1) ติดตามความก้าวหน้าของศูนย์สุขภาพจิตในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจนดีขึ้น
- 2) จัดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ประจำปี 2567 "Soft Skills : สร้างคุณค่าผู้สูงอายุไทย ในศตวรรษที่ 21" ร่วมกับรพ.สวนสราญรมย์ เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การดำเนินงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน เครือข่ายที่ดำเนินการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3) ติดตามการประเมินพลังใจผู้สูงอายุในเขตสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) การติดตามการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีความยากลำบากเนื่องจากไม่มีระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามในเขตสุขภาพ มีผลต่อการกำกับติดตามและความล่าช้าในการรายงานข้อมูล
- 2) สนับสนุนสื่อเทคโนโลยีสำหรับวัยสูงอายุ เช่น แผ่นพับสร้างสุข 5 มิติ คู่มือโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ไม่เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมาย
- 3) การประเมินความสุข (สุขภาพจิต) และพลังใจในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี เป็นต้น มีผลต่อการตีความและความเข้าใจในการประเมิน

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) กรมสุขภาพจิตร่วมกับกรมอนามัย ดำเนินการเพื่อให้บุคลากรกรมสุขภาพจิตเข้าถึงระบบฐานข้อมูลใน Application Bluebook ด้านการคัดกรอง 2Q Plus และเพิ่มเติมไฟล์เดอ์การคัดกรอง
- 2) วางแผนจัดสรรงบประมาณและสื่อตามขนาดกลุ่มเป้าหมายตามเขตสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาสื่อตามบริบทพื้นที่
- 3) จัดทำฐานข้อมูลสำหรับการประเมินความสุขและพลังใจเพื่อรองรับการประเมินต่อเนื่อง/หาหรือผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนาการสำรวจความสุขในระดับกรม

ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์

สถานการณ์ :

การป้องกันปัญหาการก่อความรุนแรงในสังคมจากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช เป็นการพัฒนาระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และนำเข้าสู่ระบบการรักษาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมจากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเกิดเป็นโครงการ KORAT CARE U (V CARE) โดยระบบดังกล่าวจัดเป็นกลยุทธ์ในเชิงป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ในการป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยอาศัยภาคีเครือข่ายการดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่ของกระทรวง กรม เครือข่ายภาคเอกชน และประชาชน ตามกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันความรุนแรงจากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช ในด้านระบบบริการเพื่อตอบสนองต่อการก่อความรุนแรง จากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นอีกหนึ่งกลไกเพื่อเตรียมความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ เพื่อนำผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์อย่างทันทั่วถึง ลดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างและประชาชนในพื้นที่ รวมถึงมีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในพื้นที่ มีการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะด้านจิตใจ เนื่องจากอาการทางจิตเวชหรือการใช้สารเสพติด และพัฒนาวัตรกรรม เทคโนโลยีในการคัดกรองประชาชน ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ เพื่อการคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม มีการกระจายระบบบริการให้สถานบริการในระบบสาธารณสุขเข้ามาเกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์ ร้อยละ 71.31 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

ปัญหาอุปสรรค :

แนวทางการดำเนินงาน ในส่วนของดูแลต่อเนื่องในชุมชน และส่งต่อเข้าระบบสาธารณสุขตามระบบ Service Plan จะต้องมีการเชื่อมต่อบริการ Pre-hos ไปถึง In-hos และ Post-hos

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

- 1) สื่อสารแนวปฏิบัติระบบการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องส่งต่อเข้าระบบสาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามความเสี่ยงที่คัดกรองพบ และวางแผนการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
- 2) คืบข้อมูลให้กับเขตสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลกระตุ้น และติดตามการคัดกรองในพื้นที่โดยผ่าน สสจ.

ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สึกสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต

สถานการณ์ :

กรมสุขภาพจิตดำเนินการจัดทำประเด็นการสื่อสารเพื่อตอบสนองสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติสุขภาพจิต จำนวน 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สถานการณ์ความไม่สงบสำหรับคนไทยในอิสราเอล” (ตุลาคม 2566) สืบแดง

- ข่าว : กรมสุขภาพจิต เปิด “สายด่วนสุขภาพจิต 1323 สำหรับคนไทยในอิสราเอล” พร้อมเตรียมทีม MCATT เยียวยาจิตใจครอบครัวผู้สูญเสียและผู้ที่กำลังรอคอยการกลับมาของสมาชิกในครอบครัวจากเหตุการณ์ความไม่สงบในอิสราเอล

- ข่าว : กรมสุขภาพจิต ห่วงใยพี่น้องไทยในอิสราเอล แนะนำ 6 แนวทางดูแลใจเบื้องต้นสำหรับผู้ที่อยู่ในพื้นที่สถานการณ์ความ ไม่สงบ ย้ำหากต้องการรับคำปรึกษาสามารถใช้บริการ “ไลน์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 สำหรับคนไทยในอิสราเอล”

- ข่าว : กรมสุขภาพจิตยังคงห่วงใย ให้การดูแลเยียวยาจิตใจแรงงานไทยและผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในอิสราเอล เผยผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตแรงงานไทยที่กลับจากประเทศอิสราเอลสูงกว่า 8,500 ราย พร้อมจัดเตรียมแผนงานเชิงรุกสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระยะยาว

- ข่าว : กรมสุขภาพจิต เตรียมพร้อมส่งทีมดูแลสุขภาพจิตใจทั้งญาติและคนไทยในอิสราเอล เตรียมเปิดสายด่วนสุขภาพจิตทางไลน์ให้คนไทยในอิสราเอลปรึกษาโดยเฉพาะ พร้อมขอส่งต่อข้อความเชิงบวกสร้างกำลังใจให้กันในช่วงรอคอย

ประเด็นที่ 2 สถานการณ์โรงงานพลุระเบิด จังหวัดสุพรรณบุรี (มกราคม 2567) สืบแดง

- ข่าว : กรมสุขภาพจิต เน้นย้ำทีมเยียวยาจิตใจพร้อมแนะแนวทางการดูแลใจเมื่อเผชิญกับความสูญเสียในสถานการณ์โรงงานพลุระเบิด จังหวัดสุพรรณบุรี

- ข่าว : กรมสุขภาพจิต ส่งทีม MCATT ร่วมเขตสุขภาพที่ 5 เยียวยาจิตใจ เหตุโรงงานพลุระเบิด ประเด็นที่ 3 สถานการณ์น้ำท่วมภาคเหนือ (สิงหาคม 2567) สืบเหลือง

- ข่าว : สธ.เตรียมความพร้อมเหตุอุทกภัยภาคเหนือตอนบน กรมสุขภาพจิต มอบหมายทีม MCATT ลงพื้นที่ วางแนวทางรับมือสถานการณ์น้ำท่วม น้ำป่าไหลหลาก ประสานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช-ผู้ป่วยติดสุราไม่ให้ขาดยา

ผลการดำเนินงาน :

ผลงานการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 ของตัวชี้วัดประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สึกสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต ร้อยละ 65.75 (เป้าหมาย ร้อยละ 60)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและงานสื่อสารประชาสัมพันธ์ ด้านสุขภาพจิตในการจัดทำประเด็นการสื่อสารที่ตอบสนองสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ โดยมีการสนับสนุนกลไกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) การกำกับติดตามการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ

1.1 กรณีเกิดสถานการณ์วิกฤติทางสังคม (Social Crisis) ขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2567 กรมสุขภาพจิต ประสานผ่านผู้รับผิดชอบงานวิกฤติสุขภาพจิตและผู้รับผิดชอบงานความรู้ด้านสุขภาพจิต โดย

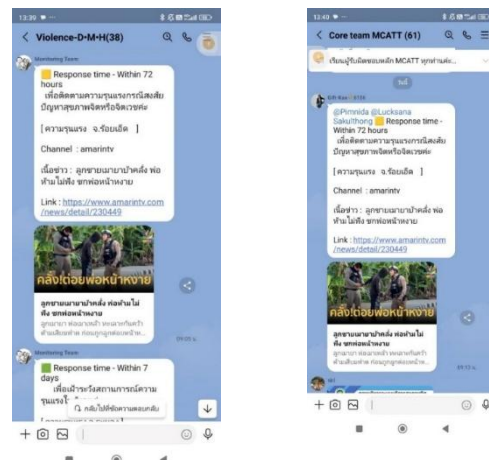
1.1.1 คัดแยกข่าวตามประเด็นความเร่งด่วน (ตามผังไหลการวัดระดับความเสี่ยงของข่าว “ข่าววิกฤติสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม : Social Crisis)

1.1.2 Alert ได้ทันต่อสถานการณ์แบบเรียลไทม์

มีการดำเนินงานตามผังไหลปฏิบัติงานการตอบสนองต่อข่าววิกฤติสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์ของทีม MCATT

1.1.3 แจ้งเตือนฉุกเฉินในประเด็นวิกฤติทางสังคม

ในการแจ้งเตือนประเด็นวิกฤติทางสังคมจะผ่านทางผู้รับผิดชอบงาน (จากสำนักความรู้สุขภาพจิตและกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต) เพื่อคัดเลือกและกลั่นกรองข่าว (ในกลุ่ม Violence-D-M-H) จึงจะ โดยแจ้งผ่านผู้รับผิดชอบงานวิกฤติสุขภาพจิตในระดับจังหวัด (ในไลน์กลุ่ม Core Team MCATT)



1.1.4 สื่อสารเพื่อตอบสนองสถานการณ์วิกฤติผ่านทาง Digital โดยมีเกณฑ์ตามแนวทางการสื่อสารสถานการณ์สุขภาพจิตวิกฤติ

- สีเขียวและสีเหลือง สามารถดำเนินการสื่อสารผ่าน Digital
- สีแดงและสีดำ ต้องดำเนินการสื่อสารกระแสหลัก

และส่ำย้อย เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น จำนวน 21,328 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 7,314 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บ 13,584 ราย และเสียชีวิตจำนวน 20,898 ราย (Deep South Watch) และข้อมูลจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 พบว่ามีหญิงหม้ายจำนวน 3,163 คน และเด็กกำพร้าจำนวน 6,730 คน ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ที่สำคัญเด็กหลายรายมีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่ไว้วางใจใคร มีความรู้สึกโกรธ อยากแค้น ซึ่งมักพบในเด็กโต (สถาบันราชานุกูล, 2554) ซึ่งหากผู้ได้รับผลกระทบได้รับการช่วยเหลือและเยียวยาจิตใจอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที่ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยทางจิตเวชได้

การพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และจัดตั้งทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) หรือทีม MCATT คลอบคลุมระดับจังหวัดและระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการช่วยเหลือเยียวยาและฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ประสบสถานการณ์วิกฤตในทุกกลุ่มทุกช่วงวัย แต่ยังคงพบว่าเด็กและเยาวชนที่เผชิญปัญาจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิตได้ อีกทั้งทีม MCATT ยังขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแล

ผลการดำเนินงาน :

ผลงานการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 ของตัวชี้วัดผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง ร้อยละ 91.33 (เป้าหมาย ร้อยละ 90)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

ปัญหาอุปสรรค :

- 1) การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานในบางพื้นที่ทำให้ผู้รับผิดชอบงานใหม่ยังไม่ทราบกระบวนการปฏิบัติงานของ MCATT ที่ชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้คู่มือ/เครื่องมือในการประเมิน ผู้ได้รับผลกระทบ
- 2) การใช้ฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Surveillance : CMS) ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงทำให้การบันทึกรายงานยังไม่ครอบคลุมเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญา :

ควรเพิ่มการสื่อสาร/ชี้แจง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย เรื่อง การใช้คู่มือ MCATT ฉบับปรับปรุงใหม่ และการใช้ฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS) ทั้งผ่านระบบ Onsite และ Online

ตัวชี้วัดที่ 18 จำนวนการเข้าถึงบริการปรึกษาทางสุขภาพจิตผ่าน Application Mental Health Check In, DMIND และ สายด่วนสุขภาพจิต 1323

สถานการณ์ :

จากสถิติการให้บริการของกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่มารับบริการที่หน่วยบริการจิตเวชและยาเสพติด ในปี 2561 - 2564 เป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 223,742 ราย โดยที่หน่วยบริการจิตเวชทั้ง 20 แห่ง ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐาน อากาศสงบและปลอดภัย ลดความแออัดผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มช่องทางเลือกในการเข้าถึงบริการ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์การบริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน (Psychiatric Home Ward) เพื่อนำเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้อนุมัติเบิกค่าบริการได้ตามความเหมาะสมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่ต่างๆ ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล เช่น ชุมชน บ้าน เรือนจำ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนผู้ป่วยใน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient)

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังมีการนำเทคโนโลยี “ระบบจิตเวชทางไกล” หรือ “Telepsychiatry” มาใช้ในการให้บริการเพื่อช่วยเอื้ออำนวยให้กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชได้เข้ารับบริการรักษาอย่างทั่วถึงเพิ่มขึ้น โดยการนำมาใช้ในการตรวจวินิจฉัย บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตและจิตเวชจิตบำบัดทางไกล รวมถึงบริการเยี่ยมบ้านทางไกล บริการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะช่วยลดและป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และลดการก่อความรุนแรงสังคม

ผลการดำเนินงาน :

1) Application Mental Health Check In

ปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้าตอบแบบประเมินในระบบ Application MHCI จำนวน 1,190,479 ราย จากเป้าหมาย 855,112 ราย

2) DMIND

ปีงบประมาณ 2566 มีผู้รับการคัดกรองซึมเศร้า ผ่าน DMIND จำนวน 136,763 ราย และปีงบประมาณ 2567 มีผู้รับการคัดกรองซึมเศร้า ผ่าน DMIND จำนวน 88,780 ราย

3) สายด่วน 1323

ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ขอคำปรึกษา จากสายด่วน 1323 จำนวน 112,036 ราย และปีงบประมาณ 2567 ผู้ขอคำปรึกษา จากสายด่วน 1323 จำนวน 75,017 ราย

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

ปัญหาอุปสรรค :

Application MHCI

- 1) ปัญหาการใช้งานระบบ MHCI ในสถานประกอบการ/องค์กร เช่น ข้อจำกัดในการแก้ไขและลบข้อมูลด้วยตนเองของผู้ใช้งานระบบ (สถานประกอบการ/องค์กร) ต้องประสาน Admin เขตทำให้ใช้เวลานาน ข้อมูลไม่ update และการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบขององค์กรทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการ
- 2) ปัญหาการติดตามดูแลช่วยเหลือ กรณีรายที่มีความเสี่ยงยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกราย
- 3) ผลการประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจของบุคลากรสาธารณสุขด้วยเครื่องมือ MHCI จะแสดงในรูปแบบ Dashboard ส่วนกลาง เพื่อนำเสนอภาพรวมในระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด โดยข้อมูลที่แสดงจะประกอบด้วยจำนวนผู้เข้าร่วมการประเมิน และจำนวนบุคลากรที่มีความเสี่ยงในแต่ละด้านเท่านั้น โดยไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ระบบจะจัดเก็บเฉพาะข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงาน จึงทำให้ไม่สามารถทราบผลการประเมินในระดับรายบุคคลเพื่อการดูแลหรือให้ความช่วยเหลือเฉพาะรายได้ เนื่องจาก PDPA

ระบบ DMIND

- 1) ข้อมูลผู้รับบริการระดับปานกลางซ้ำกับผู้รับบริการที่เข้ามาในระบบนัดออนไลน์
- 2) ระบบ DMIND ไม่สามารถใช้งานได้ปกติ

สายด่วน 1323

- 1) ระบบการเข้าสู่สติติบริการเกิดข้อจำกัดด้านข้อมูล

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา :

Application MHCI

- 1) ประสานงานกับผู้ดูแลและพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขปัญหาให้แก่สถานประกอบการ/องค์กรในเบื้องต้น และรวบรวมปัญหาการใช้งานที่พบ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการปรับปรุงพัฒนาระบบเพื่อให้สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้นในอนาคต
- 2) ขอความร่วมมือไปยัง Admin ศูนย์สุขภาพจิตเขต และโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อดำเนินการประสานกับพื้นที่ เช่น สสจ.ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามรายที่มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น
- 3) เนื่องจากข้อจำกัดด้านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือสุขภาพใจบุคลากร ที่มีความเสี่ยงในรายบุคคลได้โดยตรง อย่างไรก็ตาม หน่วยงานสาธารณสุขสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในภาพรวมระดับองค์กร อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงหรือมีความกังวลด้านสุขภาพจิต สามารถขอรับคำปรึกษาได้ด้วยตนเอง ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ สายด่วนสุขภาพจิต โทร 1323 ตลอด

24 ชั่วโมง, ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่าน application LINE : @khuikun หรือสามารถปรึกษากับสถานบริการสุขภาพจิตที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบหรือพื้นที่ใกล้เคียง ตามความสมัครใจของตนเองได้

ระบบ DMIND

- 1) ประสานทีมพัฒนาเพื่อจัดการแก้ไขข้อมูลในระบบให้เป็นไปตามบริการจริง

สายด่วน 1323

- 1) ประสานทีมปรับปรุงแก้ไข พร้อมร่วมเสนอความคิดเห็น

4.2 การอภิปรายผลเกี่ยวกับการบรรลุตัวชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายทางสุขภาพจิตที่ซับซ้อนขึ้นท่ามกลางบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และภัยคุกคามใหม่ ๆ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับชุมชน และระดับประเทศ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้กำหนดเป้าหมายสุขภาพจิตของประเทศไทยในระยะ 5 ปี โดยมุ่งให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม

ผลการอภิปรายในรายงานฉบับนี้ นำข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่มีอยู่มาวิเคราะห์ในเชิงโครงสร้าง กลไก และแนวโน้ม เพื่อสะท้อนความก้าวหน้า ปัญหา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพจิตในอนาคต ทั้งในเชิงระบบและระดับพื้นที่ โดยตั้งอยู่บนกรอบแนวคิดของธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติที่ยึดหลัก “สุขภาพเป็นสิทธิและหน้าที่ร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม”

เป้าหมายสุขภาพจิต ในระยะ 5 ปี สาระหมวดสุขภาพจิต ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565

เป้าหมายที่ 1 : ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ รวมทั้งมีความเข้มแข็งทางใจสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ จากผลการดำเนินงานภายใต้เป้าหมายที่ 1 สะท้อนความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) โดยมีการดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัดที่ 1 และ ตัวชี้วัดที่ 2 ประสบผลสำเร็จสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดอย่างชัดเจน โดยสามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เกินกว่าที่ตั้งไว้ถึงร้อยละ 214 (312,525 คน) ผ่านการดำเนินงานใน 13 เขตสุขภาพ และการพัฒนาสื่อดิจิทัล นอกจากนี้ ผลจากการประเมินยังบ่งชี้ว่าประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 87.3 (เป้าหมายกำหนด ร้อยละ 75) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลยุทธ์ “เพื่อนแท้มีทุกที่ เพื่อนดีดูแลใจ” ที่เน้นการช่วยเหลือและการเข้าถึงแหล่งบริการนั้นมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงความรู้สู่พฤติกรรมได้จริง ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานที่สูงเกินเป้าหมายทั้งด้านการเข้าถึงบริการและความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือ สะท้อนถึงความพยายามในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขยายการเข้าถึงข้อมูลและบริการให้ครอบคลุมประชาชนในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมอย่างแท้จริงและ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ตามเจตนารมณ์ของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 อาจจะต้องพิจารณาและแก้ไข ประเด็นที่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ดังนี้ 1) การลดการตีตรา (Stigma) พบว่ายังมีประชาชนถึง ร้อยละ 16.7 ที่ยังมีความรู้สึกอาย/ไม่กล้าปรึกษาใครเมื่อป่วยทางจิต ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม 2) พฤติกรรมเสี่ยงพบประชาชนส่วนหนึ่งที่ยังใช้ บุหรี่/สุรา/สารเสพติดในการคลายเครียด และยังมีการส่งต่อข้อมูลเชิงลบ/ภาพรุนแรง ซึ่งเป็นสัญญาณว่า การส่งเสริมความรู้ในมิติการรับมือกับความเครียดและภัยสังคมยังต้องเข้มข้นขึ้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและลดภาระของระบบบริการในระยะยาว และควรมุ่งเน้นการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น เช่น MHL

Web Based Survey "ฉลาดรู้ใจ" เพื่อติดตามผลการลดการตีตราและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรและการออกแบบบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะกลุ่มมากขึ้น และสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

เป้าหมายที่ 2 : ประชาชนไทยทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Detection) เพื่อป้องกันและลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช รวมทั้งจัดระบบงานและระบบบริการสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนไทยทุกกลุ่มทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ จากผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 9, 10, และ 11 ในปีงบประมาณ 2567 แสดงให้เห็นถึง**ความสำเร็จ**ในการยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายที่ 2 ที่เน้นการดูแลป้องกันและลดปัญหาการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ดังนี้ 1) โรคซึมเศร้า (ตัวชี้วัดที่ 9) : อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 72.10 ในปี 2566 เป็น ร้อยละ 95.67 ในปี 2567 ซึ่งถือเป็นผลงานที่บรรลุเกณฑ์การเข้าถึงบริการในระดับสูง

2) โรคสมาธิสั้น (ตัวชี้วัดที่ 10) : ผลการดำเนินงานในปี 2567 อยู่ที่ร้อยละ 42.2 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 38แสดงถึงการพัฒนาที่ดีขึ้นในการค้นหาและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการตามมาตรฐาน

3) โรคภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ตัวชี้วัดที่ 12) : อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.58 ในปี 2566 เป็น ร้อยละ 21.16 ในปี 2567 ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 20 ได้สำเร็จ สะท้อนความพยายามในการดูแลกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษ

4) โรคออทิสติก (ตัวชี้วัดที่ 11) : แม้ผลการดำเนินงานในปี 2567 ที่ร้อยละ 66.18 จะลดลงจากปีก่อน แต่เมื่อพิจารณาว่ามีการ ปรับค่าความชุกของโรคเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 0.6 เป็น ร้อยละ 1.0 การบรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 50 จึงยังแสดงให้เห็นถึงความสามารถของระบบในการรองรับการค้นพบผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามการปรับฐานข้อมูล

การบรรลุเป้าหมายการเข้าถึงบริการถือเป็นฐานรากสำคัญของการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพตามหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่มุ่งเน้น "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง"

มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิต ในระยะ 5 ปี

มาตรการที่ 1 เติบโตสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (Mental Health Literacy) เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ และให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของข่าวสารที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตที่เป็นสุขได้ในภาวะปกติ และสามารถก้าวผ่านปัญหาในทุกวิกฤติให้กลับมามีชีวิตที่เป็นปกติสุขได้ ดังนี้

มาตรการที่ 1.1 สร้างภูมิคุ้มกันทางใจหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน

มาตรการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ หรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผ่านกลไกการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) มีพัฒนาการที่ประจักษ์ ตัวชี้วัดที่นำมาประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ได้แก่ “1) ร้อยละของประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพจิต และ 2) ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่” จากผลการดำเนินงาน ในปี 2567 พบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 92.7 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 70 และพบว่า ร้อยละ 87.3 ของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ (เป้าหมาย ร้อยละ 75) จากข้อมูลเชิงปริมาณข้างต้น ถือว่าบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในแง่ของการสร้างความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชนในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้ ควรพิจารณาพร้อมกับบริบทเชิงคุณภาพและเชิงโครงสร้าง เพื่อประเมินว่า ความรู้และพฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรอย่างแท้จริง

การดำเนินงานดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาและความเครียดอย่างเหมาะสมในระดับบุคคล อันเป็นพื้นฐานของ Resilience โดยเฉพาะการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น ตลอดจนการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างทันทั่วถึง ทั้งนี้ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตครอบคลุมประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งนับว่าเป็นการดำเนินงานที่มีความครอบคลุม และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง อาทิ การจัดทำสื่อความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชน และการบูรณาการกับงานสุขภาพกลุ่มวัยและโครงการอื่น ๆ ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในระดับพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์มากขึ้น อันเป็นผลสืบเนื่องจากการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเสริมสร้าง Resilience ผ่าน Mental Health Literacy จึงไม่เพียงช่วยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในภาวะปกติ หากแต่ยังช่วยลดความเปราะบางทางจิตใจในช่วงภาวะวิกฤติ ทั้งในระดับบุคคลและสังคม ซึ่งถือเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลดภาระโรคจิตเวช (Mental Health Burden) ในระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

1.1 ความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่

1) กลุ่มเปราะบางในพื้นที่ห่างไกล/ชนบท อาจไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้เท่าทันกับกลุ่มในเขตเมือง

2) ความรู้และพฤติกรรมอาจวัดได้เฉพาะกลุ่มที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีหรือบริการ

1.2 การตีความคำว่า “พฤติกรรมที่พึงประสงค์” อาจไม่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม

1) องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตยังอิงกับแบบแผนตะวันตก ทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกับความเชื่อท้องถิ่น หรือการแสดงออกของปัญหาทางจิตใจในแต่ละชุมชน

1.3 การตีตรา (Stigma) และอคติทางสังคมยังคงมีอยู่

แม้จะมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แต่การเปิดเผยหรือขอรับการสนับสนุนยังคงเป็นข้อจำกัดในหลายกลุ่ม เช่น วัยรุ่น เพศทางเลือก หรือแรงงานข้ามชาติ

1.4 ความไม่เพียงพอของบุคลากร

ระบบบริการสุขภาพจิตยังคงขาดแคลนนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือจิตแพทย์ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 ด้านงบประมาณ : งบประมาณที่จัดสรรให้กับการขับเคลื่อนงานด้านความรอบรู้ยังไม่ครอบคลุมการเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง ส่งผลให้กิจกรรมบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง

2.2 ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรบุคคล : ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกับประชาชนมีข้อจำกัด ประกอบกับการะงานของหน่วยบริการ ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงตามแผน

2.3 การเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง : แม้ว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปจะมีระดับความรอบรู้ในระดับดีมาก แต่กลุ่มเปราะบางบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เฉพาะทาง หรือกลุ่มชาติพันธุ์ อาจยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเนื้อหาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 ความหลากหลายของสื่อ มีการผลิตสื่อ 8 ประเด็นครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ เช่น การป้องกันการฆ่าตัวตาย การจัดการความเครียด และการดูแลใจผู้สูงวัย

3.2 ระบบประเมินที่มีพัฒนาการ การพัฒนาแบบประเมิน MHL จาก 15 ข้อ เป็น 35 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติสำคัญ สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ

3.3 การขับเคลื่อนในระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินงานครบทั้ง 13 เขตสุขภาพ ก่อให้เกิดกิจกรรมรวม 154 รายการ และมีประชาชนเข้าร่วมมากกว่า 2 เท่าของเป้าหมาย

มาตรการที่ 1.2 เสริมสร้างทักษะชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น เด็กกลุ่มเสี่ยง ให้เป็นปัจจัยปกป้องในการพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็งด้านจิตใจ เผชิญปัญหาและความเสี่ยงต่างๆในชีวิต สามารถปรับตัว พร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลงในสังคม ตลอดจนเสริมความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพจิตในโรงเรียน/สถานศึกษา

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคต อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ความเปราะบางทางสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาการกลั่นแกล้งในสถานศึกษา และความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อทางพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ระบุว่า วัยรุ่นไทยช่วงอายุ 10–19 ปี มีความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึง 1 ใน 7 คน และอัตราการคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของกลุ่มอายุนี้นี้ สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีมาตรการเชิงรุกในการเสริมสร้างทักษะชีวิต (Life Skills) ให้แก่เด็กและวัยรุ่น เพื่อเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective Factor) ให้สามารถรับมือกับปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดเป้าหมายให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ ผ่านการดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพจิตดิจิทัล เช่น School Health HERO โดยเน้นการประเมินการเฝ้าระวัง และการส่งต่อกลุ่มเด็กที่มีปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสังคม รวมถึงการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับบ้านพักเด็ก กรมกิจการเด็กและเยาวชน และหน่วยบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น

ปีงบประมาณ 2566 ค่าเป้าหมายร้อยละ 70 → ผลการดำเนินงานร้อยละ 73.44 (เกินเป้าหมาย)

ปีงบประมาณ 2567 ค่าเป้าหมายร้อยละ 75 → ผลการดำเนินงานร้อยละ 61.47 (ต่ำกว่าเป้าหมาย)

จากจำนวนนักเรียนที่ได้รับการเฝ้าระวังจำนวน 920,673 คน พบกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลจำนวน 60,911 คน (คิดเป็นร้อยละ 21) โดยสามารถให้ความช่วยเหลือจนดีขึ้นได้ 19,587 คน คิดเป็นร้อยละ 73.41 ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพเชิงปฏิบัติที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับปีต่อมากลับพบแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนปัญหาเชิงระบบที่ควรได้รับการทบทวนอย่างเร่งด่วน

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

1.1 ด้านเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน ระบบ School Health HERO ต้องพึ่งพาอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ซึ่งเป็นข้อจำกัดในพื้นที่ห่างไกลหรือโรงเรียนขนาดเล็ก ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต

1.2 ด้านกำลังคนและความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การหมุนเวียนของบุคลากร เช่น ครูประจำชั้น หรือดูแลระบบ (Admin) ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการให้บริการและคุณภาพของการส่งต่อข้อมูล

1.3 ด้านการสื่อสารและการสร้างการรับรู้ การดำเนินการในระดับพื้นที่ยังไม่สามารถขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ความครอบคลุมในการป้องกันและการส่งเสริมยังมีข้อจำกัด

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 ระบบการช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงยังขาดความเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงเรียน หน่วยบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ และครอบครัว ส่งผลให้เกิดการขาดช่วงของการติดตาม และการขาดข้อมูลต่อเนื่อง ที่จำเป็นต่อการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

2.2 ในกรณีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเด็กจากโรงเรียนไปยังโรงพยาบาลยังเป็นไปอย่างล่าช้า ขาดกลไกกำกับติดตาม และไม่มีกลไกรองรับกรณีเร่งด่วน

2.3 โรงเรียนจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่มีครูแนะแนว หรือผู้ดูแลเด็กที่สามารถให้การประเมินเบื้องต้นและส่งต่อได้อย่างถูกต้อง

2.4 บางแห่งมีการะงานของครูสูงเกินไป จึงไม่สามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกหรือติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง

2.5 ความไม่เท่าเทียมด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีและระบบข้อมูล ระบบ School Health HERO มีความทันสมัย แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะโรงเรียนขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพียงพอ อีกทั้งครูและบุคลากรบางส่วนยังขาดความเข้าใจในการใช้งานระบบ HERO อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการคัดกรอง ข้อมูลสุขภาพจิต และการช่วยเหลือล่าช้า

2.6 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครอบครัวของเด็กกลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิตของบุตรหลาน หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อการรับบริการ ทำให้ปฏิเสธการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการติดตาม และไม่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตที่เหมาะสม และส่งผลให้กระบวนการช่วยเหลือเด็กขาดปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญจากครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต

2.7 ด้านทรัพยากรและงบประมาณไม่เพียงพอ หน่วยบริการสุขภาพจิตในหลายพื้นที่ขาดแคลน นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือทีมสหวิชาชีพ สำหรับติดตามกรณีเด็กที่ได้รับการส่งต่อจากโรงเรียน และงบประมาณที่จัดสรรให้แก่โรงเรียนหรือสถานพยาบาลสำหรับดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตหรือกิจกรรมเชิงรุกยังไม่สอดคล้องกับภาระงานและบริบทพื้นที่

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 การพัฒนาระบบ School Health HERO ให้มีความเสถียรมากขึ้น และเชื่อมต่อกับระบบ OBEC Care ถือเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่ควรผลักดันให้ใช้ทั่วประเทศ

3.2 การดำเนินการภายใต้แนวคิด “Early Intervention” ที่เน้นการดูแลก่อนการป่วยทางจิตเวช นับเป็นแนวปฏิบัติที่ตอบโจทย์สุขภาพจิตปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 การเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาคี (เช่น สภฐ., บ้านพักเด็ก, โรงพยาบาล) เป็นจุดแข็งด้านการบูรณาการที่ควรยกระดับให้มีความเป็นทางการมากขึ้นในเชิงนโยบายและกฎหมาย

มาตรการที่ 1.3 บูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมถึงกลไกอื่น ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจิตและบริการทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

มาตรการดังกล่าวมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพจิต โดยอาศัยกลไกในระดับพื้นที่ ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับเขต (พชข.) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระดับชุมชน ซึ่งสะท้อนแนวคิดการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered) และเน้นการมีส่วนร่วม (Participation) ของทุกภาคส่วน โดยผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของอำเภอที่มีการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับ พชอ./พชข. สูงถึงร้อยละ 99.46 ความเข้มแข็งทางใจของประชาชนในพื้นที่ที่ร่วมดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก และ ร้อยละ 94.74 ของประชาชนที่เข้าร่วมมีความเข้มแข็งทางใจในระดับดี

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

มาตรการนี้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผ่านการดำเนินงานระดับปฐมภูมิที่เข้าถึงง่าย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าสู่ระบบบริการแบบทุติยภูมิ/ตติยภูมิ นอกจากนี้ยังครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัยและกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และผู้มีภาวะหมดไฟจากการทำงาน นอกจากนี้ การดำเนินงานยังสอดคล้องกับหลัก Equity in Health ที่มุ่งเน้นให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปตามความจำเป็นสุขภาพของประชาชน ไม่ใช่ความสามารถในการจ่าย

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารในพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานในบางพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน

2.2 ความสำคัญของสุขภาพจิตยังไม่อยู่ในลำดับต้นของนโยบายท้องถิ่น ทำให้ขาดการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ

2.3 ความเหลื่อมล้ำของความร่วมมือกับเครือข่ายภาคี ในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันอย่างมากทำให้ระดับความเข้มแข็งไม่เท่ากัน

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 การสร้างระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตระดับชุมชน ผ่านกลไก “ทีมหมอครอบครัว (3 หมอ)” ที่ลงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3.2 การคืนข้อมูลสุขภาพจิตชุมชนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้ในระดับนโยบายท้องถิ่น และนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณตามบริบท

3.3 การประเมิน “ความเข้มแข็งทางใจ (Mental Resilience)” ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่เชื่อมโยงสภาวะทางใจเข้ากับระบบประเมินผลของประเทศ

มาตรการที่ 1.4 พัฒนาการสื่อสารสังคมที่ทันสมัยและเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ผสมผสานกับการสื่อสารในชุมชนผ่านช่องทางที่หลากหลาย

มาตรการนี้ มีเป้าหมายเพื่อ “พัฒนาการสื่อสารสังคมที่ทันสมัยและเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ผสมผสานกับการสื่อสารในชุมชนผ่านช่องทางที่หลากหลาย” ซึ่งถือเป็นมาตรการที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นการป้องกันการใช้สารเสพติดและการจัดการกับปัญหาจิตเวชอันเนื่องมาจากยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับ ตัวชี้วัดที่ 7 ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาจิตเวชยาเสพติด (Drug Prevention Literacy) การดำเนินงานภายใต้มาตรการที่ 4 นี้ สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานด้านกลไกการขับเคลื่อนระดับเขตและระดับพื้นที่ โดยขับเคลื่อนผ่านภาคีเครือข่ายจำนวน 27 หน่วยงานหลัก ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง และหน่วยบริการจิตเวชผู้ใหญ่ 14 แห่ง มีการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อพัฒนาความรอบรู้ของประชาชน โดยมีการวางแผน ปฏิบัติ และติดตามผลอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ พัฒนาและ เชื่อมโยงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งในรูปแบบเว็บไซต์ ฐานข้อมูลกลาง และเอกสารดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ปรับปรุงสื่อความรู้ให้ทันสมัย ทั้งในด้านเนื้อหาและรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการรับสื่อของประชาชนในยุคดิจิทัล เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก และสื่อบนแพลตฟอร์มออนไลน์ส่งเสริมการใช้ เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล (Telecommunication/Online Platform) ในการอบรม การให้การปรึกษา และสร้างเครือข่ายผู้รู้ (Gatekeeper) และให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและ เครือข่ายระดับชุมชน โดยมีการอบรม Gatekeeper ซึ่งเป็นบุคคลต้นแบบหรือผู้นำทางความรู้ในชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการ จำนวน 5,258 คน ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินการคัดกรองภาวะจิตเวชเบื้องต้น และการให้การปรึกษา พร้อมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

1.1 การส่งเสริมความเท่าเทียมด้านโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีใหม่ ผสมผสานกับช่องทางสื่อสารในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน กลุ่มไลน์ อสม. และสื่อบุคคล ทำให้ประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งในเมืองและชนบท รวมถึงกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน ผู้สูงอายุ และกลุ่มชาติพันธุ์ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกัน ยาเสพติดและสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียม

1.2 การลดความเหลื่อมล้ำในการรับรู้ข้อมูล (Information Inequality) ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือไม่มีโอกาสได้รับข้อมูลผ่านช่องทางดิจิทัลจะยังสามารถเข้าถึงเนื้อหาผ่านกลไกชุมชน เช่น “Gatekeeper” ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรภาคสนามที่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้น คัดกรอง และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

1.3 ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน (Right to Health Information) ถือเป็นการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานในการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งเอื้อต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 การขาดข้อมูลผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในระดับประเทศ จากรายงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ยังไม่ปรากฏข้อมูลค่าผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด (ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านการป้องกันยาเสพติดและปัญหาจิตเวช) จึงไม่สามารถประเมินแนวโน้มความก้าวหน้าได้อย่างเป็นระบบ

2.2 ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลในพื้นที่ห่างไกล แม้ว่าจะมีการใช้เทคโนโลยีทันสมัยในการเผยแพร่ข้อมูล แต่ในหลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ดิจิทัล และทักษะในการใช้งาน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทั่วถึง

2.3 ความท้าทายในการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สื่อที่ผลิตขึ้นอาจยังไม่ครอบคลุมบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือภาษาท้องถิ่น ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง และไม่สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างแท้จริง

2.4 การติดตามผลที่เน้นเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ ขาดกลไกวัดผลด้านคุณภาพ เช่น ระดับความเข้าใจจริงของประชาชนหลังได้รับสื่อสาร หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและการดูแลสุขภาพจิต

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 การพัฒนาเครือข่าย Gatekeeper อย่างเป็นระบบ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาแล้ว จำนวน 5,258 คน จาก 27 หน่วยงาน ถือเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญในการส่งต่อองค์ความรู้ที่ถูกต้องและสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับพื้นที่

3.2 การปรับปรุงฐานข้อมูลและแหล่งความรู้ให้ทันสมัยและเข้าถึงง่าย การจัดการแหล่งข้อมูลกลางและการใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดทำเนื้อหาที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน เป็นรากฐานสำคัญของความยั่งยืนด้านการสื่อสารสุขภาพจิต

3.3 การมีส่วนร่วมจากหลากหลายหน่วยงานในระดับพื้นที่และระดับชาติ ความร่วมมือระหว่างศูนย์สุขภาพจิต หน่วยบริการจิตเวช และหน่วยงานท้องถิ่น ช่วยให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานและสามารถส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง

มาตรการที่ 1.5 ส่งเสริม สนับสนุนครอบครัว ชุมชน ให้มีบทบาทนำการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่สมาชิกของครอบครัว ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย

มาตรการนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สถาบันทางศาสนา รวมถึงองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีบทบาทนำในการ สื่อสารความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต แก่สมาชิกของครอบครัวและสังคม โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยเป็นเครื่องมือหลักในการกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาร่วมกับตัวชี้วัดที่ 8 “ร้อยละของชุมชนที่มีระบบสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี”

จึงสามารถวิเคราะห์แนวโน้มความสำเร็จของมาตรการดังกล่าวได้จากผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และชุมชน โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตการณ์ COVID-19 ที่ผ่านมาซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการทดสอบความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนสุขภาพจิตระดับชุมชน

กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานหลัก ได้จัดทำแนวทางเสริมสร้างสุขภาพจิตผ่านกระบวนการ “วัคซีนใจ” ในระดับชุมชน โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care System) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการสนับสนุนประชาชนในระดับพื้นที่ แม้ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ 2567 ยังไม่ปรากฏค่าเป้าหมายและผลลัพธ์เชิงตัวเลขอย่างชัดเจน แต่จากโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานเชิงระบบที่ได้พัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม มีแนวโน้มว่าชุมชนเป้าหมายจะสามารถบรรลุตามตัวชี้วัดได้อย่างแน่นอน

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

1.1 การส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่น ทำให้เกิดการกระจายความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้กับกลุ่มที่เข้าไม่ถึง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม เช่น เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และประชากรในพื้นที่ห่างไกล

1.2 การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย เป็นกลไกสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างเท่าเทียม ลดข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์และทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท

1.3 การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนผ่านวัคซีนใจระดับชุมชน เป็นการสนับสนุนแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และส่งเสริมความมั่นคงด้านจิตใจอย่างยั่งยืน

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 การไม่มีข้อมูลผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ ที่สามารถสะท้อนระดับการบรรลุเป้าหมายของชุมชนที่มีระบบสนับสนุนสุขภาพจิต ทำให้ยากต่อการประเมินผลและวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ

2.2 ข้อจำกัดด้านกำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานจำนวนมาก อาจไม่สามารถปฏิบัติการกิจด้านสุขภาพจิตเชิงรุกได้เต็มประสิทธิภาพ

2.3 ความเหลื่อมล้ำของศักยภาพชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมต่ำ หรือขาดผู้นำท้องถิ่นที่มีความเข้าใจด้านสุขภาพจิต อาจทำให้การขับเคลื่อนงานไม่ต่อเนื่อง

2.4 ข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี ในบางพื้นที่ที่ยังขาดโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลหรือการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การสื่อสารความรู้ผ่านเทคโนโลยีไม่ครอบคลุม

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 แนวทาง “วัคซีนใจ” ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เป็นแนวคิดที่สื่อสารได้ง่าย นำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจในระดับประชาชนทั่วไป และสามารถปรับใช้ได้ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

3.2 การบูรณาการหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน ผ่านกลไก “หมอครอบครัว” ทำให้เกิด การเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชนอย่างใกล้ชิด

3.3 การใช้ต้นทุนทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน กลุ่มผู้นำ องค์กรศาสนา หรือสถานศึกษา ช่วยให้การสื่อสารด้านสุขภาพจิตเกิดความไว้วางใจและมีพลังในการเปลี่ยนแปลง

3.4 การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ผู้ปกครอง และครู ซึ่งสามารถเป็น “กลุ่มสื่อสารหลัก” ต่อประชากรในวงกว้าง

มาตรการที่ 1.6 จัดระบบจิตอาสาในสังคม ให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมตามกลุ่มวัย

การไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการนี้ อาจส่งผลกระทบต่อระบบนโยบายและการบริหารจัดการ ดังนี้

- 1) ไม่สามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ของนโยบายได้ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น จำนวนจิตอาสาที่มีอยู่ ความถี่ในการปฏิบัติงาน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ฯลฯ
- 2) ไม่มีข้อมูลนำไปใช้ในการปรับปรุงแผนงานหรือขยายผล เช่น การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมจิตอาสา หรือการกระจายจิตอาสาในพื้นที่ห่างไกล
- 3) ขาดเครื่องมือสื่อสารผลลัพธ์กับภาคประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งอาจลดแรงจูงใจและความร่วมมือจากชุมชนในระยะยาว
- 4) ทำให้มาตรการนี้ถูกลดลำดับความสำคัญในเชิงงบประมาณ เนื่องจากไม่มีข้อมูลรองรับว่าเกิดผลลัพธ์ที่จับต้องได้

เพื่อให้มาตรการการจัดระบบจิตอาสาในสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพจิต ให้สามารถเข้าถึงการให้การปรึกษาและดูแลจิตใจเบื้องต้นอย่างเหมาะสมตามกลุ่มวัยอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถประเมินผลได้ ควรมีการดำเนินการในระดับนโยบาย ดังนี้

- 1) การจัดทำ “ตัวชี้วัดเฉพาะ” สำหรับมาตรการนี้ อาทิ จำนวนจิตอาสาที่ได้รับการฝึกอบรมในแต่ละปี, จำนวนชุมชน/กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การปรึกษา/ดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น, ร้อยละของกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงบริการผ่านจิตอาสา และระดับความพึงพอใจของประชาชนที่ได้รับการดูแล
- 2) พัฒนาแนวทางหรือคู่มือมาตรฐานในการจัดระบบจิตอาสา ที่กำหนดคุณลักษณะ บทบาท หน้าที่ และจรรยาบรรณของจิตอาสาสุขภาพจิต หรือจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมมีระบบการประเมินผลและรับรองความรู้ความสามารถ รวมถึง
- 3) การเชื่อมโยงการดำเนินงานกับแผนสุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพจัดสรรจิตอาสาตามเขตสุขภาพที่มีความเปราะบางสูง และส่งเสริมความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยบริการปฐมภูมิ

◆ **มาตรการที่ 2 สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในระยะก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Early detection)** เพื่อกำจัดภัยคุกคามสุขภาพจิตก่อนป่วย รวมทั้งปรับเปลี่ยนระบบงานสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ เน้นให้บริการกับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ไม่จำกัดแค่การจัดบริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเท่านั้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ให้ระบบงานสุขภาพจิตพร้อมรับมือกับวิกฤตการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและประชาชน ดังนี้

มาตรการที่ 2.1 ให้ชุมชนร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิต สนับสนุนการจัดตั้ง “กลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Self-Health Groups/Social Support Groups)” ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่สุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งของการพูดคุยสนทนา ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบของการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น เวทีเสวนา/ประชาคมหมู่บ้าน สภาภาพสุขภาพจิตดี ลานธรรมส่งเสริมสุขภาพจิต อีกทั้งยังเป็นกลไกที่สามารถปรับลดความแตกต่างทางความคิด คือ ปัญหาการไม่ยอมรับความคิดที่แตกต่างกัน สร้างเวทีที่เปิดกว้างทางความคิด เห็นความแตกต่างเป็นเรื่องของการเรียนรู้ ไม่สร้างความเกลียดชัง หรือดูถูกความคิดเห็นที่แตกต่าง อันจะนำไปสู่การเคารพความคิดเห็นที่แตกต่าง และการหาทางออกและคลี่คลายอย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมมือกันในการเผชิญปัญหา หรือวิกฤติต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้ชุมชนฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

กรมสุขภาพจิตไม่มีตัวชี้วัดที่สามารถวัดการดำเนินงานการตามมาตรการโดยตรงได้ แต่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับชุมชน ร่วมกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) พัฒนาเครื่องมือ “ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index)” เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินสถานะสุขภาพจิตในระดับชุมชน และสามารถขยายผลต่อไปสู่การเป็นเครื่องมือหลักในการประเมินสุขภาพจิตชุมชนในทุก ๆ ชุมชนทั่วประเทศได้ในอนาคต นำไปสู่การสะท้อนภาพระดับการมีสุขภาพจิตในระดับชุมชนที่เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเห็นทิศทางการพัฒนาในแต่ละชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ในอนาคต และสะท้อนปัจจัยทางสังคมของชุมชนตนเอง นำไปสู่การพัฒนามาตรการ กิจกรรม และบริการในชุมชนของตนเอง ภายใต้ตัวชี้วัดร้อยละของชุมชนท้องถิ่นที่มีผลการประเมินตนเองตาม Community Mental Health Index ดีขึ้น (เป้าหมาย ร้อยละ 50) ซึ่งอยู่ระหว่างการประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการที่ 2.2 จัดบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางด้านสุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่ต้องอยู่ร่วมกับอาการเจ็บป่วยมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ อันอาจจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีปัญหาการสูญเสียใดที่อาจจะต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

จากผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามเป้าหมายข้างต้น โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองและให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการสูงถึงร้อยละ 95.67 จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 55 ถือเป็นการบรรลุเป้าหมายในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางสติปัญญา (ID) และภาวะออทิซึม (ASD) ยังคงมีข้อจำกัดในเชิงโครงสร้าง ระบบบริการ และการรับรู้ของครอบครัว โดยมีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 42.2 สำหรับ ADHD, ร้อยละ 66.18 สำหรับ ASD และร้อยละ 21.16 สำหรับ ID ซึ่งแม้บางตัวชี้วัดจะผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ แต่ยังไม่สามารถสะท้อนความสำเร็จอย่างทั่วถึงและยั่งยืนได้ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง สังคม และระบบข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรเปราะบาง การส่งเสริมจุดแข็งที่มีอยู่ พร้อมทั้งแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวอย่างเป็นระบบ จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน และสร้างระบบสุขภาพจิตที่มีความครอบคลุม เป็นธรรม และมีคุณภาพสำหรับประชาชนไทยทุกคน

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

จากข้อมูลการดำเนินงาน พบว่า มีความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ โดยบางจังหวัดยังไม่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ เช่น ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการต่ำกว่าร้อยละ 80 ในหลายพื้นที่ ขณะเดียวกัน ความเหลื่อมล้ำในกลุ่มวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ ยังคงเป็นข้อท้าทายสำคัญในการวางแผนและดำเนินนโยบายอย่างเท่าเทียม

นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดในด้านความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ดูแล/ผู้ปกครอง ที่ส่งผลให้เด็กหรือผู้มีความต้องการพิเศษไม่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการอย่างเหมาะสม

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง

- 1) ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตเฉพาะทางในระดับปฐมภูมิ เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์
- 2) ระบบบริการสุขภาพจิตยังไม่สามารถรองรับผู้รับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล

2.2 ข้อจำกัดเชิงระบบข้อมูล

- 1) ระบบสารสนเทศ (HDC) ขาดความเสถียร และไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์จริงในระดับพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง
- 2) การบันทึกและใช้รหัสบริการ (เช่น Special PP) ยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานยังขาดความเข้าใจ

2.3 ข้อจำกัดเชิงสังคมและวัฒนธรรม

- 1) การตีตรา (Stigma) ทางสังคมต่อผู้มีภาวะปัญหาสุขภาพจิตยังคงมีอยู่
- 2) ขาดการรณรงค์ที่ครอบคลุมกลุ่มเฉพาะ เช่น เยาวชน เพศทางเลือก หรือกลุ่มชาติพันธุ์

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

- 3.1 การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินซึมเศร้า (9Q) ที่นำมาใช้ในระบบปฐมภูมิ
- 3.2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดที่ทันสมัย เช่น Dialectical Behavior Therapy (DBT) และ Habit Reversal Therapy (HRT)
- 3.3 การดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เช่น อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3.4 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของความยั่งยืนในระยะยาว

มาตรการที่ 2.3 เตรียมความพร้อมให้หน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งทีมปฏิบัติการต่าง ๆ ให้มีความเข้มแข็งที่จะรับมือกับภาวะวิกฤติ ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์วิกฤติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติ

มาตรการที่กำหนดให้หน่วยงานทุกภาคส่วน รวมถึงทีมปฏิบัติการต่าง ๆ มีความพร้อมในการรับมือกับภาวะวิกฤติสุขภาพจิต สะท้อนผ่านการดำเนินการเชิงรุกของกรมสุขภาพจิต เช่น การจัดตั้งสายด่วนเฉพาะกิจ การส่งทีม MCATT ลงพื้นที่อย่างรวดเร็ว การจัดทำสื่อสารสาธารณะเชิงบวก และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการแจ้งเตือนสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงและรับรู้ความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติอยู่ที่ ร้อยละ 65.75 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 60) แสดงให้เห็นว่ามาตรการดังกล่าวมีผลในเชิงประจักษ์ต่อการสร้างการรับรู้ในประชาชน

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

- 1.1 ด้านโอกาสในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการกระจายข้อมูล (ผ่านสื่อออนไลน์, สายด่วน 1323, LINE Official) ช่วยให้ประชาชนในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น คนไทยในต่างประเทศ, ผู้ประสบภัย, ผู้มีข้อจำกัดในการเดินทาง สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที
- 1.2 ด้านความครอบคลุมของการประเมินและตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้ประสบเหตุโรงงานพลุระเบิด, น้ำท่วม หรือความไม่สงบทั้งในประเทศและต่างประเทศที่กระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนไทย แสดงให้เห็นความตั้งใจในการให้บริการตามความจำเป็นของแต่ละบริบท
- 1.3 ด้านการไม่เลือกปฏิบัติ โดยการจัดทำสื่อและบริการด้านสุขภาพจิตแบบไม่มีเงื่อนไขการเข้าถึง ถือเป็นการจัดอุปสรรคเชิงระบบที่เคยเกิดในอดีต (เช่น การเข้าถึงเฉพาะคนที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ)

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 ข้อจำกัดด้านระบบการประเมินผล ตัวชี้วัดยังคงเป็นเชิงปริมาณและมุ่งเน้น “การรับรู้” มากกว่า “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม” หรือ “การเข้าถึงบริการที่เหมาะสม” ขาดตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น ความเข้าใจต่อเนื้อหาที่เผยแพร่ หรือความสามารถในการดูแลตนเองหลังรับข้อมูล

2.2 ช่องว่างด้านการเข้าถึงกลุ่มเปราะบางที่ไม่ได้ใช้เทคโนโลยี

1) ประชาชนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล, ผู้พิการทางสติปัญญา หรือแรงงานนอกระบบ อาจยังเข้าไม่ถึงข้อมูลสุขภาพจิตแม้มีการเผยแพร่แล้ว

2) การใช้ระบบดิจิทัลมากเกินไป อาจก่อให้เกิด “Digital Divide” ในมิติสังคม

2.3 ข้อจำกัดของการปฏิบัติงานแบบบูรณาการการปฏิบัติงานในสถานการณ์วิกฤติ ยังคงอิงกับหน่วยงานหลักมากกว่าการมีส่วนร่วมของ อปท. หรือองค์กรภาคประชาชน และขาดแนวปฏิบัติร่วม (Interoperability Protocol) ระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 ระบบเฝ้าระวังข่าวสารสุขภาพจิตเชิงรุก การใช้ผังไหลในการวิเคราะห์ระดับวิกฤติของข่าว การแจ้งเตือนสถานการณ์แบบ Real-Time และการ Alert ผ่านกลไก Core Team MCATT เป็นเครื่องมือสำคัญที่ควรพัฒนาต่อยอดและขยายผลไปยังเขตสุขภาพและจังหวัด

3.2 การจัดทำ “สารสนเทศสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ” แบบเฉพาะกลุ่ม เช่น แนวทางดูแลใจสำหรับแรงงานไทยในต่างประเทศ, ผู้สูญเสีย, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วงภัยพิบัติ ฯลฯ ซึ่งควรมีการจัดทำชุดความรู้ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

3.3 การสื่อสารด้วยข้อมูลเชิงบวก การส่งเสริมการสื่อสารด้วยความเชิงสร้างกำลังใจ ถือเป็นวิธีลดผลกระทบทางจิตใจอย่างได้ผล โดยเฉพาะในช่วงเวลาวิกฤติที่ประชาชนรู้สึกหมดหวัง

มาตรการที่ 2.4 สร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติต่าง ๆ เพื่อให้คำแนะนำถึงช่องทางการปรึกษา ให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ ตลอดจนส่งต่อระบบบริการตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ

กรมสุขภาพจิต ซึ่งได้จัดตั้งทีม MCATT (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) ครอบคลุมทุกจังหวัดและอำเภอ เพื่อรับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบวิกฤติอย่างเป็นระบบโดยทีม MCATT มีหน้าที่ให้ คำแนะนำ การเยียวยาเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ที่ต้องการรับบริการจิตเวชเชิงลึกไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม มีการใช้ระบบฐานข้อมูล CMS (Crisis Mental Health Surveillance System) เพื่อเก็บข้อมูลผู้ประสบวิกฤติและติดตามผลการดูแลเยียวยา และการใช้แอปพลิเคชัน Mental Health Check-In สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานในปี 2567 พบว่า ร้อยละ 91.33 ของผู้ที่ประสบวิกฤติได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานบรรลุตามเจตนารมณ์ของมาตรการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

เป็นมาตรการที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤต เช่น ภัยธรรมชาติ ความรุนแรงทางสังคม หรือโรคอุบัติใหม่

1.1 ส่งเสริมความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยการจัดตั้งทีม MCATT ครอบคลุมทุกระดับพื้นที่ เป็นการกระจายทรัพยากรและบุคลากรด้านสุขภาพจิตไปยังประชาชนที่อยู่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการ

1.2 ตอบสนองตามบริบทของแต่ละกลุ่มวัยและพื้นที่ มาตรการนี้มีลักษณะเฉพาะด้านที่เปิดโอกาสให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นไปตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ หรือผู้ประสบความสูญเสีย

1.3 สร้างระบบการดูแลที่ไม่เลือกปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ พื้นที่ หรือสถานะทางสังคม

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในบางพื้นที่ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ใหม่ยังไม่เข้าใจแนวปฏิบัติของ MCATT อย่างถ่องแท้ เกิดความล่าช้าในการให้ความช่วยเหลือ

2.2 ความไม่ทั่วถึงของระบบฐานข้อมูล CMS ส่งผลให้การเก็บข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกเหตุการณ์ ทำให้การเฝ้าระวังและติดตามผู้ได้รับผลกระทบขาดประสิทธิภาพ

2.3 ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เผชิญภาวะซับซ้อนทางจิตใจ ส่งผลให้การเยียวยาอาจไม่ลึกซึ้งหรือไม่ตรงจุด

2.4 ความเข้าถึงบริการของกลุ่มชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มในพื้นที่ห่างไกล หรือผู้ที่มีปัจจัยทางสังคมจำกัด อาจไม่มีข้อมูลหรือไม่กล้าเข้ารับบริการ

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 มีระบบการดำเนินงานเชิงรุกผ่านทีม MCATT ที่ทำงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ สามารถเข้าถึงประชาชนได้ในทุกช่วงวัยและทุกสถานการณ์วิกฤติ

3.2 การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพจิต เช่น ระบบ CMS และแอปพลิเคชัน Mental Health Check In เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถประเมิน คัดกรอง และวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 การบูรณาการเครือข่ายหลากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กสถานศึกษา โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยกู้ภัย ซึ่งช่วยเสริมความเข้มแข็งของระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ

3.4 มีแนวทางการช่วยเหลือที่เป็นมาตรฐานและชัดเจน โดยใช้คู่มือ MCATT ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม

มาตรการที่ 2.5 พัฒนาวัดกรรมการดูแลสุขภาพจิตของเครือข่าย และภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้เทคโนโลยีรูปแบบใหม่และทันสมัย เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพจิตแนวใหม่

มาตรการดังกล่าวมีความสอดคล้องโดยตรงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity) ซึ่งให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง ไม่เลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเวลา พื้นที่ หรือความพร้อมในการเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล

1. ความเชื่อมโยงกับหลักความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

1.1 เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ไม่ขึ้นอยู่กับสถานที่หรือเวลา : การให้บริการผ่าน Application (MHCI, DMIND) และสายด่วน 1323 ช่วยให้ประชาชนสามารถขอคำปรึกษาและรับการคัดกรองสุขภาพจิตได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องเดินทางไปยังสถานบริการ ซึ่งเป็นการขยายโอกาสให้แก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล หรือกลุ่มที่อยู่ในสถานการณ์พิเศษ เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาระครอบครัว

1.2 ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพจิตของกลุ่มเปราะบาง : เทคโนโลยี Telepsychiatry และระบบ Psychiatric Home Ward เป็นกลไกที่สนับสนุนให้กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หรือผู้ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

1.3 ใช้ข้อมูลเชิงระบบเพื่อบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล : การพัฒนาระบบ Dashboard เพื่อแสดงผลข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตในระดับภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตน สะท้อนถึงการรักษาสีในความเป็นส่วนตัวตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของความเป็นธรรมด้านสิทธิมนุษยชนในระบบสุขภาพ

2. ช่องว่างและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย

2.1 ด้านระบบและเทคโนโลยี

• ระบบ Application Mental Health Check In

- 1) มีข้อจำกัดด้านสิทธิในการจัดการข้อมูล โดยสถานประกอบการไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้เอง ต้องผ่าน Admin เขต ส่งผลให้การปรับปรุงข้อมูลล่าช้า และไม่เป็นปัจจุบัน
- 2) ผลประเมินสุขภาพใจแสดงเพียงข้อมูลสถิติระดับภาพรวม ทำให้ไม่สามารถติดตามและดูแลรายบุคคลได้โดยตรง

• ระบบ DMIND

- 1) ระบบไม่เสถียร และข้อมูลซ้ำซ้อนกับระบบนัดออนไลน์ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการข้อมูล

- สายด่วน 1323

2) ระบบสถิติมีข้อจำกัดในการดึงข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการวางแผนและติดตามผลในเชิงลึก

2.2 ด้านบุคลากรและกระบวนการ

1) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในองค์กร : ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการใช้ระบบและการติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

2) การติดตามรายที่มีความเสี่ยงยังไม่ครบถ้วน : โดยเฉพาะผู้ที่ประเมินผ่าน Mental Health Check In ซึ่งไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบการให้ความช่วยเหลือเชิงรายบุคคลได้เต็มรูปแบบ

3) ข้อจำกัดด้านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) : แม้จะเป็นการคุ้มครองสิทธิที่เหมาะสม แต่ส่งผลให้ไม่สามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับรายบุคคลได้ทันที จึงไม่สามารถให้การช่วยเหลือเชิงรุกได้ทันทั่วถึง

3. จุดเด่นที่ควรสนับสนุนต่อเนื่อง

3.1 การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือขยายการเข้าถึง: การให้บริการผ่าน Mental Health Check In, DMIND และสายด่วน 1323 เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้ประชาชนจำนวนมากเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตอย่างไม่ต้องพึ่งพา ระบบโรงพยาบาลโดยตรง ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบท “วิถีชีวิตใหม่” และสอดคล้องกับนโยบายการลดความแออัดในสถานพยาบาล

3.2 ผลสัมฤทธิ์ทางปริมาณที่โดดเด่น โดยเฉพาะ Mental Health Check In ปี 2567 มีผู้ตอบแบบประเมินมากถึง 1,190,479 ราย สูงกว่าค่าเป้าหมายถึง ร้อยละ 39 แสดงถึงศักยภาพของระบบในการให้บริการในวงกว้าง

3.3 การพัฒนารูปแบบบริการเชิงนวัตกรรมต่อเนื่อง: เช่น Psychiatric Home Ward และระบบ Telepsychiatry ช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดการกลับมาเป็นซ้ำ และลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว

3.4 การบูรณาการหลายช่องทางในการเข้าถึงบริการ: ทำให้ประชาชนสามารถเลือกใช้ช่องทางที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งแบบออนไลน์ สายด่วน หรือบริการที่บ้าน โดยไม่จำกัดรูปแบบตายตัว

มาตรการที่ 2.6 ปฏิรูประบบข้อมูล เพื่อใช้ดำเนินการด้านสุขภาพจิตเชิงรุก โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกันแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ เพื่อประสานเครือข่ายระดับพื้นที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิตไม่มีตัวชี้วัดที่สามารถวัดประเมินผลการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามเป้าหมายของธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้ แต่กรมมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยนำระบบ Mental Health Check In ใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิตในประชาชนทุกกลุ่ม และเป็นเครื่องมือเชิงรุกที่ช่วยให้สามารถระบุผู้มีภาวะเสี่ยงได้ตั้งแต่มิให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ระบบ Mental Health Check In เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลอื่นๆ เช่น HOSxP หรือ Dashboard

ระดับจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้มีความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำและเป็นธรรมต่อทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสังคมเศรษฐกิจ

ผลจากการใช้งาน พบว่า แอปพลิเคชัน Mental Health Check In มีประสิทธิภาพในการลดโอกาสการฆ่าตัวตาย และเป็นฐานข้อมูลสำหรับติดตามให้การช่วยเหลือและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการต่อไปได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม

4.3 ข้อจำกัด ลักษณะเป้าหมายของตัวชี้วัด และตัวชี้วัดเพิ่มเติม

4.3.1 ข้อจำกัดของตัวชี้วัดสุขภาพจิตตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) ข้อจำกัดด้านเชิงปริมาณของตัวชี้วัด ตัวชี้วัดหลายรายการยังคงเน้นเพียงระดับ "การรับรู้" เช่น ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยมีได้สะท้อนถึงการ “เปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม” หรือ “คุณภาพของการเข้าถึงบริการ”

2) ข้อจำกัดด้านข้อมูลผลสัมฤทธิ์ มาตรการบางมาตรการที่อยู่ภายใต้ธรรมนูญระบบสุขภาพ หมวดสุขภาพจิต ไม่มีการจัดทำตัวชี้วัดที่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ

3) ข้อจำกัดด้านระบบข้อมูลสุขภาพจิต เช่น ระบบ HDC ยังขาดเสถียรภาพ และการบันทึกรหัสบริการ (เช่น Special PP) ยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานยังขาดความเข้าใจ

4) ข้อจำกัดเชิงบริบทและวัฒนธรรม ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตยังอิงกับแบบแผนตะวันตก ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และยังมีการตีตราผู้ป่วยในหลายกลุ่ม เช่น เพศทางเลือก หรือกลุ่มชาติพันธุ์

5) ข้อจำกัดด้านความเหลื่อมล้ำ มีความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่และกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ และประชากรในพื้นที่ชนบทยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม

4.3.2 ลักษณะของเป้าหมายของตัวชี้วัดสุขภาพจิต เป้าหมายของตัวชี้วัดในธรรมนูญฯ มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1) มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตระยะเริ่มต้น (Early Detection & Early Intervention) ไม่ใช่เพียงการรักษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช

2) ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และสร้างพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน

3) เน้นการบูรณาการระบบสุขภาพจิตเข้ากับภาคส่วนอื่น เช่น การศึกษา ชุมชน อปท. และภาคเอกชน

4) ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity) และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง

5) ประเมินผลผ่านทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในอนาคต เช่น ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience), ระดับความพึงพอใจ, และการมีส่วนร่วมของประชาชน

4.3.3 ตัวชี้วัดเพิ่มเติมที่เสนอเพื่อสนับสนุนมาตรการด้านสุขภาพจิต

1) ตัวชี้วัดเฉพาะกิจภายใต้มาตรการที่ 6 (ระบบจิตอาสา)

- จำนวนจิตอาสาที่ได้รับการฝึกอบรมในแต่ละปี
- จำนวนชุมชน/กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้คำปรึกษาหรือดูแลจิตใจเบื้องต้น
- ร้อยละของกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงบริการผ่านจิตอาสา
- ระดับความพึงพอใจของประชาชนที่ได้รับการดูแลผ่านกลไกจิตอาสา

2) แนวทางพัฒนาเครื่องมือ/ระบบสนับสนุนตัวชี้วัด

- จัดทำคู่มือมาตรฐานจิตอาสาสุขภาพจิต เพื่อกำหนดคุณลักษณะ บทบาท และจรรยาบรรณ
- พัฒนาแพลตฟอร์มกลาง/แอปพลิเคชัน เพื่อการบันทึกและติดตามงานจิตอาสา
- เชื่อมโยงแผนสุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพ กับการจัดสรรจิตอาสาอย่างเหมาะสมกับระดับ

ความเปราะบางของพื้นที่

- ส่งเสริมความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิในการใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือพัฒนาแผนงานในระดับพื้นที่

ส่วนที่ 5

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

(Policy Recommendations and Strategic Measures

for Sustainable Mental Health System Development)

เพื่อยกระดับระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในทุกกลุ่มวัยอย่างครอบคลุม เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ รายงานฉบับนี้เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการที่ครอบคลุมใน 5 มิติหลัก ดังนี้

1. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและลดการตีตรา (Mental Health Literacy and Anti-Stigma)

- 1.1 พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะเรื่องสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย ผ่านช่องทางสื่อดิจิทัล โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน
- 1.2 บรรจุความรู้ด้านสุขภาพจิตในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานและอุดมศึกษา
- 1.3 รณรงค์ลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชด้วยกลยุทธ์ที่เน้นพลังบวก การใช้ผู้มีประสบการณ์ตรง และการทำงาน ร่วมกับสื่อมวลชน

2. การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพในทุกระดับ (Service Access and Equity)

- 2.1 พัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ
- 2.2 จัดทำระบบเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพจิตเชิงระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ และกลุ่มความหลากหลายทางเพศ
- 2.3 ส่งเสริมบริการ Tele-mental health และแอปพลิเคชันสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานเพื่อรองรับความต้องการในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มที่ไม่กล้าเข้ารับบริการแบบเผชิญหน้า

3. การพัฒนาและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพจิตอย่างสมดุล (Mental Health Workforce)

- 3.1 เร่งผลิตและกระจายจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก และนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ให้เพียงพอต่อประชากรในแต่ละภูมิภาค
- 3.2 สนับสนุนการพัฒนาทักษะสุขภาพจิตแก่บุคลากรในระบบสุขภาพทั่วไป เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
- 3.3 ส่งเสริมบทบาทนักจิตวิทยาในสถานศึกษา และการมีครูแนะแนวเชี่ยวชาญสุขภาพจิตทุกโรงเรียน

4. การจัดสรรงบประมาณและการลงทุนด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม (Mental Health Financing)

- 4.1 เพิ่มสัดส่วนงบประมาณสุขภาพจิตให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดตามข้อเสนอของ WHO

4.2 สนับสนุนกลไกการจ่ายค่าบริการที่จูงใจการให้บริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ เช่น การจ่ายตามผลงาน (Pay for Performance)

4.3 สร้างกลไกความร่วมมือด้านการลงทุนสุขภาพจิตกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคมอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

5. การเสริมสร้างธรรมาภิบาลและการกำกับดูแลระบบสุขภาพจิต (Governance and Accountability)

5.1 เสริมสร้างศักยภาพของกรมสุขภาพจิตในการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มาตรฐาน และกำกับติดตามระบบสุขภาพจิตในทุกระดับ

5.2 สนับสนุนการจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพจิตระดับชาติที่ครอบคลุมภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เพื่อใช้ วางแผน พัฒนา และติดตามผล

5.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและผู้มีประสบการณ์ตรงในการกำหนดนโยบายและออกแบบบริการสุขภาพจิต

6. การดำเนินสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

6.1 วัยเด็ก

- 1) พัฒนาระบบการติดตามดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม
- 2) สร้างความตระหนักและสนับสนุนการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในทุกระดับ เพื่อร่วมกันเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าให้มากขึ้น โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด (MCH Board)
- 3) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของหน่วยบริการในพื้นที่ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสังกัดกรุงเทพมหานคร และ/หรือหน่วยบริการสังกัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 13 เพื่อเชื่อมโยงระบบข้อมูลด้านสุขภาพเข้าสู่ระบบ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข

6.2 วัยเรียนและวัยรุ่น

เร่งพัฒนาศักยภาพHERO Consultant ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยประสานการสร้างความร่วมมือระดับนโยบายกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในเรื่องการปฐมพยาบาลทางใจ และการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

6.3 วัยทำงาน

- 1) ขยายผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไปยังกลุ่มวัยทำงานตอนต้น ได้แก่ กลุ่มนิสิต/นักศึกษา กลุ่มนักเรียนอาชีวะ ในประเด็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การกระทำความรุนแรง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ตลอดจนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถเข้าถึงช่องทางการรับบริการและส่งต่อความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

2) เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต รวมถึงการปรับภาพลักษณ์ (Rebranding) ของกรมสุขภาพจิตให้น่าสนใจ ทันสมัย มีความเป็นมิตร (Friendly) สามารถเข้าถึง เข้าใจได้ง่ายและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

3) บูรณาการแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเดิมอย่างต่อเนื่อง และแสวงหาภาคีเครือข่ายใหม่ที่เข้มแข็งในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประชาชนวัยทำงาน ทั้งมิติของงบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี และสถานที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานประกันสังคม, และหน่วยงานเอกชน NGOs เป็นต้น

6.4 วัยสูงอายุ

1) สนับสนุนคู่มือหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับการใช้งานในพื้นที่ รวมถึงบูรณาการกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความครอบคลุม

2) พัฒนาข้อมูลการดำเนินงานดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุ เข้าสู่ฐานข้อมูล HDC รวมถึงการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

7. การบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ

7.1 บูรณาการการทำงานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน

7.2 ผลักดันนโยบายสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลประชาชนได้ทั่วถึง และครอบคลุมภายใต้บริบทของชุมชนในพื้นที่

7.3 พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ภายใต้บทบาทของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และเครือข่ายในระดับตำบลให้ชัดเจน

7.4 บูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดแนวทางการพัฒนางานร่วมกันทั้งกาย จิต สังคม

7.5 ปรับปรุงมาตรฐานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้สะดวกและง่ายต่อการบูรณาการงานเข้ากับมาตรฐานหรือแนวทางต่าง ๆ ของกรมสุขภาพจิต

8. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

8.1 บูรณาการงานจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการสาธารณสุขให้เชื่อมโยงและครบวงจรตั้งแต่ระดับตติยภูมิถึงระดับปฐมภูมิ รวมถึงโครงการ 3 หมอ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), หมอสาธารณสุข, หมอเวชปฏิบัติครอบครัว)

8.2 สนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

8.3 ผลักดันเชิงนโยบายผ่านคณะอนุกรรมการประสานงานการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อให้ในแต่ละจังหวัดดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่อาการไม่รุนแรงมากสะดวกในการรับบริการ

8.4 พัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือ ติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลง โยกย้ายที่อยู่อาศัย รวมถึงสื่อสารทำความเข้าใจกับแกนนำชุมชน ให้ตระหนักถึงผลกระทบและอันตรายต่อชุมชนในกรณีผู้ป่วยจิตเวชขาดยา

8.5 ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสู่การมีงานทำของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน โดยต้องวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของคนพิการ ครอบครัว ภาคีเครือข่ายและดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง

8.6 พัฒนาทักษะพื้นฐานการทำงานผู้บกพร่องทางสติปัญญาวางแผนดำเนินงานขยายเครือข่ายการจ้างงานโดยการประสานงานกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวมถึงสำนักจัดหางานเขตพื้นที่เพื่อสร้างเครือข่ายสถานประกอบการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการรับผู้ป่วยเข้าทำงานให้มีอัตราการจ้างงานที่เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- สำนักกระบวนวิชาสุขภาพจิต, สำนักวิชาการสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต. (2566). *การสำรวจระบบสุขภาพจิตของประชาชนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566*. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2567: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, & สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2568). *รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2568: เกิดน้อยๆ ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร* [Thai Health Report 2025]. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- Boonchai, W. (2017). *Mental health literacy among Thai communities: Challenges and future directions*. Institute for Health Promotion.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 3–19). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Jiraporn, S. (2016). *Perceptions and barriers to mental health services in rural Thailand*. Chiang Mai University Press.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2006). Where to seek help for a mental disorder? National survey of beliefs about treatments for depression. *Medical Journal of Australia*, 184 (8), 419–423.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing.
- Kanchanachitra, C. (2014). Thailand's mental health system: Inequalities and urban-rural divides. *Journal of Health Systems Research*, 8(2), 85–98.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- OECD. (2020). *How's life? 2020: Measuring well-being*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9870c393-en>
- Pew Research Center. (2013). *The sandwich generation: Rising financial burdens for middle-aged Americans*. <https://www.pewresearch.org/social-trends/2013/01/30/the-sandwich-generation/>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sampaio, D., Silva, S. A., Figueiredo, V., & Stuhlfauth, R. E. (2022). Mental health literacy and stigma : A systematic review of interventions with children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010415>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2017). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6 (1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240692763>