



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ.2569-2570



คำนำ

จากการที่กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต โดยยึดเป้าหมายและแนวทางของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนแม่บท ตลอดจนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหนึ่งในแนวทางหลักที่สำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการจัดทำ และบริหารแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมนั้น

ในปีงบประมาณ 2569 ถือเป็นวาระอันดีอีกครั้งหนึ่ง ที่จะได้เริ่มต้นการบริหารการดำเนินงานสุขภาพจิต ภายใต้ "แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ.2569-2570" ซึ่งถือเป็นกรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับกรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และสอดคล้องกับเป้าหมายและแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) แผนแม่บทและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ตลอดจนโอกาสในทางนโยบายและความท้าทายใหม่ในสังคม

"แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ.2569-2570" ฉบับนี้ ได้พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ โดยได้มีการทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์การดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การแปลงเป็นนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต และแนวทางการดำเนินงานประจำปี สำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการจัดทำแผนงานหรือโครงการให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ตลอดจนสอดคล้องกับความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ เครือข่าย และประชาชนต่อไป

กรมสุขภาพจิตหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ความสำเร็จอันเกิดจากความร่วมมือในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ.2569-2570 ฉบับนี้ จะได้รับการสานต่อสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมด้วยการประสานประโยชน์แบบบูรณาการระหว่างกัน ทั้งระดับหน่วยงาน ระดับพื้นที่ ในเขตสุขภาพ ระดับชุมชนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนระดับประเทศ เพื่อการพัฒนาให้ประชาชนไทยมีสุขภาพจิตดีสู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูงต่อไป

(นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

คำนำ		2
สารบัญ		3
ส่วนที่ 1	สถานการณ์สุขภาพจิต	4
ส่วนที่ 2	โอกาสและความท้าทายการดำเนินงานสุขภาพจิต	17
ส่วนที่ 3	แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569-2570	19
	• วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก : MENTAL • ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด • ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน • ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี • ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกเศรษฐศาสตร์สุขภาพและกำลังคนสมรรถนะสูง	
ภาคผนวก	• นิยามศัพท์ภายใต้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569-2570 • คำสั่งคณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569-2570	30 34
เอกสารอ้างอิง		43

ส่วนที่ 1

สถานการณ์สุขภาพจิต



ส่วนที่ 1

สถานการณ์สุขภาพจิต

จากสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม ประกอบกับ วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความรุนแรงควบคู่ไปกับวิกฤต เศรษฐกิจและความไม่แน่นอนรอบด้าน จากงานวิจัยในอดีตและข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตใน ประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงตัวบุคคล แต่ยัง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจมากกว่าที่คาดคิดไว้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเกือบ 1 ใน 5 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลนำไปสู่ การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในจำนวนมาก

ปัญหาสุขภาพจิตกลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ข้อมูลจากการสำรวจทางระบาด วิทยาสุขภาพจิตของประชาชนไทย ระบุว่า ภายในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา มีประชาชนมากถึง 4.4 ล้านคน ที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 18–24 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่าน ทางพัฒนาการและต้องเผชิญกับแรงกดดันจากหลายด้าน โดยพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะป่วยทางจิตเวชและปัญหา สุขภาพจิตสูงถึง ร้อยละ 13.7 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีอัตราเพียง ร้อยละ 5.3 (กรมสุขภาพจิต, 2566)

• ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง และยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะความเปราะบางทางสุขภาพจิตของ ประชาชนโดยรวม จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 10 ปี ย้อนหลัง พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น และหลังเกิดวิกฤตการณ์โควิด 19 ทำให้สถานการณ์เพิ่มขึ้นสูงอย่าง ต่อเนื่อง จะเห็นได้จากข้อมูลจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 7.27, 7.38, 7.79, 7.94 และ 8.02 ต่อประชากรแสนคน โดยมีกลุ่มวัยทำงานเพศชายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง การเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย ดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา เช่น ภาวะความเครียดจากภาวะหนี้สิน ปัญหา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้สารเสพติด และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ยังมีข้อจำกัดในบางพื้นที่ ปรากฏการณ์นี้จึงมิใช่เพียงเรื่องของปัจเจกบุคคลเท่านั้น หากแต่เป็นสัญญาณเชิงโครงสร้างที่บ่งชี้ถึงความจำเป็น

ในการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น การเฝ้าระวังและวิเคราะห์แนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันที่ตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากข้อมูลจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 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 การฆ่าตัวตายจึงไม่ใช่เพียงปรากฏการณ์ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล หากแต่เป็นผลลัพธ์สะสมของทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงโครงสร้างทางสังคมและบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การพัฒนาและยกระดับระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เช่น ระบบคัดกรอง การเข้าถึงบริการตั้งแต่ระยะต้น รวมถึงกลไกทางสังคมที่ลดการตีตราและส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราการฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน

แนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ในประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงและการแพร่กระจายที่เพิ่มขึ้นในหลายมิติ ข้อมูลสถิติการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ กรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2567 ระบุว่า จำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 คนไทยป่วยโรคซึมเศร้าและเข้ารับบริการถึง 4 แสนคน เพิ่มขึ้นกว่า 1.7 เท่า ในไม่ถึงทศวรรษ จาก 231,082 คน เป็น 399,645 คน

จากสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนถึงความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในประชากรทุกกลุ่ม โรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการจิตเวช 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders), โรคซึมเศร้า (Depression) และ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งล้วนเป็นภาวะที่ต้องการการวินิจฉัยและดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้แนวโน้มผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะลดลงในบางปี แต่จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มจาก 231,082 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 399,645 คนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 1.7 เท่า ภายในระยะเวลา 8 ปี

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเครื่องมือออนไลน์ “Mental Health Check In” เพื่อใช้ในการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของประชาชนในระดับเบื้องต้น โดยเปิดให้เข้าถึงผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งสามารถประเมินระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างรวดเร็วและเป็นส่วนตัว ข้อมูลจากระบบ Mental Health Check In ระหว่างปี พ.ศ.2564-2567 แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงตามบริบทและสถานการณ์ของแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ร้อยละ 9.3 ของผู้ที่ทำแบบประเมินมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดสูง ร้อยละ 10.0 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และ ร้อยละ 5.5 มีความเสี่ยงต่อ

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ตัวเลขดังกล่าวจะมีแนวโน้มลดลงจากปี 2566 แต่ยังคงถือว่าอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในปี 2567 ยังคงเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดสูงถึง 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

ข้อมูลจากระบบ Mental Health Check In จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงรุกในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมและทั่วถึง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในทุกกระดับ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาลุกลามไปสู่ภาวะวิกฤต

• สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

กลุ่มเด็กปฐมวัย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยในปี 2564 ด้วยเครื่องมือ Denver II พบว่า ร้อยละ 29.7 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งพบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.8 สูงกว่า เด็กอายุ 0-2 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.8 ซึ่งอาจอนุมานได้ว่า เป็นผลจากการเลี้ยงดู สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยกรมสุขภาพจิต ในปี 2564 ที่แม้ว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.78 ซึ่งเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีค่ามากกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ =100) แต่ยังมีเด็กไทยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (IQ<70) อยู่ถึงร้อยละ 4.2 ซึ่งมากกว่ามาตรฐานสากล (ร้อยละ 2.2) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มเชิงบวกของพัฒนาการทางสติปัญญาในเด็กไทย บ่งชี้ว่าระดับสติปัญญาโดยรวมของเด็กไทยอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการพัฒนาทางการศึกษา การดำเนินโครงการด้านโภชนาการ การเรียนรู้ และการดูแลสุขภาพจิตส่งผลให้เด็กไทยมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ดีขึ้น รวมไปถึงนโยบายสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การกระตุ้นพัฒนาการในวัยเด็ก และการส่งเสริมการอ่าน ส่งผลให้เด็กมีศักยภาพในการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

ความท้าทายที่สำคัญในปัจจุบัน คือ การที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 ในขณะที่อัตราการเกิดของเด็กมีแนวโน้มลดลง เด็กเหล่านี้จะเป็นผู้รับภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนในการพัฒนาเด็ก เพื่อให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ พ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเด็ก สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลเด็ก ตาม Nurturing Care for early childhood development ของ WHO ซึ่งนอกจากเรื่องสุขภาพดี (good health) โภชนาการเหมาะสม และเพียงพอ (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

กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน มีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวล โดยเฉพาะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหายาเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก 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 และร้อยละ 8.4 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 14.0 เสี่ยงฆ่าตัวตาย

กลุ่มวัยทำงาน จากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่า ด้านสุขภาพจิตของวัยทำงานมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นความเครียด โรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ ในบางกรณีนำมาซึ่งการสูญเสียจากการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับข้อมูลการลาออกของแรงงานในประเทศไทย ที่มีการขึ้นทะเบียนตนเป็นผู้ว่างงานตามระเบียบของสำนักงานประกันสังคม โดยกองบริหารข้อมูลตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เดือนมกราคม 2565 พบว่า มีผู้ขึ้นทะเบียนว่างงาน 88,119 คน เหตุผล คือ การลาออกด้วยตนเองเนื่องจากภาวะหมดไฟ ไม่มีความสุขในการทำงานมีจำนวนถึง 77,143 คน หรือร้อยละ 87.54 นอกจากนี้ ข้อมูลจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566 รายงานว่า วัยทำงานเป็นกลุ่มที่ขอรับบริการเพื่อปรึกษาเรื่องความเครียด วิตกกังวล และความไม่พึงพอใจในชีวิตการทำงานสูงถึง 5,989 สาย จากทั้งหมด 8,009 สาย ซึ่งแสดงถึงความต้องการในการรับคำปรึกษาและการช่วยเหลือในด้านจิตใจอย่างมาก หากภาวะความเครียดและความวิตกกังวลนี้ ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อาจทำให้ปัญหาสุขภาพร่างกายทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการทำงานและชีวิตประจำวัน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของกลุ่มวัยทำงานถือเป็นเรื่องที่สำคัญเร่งด่วนในสังคมไทยในปัจจุบัน 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 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ เลย ถึงร้อยละ 49 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ต้อง

อยู่คนเดียวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยมีสัดส่วน ร้อยละ 28.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด นอกจากการขาดกิจกรรมและการอยู่คนเดียวแล้ว ยังมีผู้สูงอายุจำนวน 8 แสนคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 10.2 ต่อประชากรแสนคน ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ซึ่งจำนวนนี้กว่าร้อยละ 90 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ แม้ผู้สูงอายุจะมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง 14.4 ต่อประชากรแสนคน แต่กลับพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าช่วงวัยอื่นอยู่ที่ 9.5 ต่อประชากรแสนคน

• สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและความรุนแรง

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

สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย มีจำนวน 381,656 คนคิดเป็นร้อยละ 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 วิดกกังวล และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อย มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังในอนาคต

• การถ่ายโอนภารกิจยาเสพติด

นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2567 ที่มุ่งพัฒนาและยกระดับระบบสุขภาพไทยในทุกมิติ ผ่าน 5 นโยบายเร่งรัดพัฒนา และ 5 นโยบายสานต่อ โดยคงให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง จึงกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งรัดพัฒนา “แก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการ” ด้วยการยกระดับการบำบัดรักษา พื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด (Patient Journey) พัฒนามิณิธญารักษ์ การทบทวนเชิงกฎหมาย โดยการทบทวนกฎกระทรวงในการกำหนดปริมาณยาเสพติด และการดักกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดเพื่อการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขจึงมอบนโยบายให้กรมสุขภาพจิตที่มีภารกิจเกี่ยวกับการดำเนินงาน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างครบวงจร โดยให้มีการพิจารณาปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติมหน้าที่ และ อำนาจของกรมสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดความท้าทายต่อการดำเนินงานของกรมฯ หลายด้าน ทั้งในเชิงระบบและการให้บริการ อีกหนึ่งความท้าทายที่สำคัญ คือ การปรับระบบบริการสุขภาพจิตและ สารเสพติด ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและงบประมาณที่มีอย่างจำกัด โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ สารเสพติดทั้งในและนอกสถานพยาบาล รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล (Pre-hospital) ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และภายหลังกลับสู่ชุมชน (Post-hospital) เพื่อป้องกันการกลับมาของพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช รวมถึง จิตเวชสารเสพติด เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ หรือ ความคิด หรือ พฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพกาย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวช และ/หรือสารเสพติด มีโรคร่วมทางกายบ่อยครั้ง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ/หรือสารเสพติด ในปัจจุบันจึงเป็นการ ดูแลรักษาทั้งโรคทางจิตเวชควบคู่ไปกับโรคทางกายในทุกโรงพยาบาล กรณีที่มีโรคทางกายยุ่งยากซับซ้อนเกินกว่า ศักยภาพของโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อไปรับการรักษาโรคทางกาย ที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประมาณ ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยทั้งระบบอยู่แล้ว

การบำบัด รักษา และฟื้นฟูภาวะติดยาเสพติดซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่ต้องอาศัยการเยียวยา ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งกระบวนการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การบำบัดรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูทางชุมชนและสังคม โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลานาน จึงจำเป็นต้องให้ การบำบัดรักษาด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม เป็นหลักการบำบัดเพื่อถอนพิษ ไม่ใช่การรักษาหลักในผู้ป่วย เมทแอมเฟตามีน เนื่องจากมีภาวะถอนพิษไม่รุนแรง

การรวมภารกิจ ถือว่าเป็นการปิดช่องว่างและรอยต่อของการดำเนินงาน ในการดูแลส่งเสริม ป้องกัน ดูแลบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต อย่างเชื่อมโยงเอกภาพ ทางยุทธศาสตร์ เพิ่มประสิทธิภาพต่อการดำเนินงาน สามารถบูรณาการการบริหารจัดการในภาพรวม ตลอดจน การบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัสารเสพติดและสุขภาพจิต มีความสอดคล้องและเอื้อต่อกัน ตั้งแต่

ส่วนกลางจนถึงระดับภูมิภาค เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสับสน ต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการทั้งทางด้านทรัพยากร งบประมาณ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ยกระดับหน่วยบริการให้สามารถบริการอย่างครอบคลุม ครบวงจร แก่ผู้ป่วยยาเสพติดทั้งทางกายและทางจิต และเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วย ลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงการส่งเสริม ป้องกันการเกิดนักเสพติดใหม่ เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยเกิดประโยชน์ทั้งต่อประชาชน และประเทศชาติ

• ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือสุขภาพทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) จึงกลายเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในยุคที่ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายกลุ่มวัย ทั้งเด็ก เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ (Kutcher et al., 2016) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้น หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น การรู้จักอาการของโรคจิตเวช วิธีการรักษา รวมถึงการรู้จักแหล่งบริการสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงได้ (Jorm et al., 1997) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยทางจิตในระยะยาว แต่ยังช่วยลดการตีตราทางสังคมที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช และช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม (Sampaio et al., 2022)

ในปี พ.ศ.2567 การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทย พบว่า ภาพรวมประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับดีถึงดีมาก ถึงร้อยละ 92.7 โดยกลุ่มวัยทำงานมีระดับความรู้สูงกว่าผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่า แม้จะมีความรู้ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่อยู่ในระดับที่พอใช้ได้ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความรอบรู้ให้กับกลุ่มประชากรทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช

• การให้บริการสุขภาพจิต

ประเทศไทยมีการให้บริการสุขภาพจิตผ่านสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางจำนวน 20 แห่ง และหน่วยบริการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป อีก 122 แห่ง อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการในพื้นที่ชนบทยังมีข้อจำกัด เนื่องจากทรัพยากรส่วนใหญ่กระจุกตัวในเขตเมืองใหญ่

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

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

• กำลังคนด้านสุขภาพจิต

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

แม้ว่ากรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีแผนพัฒนาและเพิ่มกำลังคนในระบบอย่างเป็นระบบ โดยตั้งเป้าหมายที่จะเพิ่มจิตแพทย์จำนวน 537 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช 1,720 คน รวมถึงนักจิตวิทยาคลินิก และ นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช อย่างละ 320 คน แต่จากแนวโน้มความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ยังมีความเป็นไปได้สูงว่าอัตราากำลังเหล่านี้จะไม่เพียงพอต่อภาระงานในอนาคต

โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาพร้อมกับอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง รวมถึงการขยายบริการสู่ระดับปฐมภูมิและชุมชน ซึ่งต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงในทุกระดับ ระบบสุขภาพจิตของประเทศจึงยังคงเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างที่ต้องเร่งแก้ไขทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของกำลังคน

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

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

• 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

• การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์

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 ซึ่งสามารถตอบโจทย์ในด้านการเข้าถึงบริการที่มีความสะดวกและยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพจิต ยังมีความท้าทายหลายประการที่ต้องได้รับการพิจารณา เช่น ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล เป็นต้น

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

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

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

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) ตัวอย่างของเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในประเทศไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตมีหลายระบบ ดังนี้

1) ระบบ School Health Hero

ระบบนี้มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียน โดยใช้เทคโนโลยีในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน รวมถึงการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การพยายามฆ่าตัวตายหรือความเครียดจากการเรียน เพื่อให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาสามารถช่วยเหลือและแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมได้อย่างทันทั่วถึง

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 ที่สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างง่ายดาย โดยไม่เปิดเผยตัวตนและไม่มีค่าใช้จ่าย แพลตฟอร์มนี้มีเครื่องมือต่างๆ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต, โปรแกรมฝึกใจคลายเครียด, และ E-helper หรือผู้ช่วยใจดี ที่คอยส่งกำลังใจให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต

• ปัญหาความท้าทายเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

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

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

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

• Generation Gap

ตามข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่ภาวะ "สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์" (Aged Society) แล้วอย่างชัดเจน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60–69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70–79 ปี) ร้อยละ 29.8 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 10.9

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ มิได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางประชากรศาสตร์เท่านั้น หากแต่นำมาซึ่งประเด็นด้านสังคม เศรษฐกิจ และการดูแลระยะยาว ทั้งในระดับครัวเรือน ชุมชน และระดับประเทศ อาทิ ความจำเป็นในการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม ระบบการดูแลระยะยาว และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า “อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ” มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราส่วนอยู่ที่ 31.1 หมายความว่า ประชากรวัยทำงานจำนวน 100 คน ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 31 คน หรือกล่าวโดยสรุปคือ ผู้สูงอายุ 1 คน จำเป็นต้องมีประชากรวัยทำงานประมาณ 3 คนเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้ ยังมีประเด็นที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับ กลุ่ม “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ได้แก่ ผู้ที่ติดบ้านหรือติดเตียง โดยข้อมูลจาก “อนามัยโพล” ของกรมอนามัย คาดการณ์ว่า ภายใน 20 ปีข้างหน้า กลุ่มดังกล่าวจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับปี พ.ศ. 2568 มีการคาดการณ์ว่าจะมี ผู้สูงอายุติดบ้าน ประมาณ 126,000 ราย ผู้สูงอายุติดเตียง ประมาณ 236,000 ราย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการปรับตัวของกลุ่มคนในแต่ละช่วงวัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มเจนเนอเรชั่น Baby Boomer และเจนมิลเลนเนียล (หรือ Gen Y) ซึ่งกลุ่มมิลเลนเนียล หมายถึง คนที่มีอายุระหว่าง 20 ตอนต้นจนถึง 30 ปลาย โดยกลุ่มนี้มักมีความชื่นชอบในอิสระในการใช้ชีวิต มีความคิดเป็นของตัวเอง และต้องการการยอมรับจากสังคมและคนรอบข้าง แต่มีลักษณะที่อ่อนไหวง่าย

ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม Baby Boomer มีอายุเฉลี่ยประมาณ 50-70 ปี โดยเป็นกลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มมิลเลนเนียล พวกเขาไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงและมีแนวคิดในทางอนุรักษ์นิยม มีอารมณ์ที่แปรปรวนเนื่องจากภาวะเครียดสะสมจากการทำงาน และมักมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำมากขึ้น

เมื่อจำแนกกลุ่มประชาชนไทยตามช่วงอายุในปลายปี 2565 พบว่า ส่วนใหญ่เป็น Gen X (อายุ 58 ปี) คิดเป็นร้อยละ 31 และ Gen Y (อายุ 27-42 ปี) คิดเป็นร้อยละ 29 โดยกลุ่ม Gen Z (อายุ 11-26 ปี) มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 15 ซึ่งมีผลต่อการวิเคราะห์กำลังคนในองค์กร ดังนั้น คนส่วนใหญ่ที่ทำงานในองค์กรในประเทศไทยเป็น Gen X ประมาณ 16 ล้านคน และ Gen Y ประมาณ 15 ล้านคน รวมกันมีจำนวนมากกว่า 30 ล้านคน

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีประชากรในหลากหลายช่วงวัยคือ “Generation Gap” หรือ “ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย” ซึ่งหมายถึงความแตกต่างทางทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่มักจะก่อให้เกิดความขัดแย้งกัน เช่น ทัศนคติหรือพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ อาจได้รับอิทธิพลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ในขณะที่คนรุ่นเก่ามักมีความเชื่อที่ตั้งอยู่บนประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ปัญหานี้ส่งผลต่อการสื่อสารที่ผิดพลาดและความเข้าใจผิด โดยเฉพาะในครอบครัวและที่ทำงาน การที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายของคนแต่ละรุ่นนั้น จึง

จำเป็นจะต้องหาวิธีการสร้างจุดสมดุลระหว่างวัยให้ลงตัว เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและเข้าใจในความแตกต่างที่มีอยู่ในแต่ละเจนเนอเรชันอย่างเหมาะสม (ที่มา: บทความ “Generation Gap เมื่อคนรุ่นเก่าและรุ่นใหม่เดินกันไปคนละทิศ”

• การบริหารจัดการและธรรมาภิบาล

กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านนโยบายและการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของประเทศ โดยมีการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายและการกำกับดูแลยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช

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

ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มี พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562) ซึ่งถือเป็นกฎหมายหลักด้านสุขภาพจิตที่มีบทบาทในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตเวช สนับสนุนการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม ลดการตีตรา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิต

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

การมีทั้งกฎหมายเฉพาะทางและแผนพัฒนาระดับชาติ ทำให้ประเทศไทยมีฐานนโยบายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายอย่างทั่วถึง การสร้างความเข้าใจต่อบทบาทสิทธิของผู้ป่วยในระดับปฏิบัติ และการผลักดันนโยบายให้เชื่อมโยงกับทรัพยากรและระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

ส่วนที่ 2

โอกาสและความท้าทาย การดำเนินงานสุขภาพจิต



ส่วนที่ 2

โอกาสและความท้าทายการดำเนินงานสุขภาพจิต

โอกาส (Opportunity)

- นโยบายเร่งด่วนรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างเด็ดขาดและครบวงจร ทำให้กรมสุขภาพจิตมีโอกาสดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดในเขตสุขภาพ/หน่วยบริการจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ และรองรับกับสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรง
- รัฐบาล สมัยนางสาวแพทองธาร ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิต เน้นการดูแลสุขภาพจิตของคนไทย ด้วยบริการจิตเวชครบวงจร ตั้งแต่การป้องกัน รักษา และการให้คำปรึกษาบำบัด ทั้งศูนย์ให้การปรึกษาทางจิตเวชและการรับการรักษาทางสุขภาพจิต ผ่าน Application โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งในนโยบายรัฐบาล ในการยกระดับสาธารณสุขให้ดียิ่งกว่าเดิม เพิ่มการเข้าถึงการรักษาและบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ซึ่งถือเป็นโอกาสให้ผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น และเป็นโอกาสของกรมสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตให้เป็นที่รู้จักสู่สังคมในวงกว้าง
- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการกำหนดให้กรมสุขภาพจิตมีภารกิจเกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างครบวงจร ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ตั้งกรมสุขภาพจิตและสารเสพติด เร่งรัดปรับปรุงโครงสร้างระดับพื้นที่ โดยถือเป็นโอกาสในการยกระดับความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติดทั้งในเชิงวิชาการและระบบการบริการบำบัดรักษา
- สถานการณ์ที่กระทบสังคม ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งมีความเครียดมากขึ้นจนมีการฆ่าตัวตาย เป็นโอกาสของกรมฯ ที่จะฉกฉวยการทำงานเชิงรุก
- สังคมผู้สูงอายุและโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นโอกาสในการทำงานของกรมฯ ที่ต้องเร่งการขยายงานเพื่อรับมือให้ทันต่อสถานการณ์
- AI มีบทบาทสำคัญในทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นตัวช่วยสร้างโอกาสการทำงานของกรมฯ ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น เช่น ใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยจำแนกพฤติกรรมคน ช่วยส่งเสริมและป้องกันระวังได้ การนำเทคโนโลยีโลกเสมือนมาช่วยในการทำกิจกรรมบำบัด นำเทคโนโลยีบ้านอัจฉริยะมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึง และการให้การดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบผสมผสาน ทั้งการบริการในสถานที่และบริการแบบทางไกล ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล/นวัตกรรม
- ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต มีแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีไม่กี่ประเทศที่ให้ความสำคัญในด้านนี้ รวมทั้งมี พรบ. สุขภาพจิตเพื่อให้งานของกรมฯ สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นได้
- ภาครัฐให้ความสำคัญด้านสุขภาพจิตทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศนานาชาติ เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตพร้อมให้การสนับสนุน และมีความสนใจในการพยายามแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดร่วมกัน
- ประเทศไทยมีโครงสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง ในทุกชุมชนมีสถานที่ทางศาสนาที่เป็นศูนย์รวมจิตใจและเป็นศูนย์กลางของชุมชนที่สามารถร่วมกิจกรรมทางศาสนาและขยายผลต่อในการดูแลสุขภาพจิตได้

ความท้าทาย (Challenge)

- การบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยยังทำได้ยาก เป็นอุปสรรคการทำงานของกรมฯ ที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน
- ในระยะเวลาอันใกล้ รพ.ฝ่ายกาย มีแนวโน้มที่จะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น จะมีบุคลากรด้านจิตเวชมากขึ้น พร้อมให้บริการที่หลากหลาย เชี่ยวชาญและลึก มีความได้เปรียบมาก ทำให้ รพ.จิตเวช จะต้องปรับตัวรับสถานการณ์นี้
- การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างฉับพลัน (Social Disruption) เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการทำงานและการปรับตัวของกรมฯ
- วัฒนธรรมกระบวนการเลี้ยงดูเด็ก กล่อมเกล่าให้เจริญเติบโตสมบูรณ์ของครอบครัวคนไทย (Socialization) ยังไม่ดีพอ เป็นอุปสรรคในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมฯ
- ภาคเอกชนเข้ามาให้บริการด้านจิตวิทยามากขึ้น กลุ่มผู้รับบริการของกรมฯ ลดลง รวมทั้งภาคเอกชน มีค่าตอบแทนสูงกว่าบุคลากรด้านจิตวิทยามีทางเลือกไปภาคเอกชนมากขึ้น
- นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการโอนถ่ายภารกิจยาเสพติดจากกรมการแพทย์มายังกรมสุขภาพจิต ส่งผลต่อการปรับตัวของกรมฯ และการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานด้านยาเสพติด โครงสร้างการบริหารจัดการ อัตรา กำลังคน และงบประมาณ โดยทั้งหมดต้องมีกฎหมายรองรับ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ถึงจะสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดได้อย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลต่อเป้าหมายการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต
- สภาพปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตมีแนวโน้มอย่างมากที่จะเกิดผลเสียต่อสภาวะสุขภาพจิตของประชาชน
- ปัญหาการใช้ความรุนแรงผ่านสื่อสังคมออนไลน์ กำลังแพร่หลายและมีอิทธิพลอย่างมาก เช่น การสร้างความเกลียดชังด้วยคำพูด (Hate Speech) การระรานและข่มขู่ในโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) ซึ่งความรุนแรงเหล่านี้ถูกส่งผ่านและผลิตซ้ำผ่านโซเชียลมีเดียอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดการแบ่งแยก กีดกัน คุกคาม และลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- กลุ่มผู้รอดชีวิตจากความรุนแรงในสังคมเผชิญกับผลกระทบด้านจิตใจอย่างลึกซึ้ง ได้แก่ ภาวะจิตใจที่แปรปรวน ความรู้สึกอับอาย ซึมเศร้า หวาดกลัว ท้อแท้ รวมถึงการมีความระแวงในชีวิตประจำวัน ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตในระยะยาว สูญเสียความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ อาจนำไปสู่การตัดสินใจที่รุนแรงต่อชีวิต เช่น การฆ่าตัวตาย
- การใช้โซเชียลมีเดียมากขึ้นเปิดช่องทางให้ผู้ใช้งานได้รับรู้เรื่องราวเชิงลบมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอารมณ์เชิงลบในสื่อสังคมออนไลน์ที่สามารถติดต่อกันได้ ซึ่งอาจส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น
- ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีผลกระทบจากโลกโซเชียล ขาดการดูแลอย่างจริงจัง เป็นผลให้กรมฯ สามารถออกแบบกระบวนการ เพื่อช่วยเหลือสังคมได้ทันต่อสถานการณ์

ส่วนที่ 3

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี
(พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต
ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569-2570



ส่วนที่ 3

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569 - 2570

❖ วิสัยทัศน์ (Vision Statement)

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี
สู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง

❖ ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานเมื่อสิ้นแผนปฏิบัติการฯ(Ultimate Outcome)*

1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
2. เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 85
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน
4. คนไทยมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 90

❖ พันธกิจ (Mission statement)

- 1) พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยใช้หลักฐาน
เชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
- 2) สนับสนุนการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและสารเสพติดให้ครอบคลุมทุกระดับอย่างครบวงจร
- 3) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดของ
ตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมในทุกมิติ
- 4) พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติดของประเทศ

❖ ค่านิยมหลัก

คุณค่าที่กรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Core value) ได้แก่ “MENTAL”

M = Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)

E = Efficiency, Effectiveness, Equity

N = Network

T = Teamwork

A = Accountability

L = Learning (Personal, Team, Organization)

*หมายเหตุ : ตัวชี้วัดผลกระทบ (Ultimate Outcome) ข้างต้น เป็นตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังสถานการณ์ทางด้านสุขภาพจิต
ของประเทศไทย เป็นผลมาจากการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมและเครือข่ายสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมายระยะสั้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด	ร้อยละ 85

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
1.1 พัฒนาศักยภาพความรู้ และสื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ	1.1.1 จำนวนชุดสื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดที่มีคุณภาพ	15 ชุด	20 ชุด	1) สร้างองค์ความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ร่วมกับหน่วยวิชาการและหน่วยงาน Excellence Center ตามประเด็นสุขภาพจิตสำคัญ เช่น การป้องกันการฆ่าตัวตาย วิกฤติสุขภาพจิต ความรุนแรง สุขภาพจิตและสารเสพติด การส่งเสริมสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย เป็นต้น โดยอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และกลั่นกรองโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด 2) พัฒนาสื่อด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ตอบสนองต่อบริบทสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยใช้ระบบวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร (News Clipping / Media Intelligence) 3) สร้างความร่วมมือกับ Content Creator ในการพัฒนาศักยภาพและสื่อด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ
	1.1.2 ร้อยละของประชาชนที่เข้าใจเรื่องสุขภาพจิตและสารเสพติด	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
1.2 พัฒนาระบบการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพจิตที่มีการปฏิสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายและประชาชน	1.2.1 ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตและสารเสพติด	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	1) พัฒนาระบบสนับสนุนการเข้าถึงและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด เพื่อให้ประชาชนเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพจิต สามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้
	1.2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจิตและสารเสพติด	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	2) พัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตและสารเสพติด 3) สร้างระบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดให้แก่ประชาชน เช่น การรู้เท่าทันอารมณ์ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการเข้าถึงแหล่งบริการ โดยบูรณาการผ่านภาคีเครือข่าย 4) พัฒนาระบบประเมินผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบครบวงจร ตั้งแต่การเข้าถึง (reach), การมีส่วนร่วม(engagement), การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (outcome)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

เป้าประสงค์ : ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดจนหายทุเลา

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย ระยะสั้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง SMI-V ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 40

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
2.1 พัฒนานวัตกรรมและรูปแบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด	2.1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลจิตเวชระดับ Advance/Premium ที่สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดรายประเด็นได้ (Mental Health Service Model Development)	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	1) เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการพัฒนานวัตกรรมหรือโครงการสำคัญเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน 2) พัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยเฉพาะนวัตกรรมดิจิทัลที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน 3) พัฒนาระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อทั้งในและนอกระบบสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน และกลุ่มเปราะบาง 4) พัฒนาสมรรถนะกำลังคนสุขภาพจิตให้สอดคล้องและเพียงพอต่อการจัดบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตเฉพาะด้าน 5) สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด
	2.1.2 ร้อยละของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดดิจิทัล - ประชาชนทั่วไป - ประชาชนกลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 15 ร้อยละ 60	ร้อยละ 20 ร้อยละ 70	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
	2.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องจนมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) - ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรายใหม่มีอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน	ร้อยละ 35 ร้อยละ 80	ร้อยละ 35 ร้อยละ 80	6) พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข จนผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาวะ (Recovery) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2.2 พัฒนามาตรฐานและขับเคลื่อนบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด	2.2.1 จำนวนชุดมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ได้รับการรับรองภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องสามารถขยายผลครอบคลุมอย่างน้อย 1 ใน 3 ของประชากรเป้าหมาย	2 เรื่อง	3 เรื่อง	1) พัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ / ความเป็นเลิศ 2) พัฒนากลไกการเฝ้าระวัง / ตรวจสอบประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด 3) พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานและเหมืองข้อมูล (Data Lake) ที่เชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศหลักด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด
	2.2.2 ร้อยละของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ผ่านการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดตามนโยบายที่เกี่ยวข้อง	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	4) ขับเคลื่อนและผลักดันบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดผ่านกลไกภายใต้กฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย ระยะสั้นแผนฯ ปี 2570
จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี	20 เครือข่าย

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี	3.1.1 ร้อยละของ พชอ./พชช.ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการบูรณาการงานสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	1) สร้างภาคีเครือข่ายและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด 2) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในทุกมิติ ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 3) สร้างเสริมพลังความเข้มแข็งสถาบันครอบครัว และชุมชน ในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด
	3.1.2 ร้อยละของบุคลากรในเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถนำไปดูแลสุขภาพจิตประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 1) Mental Health Leader 2) Mental Health Gatekeeper - อสม./อสส. - บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายต่างๆ	ร้อยละ 50 ร้อยละ 70 ร้อยละ 70	ร้อยละ 60 ร้อยละ 80 ร้อยละ 80	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดทุกกลุ่มวัยร่วมกับภาคีเครือข่าย	3.2.1 ร้อยละของเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามแนวทาง/มาตรฐานงานด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	1) บูรณาการความร่วมมือในการสร้าง และสนับสนุนให้มีระบบการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ครอบคลุมตลอดช่วงชีวิตของประชาชน 2) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) ในการพัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือ และกำกับติดตามการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ทั้งภายในและระหว่างภาคีเครือข่ายที่ครอบคลุมตั้งแต่ Mental health Literacy, Prevention, Early Detection, Early Treatment, Refer และ Follow up อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และการส่งต่อผู้มีปัญหาเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข 3) สร้าง/พัฒนานวัตกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชนสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม
	3.2.2 จำนวนนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชน	10 เรื่อง	15 เรื่อง	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
3.3 ขับเคลื่อนและบูรณาการการแก้ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ในระดับจังหวัด และระดับประเทศ	3.3.1 ร้อยละของจังหวัดที่มีการดำเนินงานสุขภาพจิต ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดและกรุงเทพมหานคร จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	1) จัดทำและผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด ระดับประเทศ ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ตลอดจนคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ 2) ผลักดันการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ผ่านกลไกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น ประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ พระราชบัญญัติมาตรการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือที่ใช้ความรุนแรง และขับเคลื่อนนโยบายโดยบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาเขตสุขภาพ แผนพัฒนาจังหวัด และแผนพัฒนาอำเภอ 3) พัฒนาและสนับสนุนความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ในการผลักดันให้เกิดนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพจิตของประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และกำลังคนสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ : ประชาชนได้รับผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีคุณค่า จนเกิดความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมายระยะสั้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 60

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
4.1 พัฒนาระบบสนับสนุนการ พัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการ ด้านสุขภาพจิตและสารสนเทศ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์	4.1.1 ร้อยละของผู้รับบริการมีความ พึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์และบริการ สุขภาพจิต	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	1) สนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตและสารสนเทศทั้งในรูปแบบดิจิทัล AI และรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เป็นมิตรต่อผู้ใช้ (User friendly) และตรงตามบริบท เช่น ภาษา ชาติพันธุ์ อายุ 2) สร้างคลังข้อมูลกลางดิจิทัล และ AI ที่รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยต่างๆ เทคโนโลยีการประเมินและเทคโนโลยีอื่นๆ (Directory) เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงและการเลือกใช้งาน 3) พัฒนาแหล่งเรียนรู้การบ่มเพาะนวัตกรรมสุขภาพจิตทั้งในรูปแบบดิจิทัล AI และรูปแบบอื่นๆ (Mental Health Innovation Hub)

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
4.2 พัฒนาระบบงานเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต เพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์ บริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดสู่การมีสุขภาวะทางใจ	4.2.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	1) พัฒนาระบบการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (Mental Health Economics Evaluation) ในผลิตภัณฑ์/บริการทางด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด 2) ผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดผ่านกองทุนต่างๆ 3) วางแผนและทำการตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ สำหรับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดไปสู่การมีสุขภาวะทางใจ (Mental Health Wellness) ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด
	4.2.2 จำนวนผลิตภัณฑ์/บริการด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ	2 เรื่อง	2 เรื่อง	
	4.2.3 จำนวนชุดสิทธิประโยชน์ใหม่ทางด้านสุขภาพจิตที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม	2 เรื่อง	2 เรื่อง	
4.3 พัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ มีสมรรถนะสูง มีความสุขและความผูกพันต่อองค์กร	4.3.1 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต มีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และ AI (Digital and AI Skill)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด และมีทักษะ สมรรถนะด้านดิจิทัล AI และด้านอื่นๆที่มีความหลากหลาย ยืดหยุ่นพร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในปัจจุบันและอนาคต 2) วางแผนกำลังคนกรมสุขภาพจิตทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ ความก้าวหน้าในอาชีพ ให้สามารถตอบสนองกับการขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิต
	4.3.2 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ได้รับการพัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
	4.3.3 ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ที่มีความสุข และความผูกพันต่อองค์กร	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน
		ปี 2569	ปี 2570	
				รวมถึงการบริหารจัดสรรกำลังคน และบริหารจัดการการใช้ประโยชน์กำลังคน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 3) บริหารจัดการองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล เสริมสร้างขวัญกำลังใจ ความสุข และความผูกพันของบุคลากร และสร้างแรงดึงดูดกำลังคนคุณภาพให้เข้ามาร่วมปฏิบัติงานกับกรมสุขภาพจิตด้วยความภาคภูมิใจ



นิยามศัพท์ ภายใต้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569 – 2570

วิสัยทัศน์

องค์การหลักด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด หมายถึง องค์การที่มีบทบาทหลัก เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติดของประเทศ ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต ด้านการบำบัดรักษา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม¹ รวมทั้งครอบคลุมการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติด

ประชาชน หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ ทั้งที่เป็นประชาชนทั่วไปที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยงจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ได้แก่ กลุ่มเฉพาะ ผู้ประสบภัยพิบัติ กลุ่มเปราะบางทางสังคม ฯลฯ และกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

สุขภาพจิตดี หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ มิให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข หรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข เพื่อให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย² ซึ่งหมายรวมถึง การมีปัญญาดี และมีความสุข

สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง หมายถึง สภาพสังคมที่เป็นผลมาจากการดำเนินการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ทำให้ประชาชนไทย ซึ่งเป็นทรัพยากรและ ทุนมนุษย์ที่สำคัญมีสุขภาพจิตดี จนเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีความสามารถในการสร้างเศรษฐกิจมูลค่าสูงให้กับประเทศได้

พันธกิจ

ครบวงจร หมายถึง การดำเนินงานเชื่อมต่อกัน ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เฝ้าระวัง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (Pre-hos) การบำบัดรักษา ฟื้นฟูใกล้บ้าน (In-hos) ตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน หรือหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-hos)

ทุกมิติ หมายถึง 5 มิติ ได้แก่ มิติส่งเสริมสุขภาพจิต มิติป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต มิติบำบัดรักษา มิติฟื้นฟูสมรรถภาพ และมิติปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม

อ้างอิง : ¹พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

² พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2559

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด

ความรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูล เพื่อทำการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง รวมไปถึง การลดการตีตราทางสังคมและการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในชุมชน (ปรับปรุงจากนิยามของ WHO, 2024)

การปฏิสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายและประชาชน หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่ม (ประชาชนและภาคีเครือข่าย) กับช่องทาง/แพลตฟอร์มของกรมสุขภาพจิต หรือระหว่างกันเองภายใต้การสนับสนุนของกรมฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเชิงลึก ตรวจสอบข้อมูล และสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งควรมีลักษณะการสื่อสารแบบโต้ตอบ เช่น การถาม-ตอบ การแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำไปสู่การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง แก้ไข ความเข้าใจผิด และหาแนวทางปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และรวมถึงการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรมฯ กับภาคีเครือข่าย และการที่ภาคีเครือข่ายนำไปส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์กับประชาชนในพื้นที่ ของตนเอง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด หมายถึง การที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับบริการ ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ทั้งในรูปแบบการเข้ามารับบริการด้วยตนเองที่หน่วยบริการ หรือผ่านบริการ รูปแบบดิจิทัล รวมทั้งรูปแบบบริการอื่นใด

จนหายทุเลา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น สามารถใช้ชีวิต อยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ และไม่ก่อความรุนแรง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี หมายถึง ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ที่ร่วมดำเนินงาน สุขภาพจิตในมิติส่งเสริมสุขภาพจิต มิติป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต มิติบำบัดรักษา มิติฟื้นฟู สมรรถภาพ และมีบทบาทคุ้มครองผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม มิติใด มิติหนึ่ง เพื่อดูแลสุขภาพจิตประชาชน กลุ่มเป้าหมาย โดยต้องครอบคลุมเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 1) เครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีต้องมีจำนวนครอบคลุมในทุกเขตสุขภาพ
- 2) บุคลากรภายในเครือข่ายพลเมืองผ่านการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
- 3) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างใดอย่างหนึ่งใน 6 ข้อ
 - 3.1 มีส่วนร่วมสนับสนุนงบประมาณ

- 3.2 มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจิตในพื้นที่
- 3.3 กำหนดประเด็นการดูแลสุขภาพจิตบรรจุไว้ในแผนของหน่วยงาน
- 3.4 เป็นผู้นำในการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่
- 3.5 ร่วมกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
- 3.6 ร่วมสนับสนุนช่วยเหลือ/จัดสวัสดิการด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนในพื้นที่

4) สามารถแสดงผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้

ภาคีเครือข่าย หมายถึง ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ได้แก่ 1) เครือข่ายภาครัฐ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น : อบจ./ เทศบาล / อบต. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด สำนักงานประกันสังคม จังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงเรียน สถานศึกษา 2) เครือข่ายภาคเอกชน เช่น องค์กรเอกชน นิติบุคคลที่อยู่อาศัย (บ้านจัดสรร/ คอนโดมิเนียม/ อพาร์ทเมนต์) องค์กร สถานประกอบการ และ 3) เครือข่ายภาคประชาสังคม เช่น หน่วยกู้ชีพกู้ภัย เครือข่ายผู้พิการ ทางจิต มูลนิธิ สมาคม ชมรม หน่วยงาน NGO เป็นต้น

ครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต หมายถึง กระบวนการดูแลสุขภาพจิตประชาชน อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ในแต่ละช่วงวัย และมีความต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ

กลุ่มเปราะบางทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้เร่ร่อน ผู้ถูกทอดทิ้ง ผู้ตกงาน แรงงานนอกระบบ ผู้ไม่มีสัญชาติ แรงงานต่างด้าว ผู้ไม่มีบัตรประชาชน

ทีมนำ (Mental Health Leader) หมายถึง ผู้ที่มีบทบาทในการวางแผน วางระบบ รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ตัวอย่างทีมนำในพื้นที่ เช่น สสจ. สสอ. รพ.สต. (ในแห่งที่มีการทำแผนหรือโครงการด้านสุขภาพจิตในชุมชน) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีแผนหรือบรรจุงานสุขภาพจิตในการใช้งบของท้องถิ่น, อาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่พัฒนาให้เกิดระบบดูแลสุขภาพช่วยเหลือนักศึกษา เป็นต้น

คนกลาง (Gatekeeper) หมายถึง ผู้ที่เป็นคนกลางเชื่อมโยงให้ประชาชนสามารถ 1) เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้มากขึ้นเร็วขึ้น 2) เข้าถึงองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตได้มากขึ้นและเร็วขึ้น อย่างถูกต้อง ตัวอย่างคนกลางในพื้นที่ เช่น อสม. รพ.สต. (ในแห่งที่ให้บริการสุขภาพจิตเชิงรุก-รับ) สื่อมวลชนท้องถิ่น เป็นต้น

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกเศรษฐศาสตร์สุขภาพและ กำลังคนสมรรถนะสูง

สร้างมูลค่างานสุขภาพจิต หมายถึง ผลตอบแทนในรูปแบบตัวเงินหรือเทียบเท่าจากการพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพจิตเดิม รวมทั้งพัฒนาความเชี่ยวชาญต่อยอดให้แก่บุคลากรกรมสุขภาพจิต หรือการสร้าง คิดค้น ผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพจิตใหม่โดยอาศัยการวิจัยและพัฒนา ตลอดจนสรรหาคะลากรุ่นใหม่ที่มีสมรรถนะสูง

เศรษฐศาสตร์สุขภาพ หมายถึง การประยุกต์ใช้หลักเศรษฐศาสตร์ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนและ การจัดบริการสุขภาพจิต เพื่อให้ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพจิต ที่ดีของประชาชน

คุณค่า หมายถึง ประโยชน์ที่เกิดจากการใช้งานผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต

ความเชื่อมั่น หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่เหนือความคาดหวัง มีทัศนคติเชิงบวก จนเกิดเป็นความ ประทับใจ ความผูกพัน ความไว้วางใจ และพร้อมสนับสนุนกิจการของกรมสุขภาพจิต

ผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต หมายถึง ผลผลิตของหน่วยงานในกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ งานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยี คู่มือการปฏิบัติงาน บทความทางวิชาการ Application ฯลฯ ที่ประชาชนหรือเครือข่ายได้รับ ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

บริการสุขภาพจิต หมายถึง การให้บริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนหรือเครือข่ายทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ หมายถึง วิธีการวัดมูลค่าทางเศรษฐกิจ/การเงิน (Value for money : VFM) เพื่อให้เกิดผลตอบแทนของผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต / บริการสุขภาพจิตในการดำเนินงานสุขภาพจิตในด้านใดด้าน หนึ่ง ได้แก่ การประเมินต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit cost), Cost-Minimization Analysis (CMA), Cost-Benefit Analysis (CBA), Cost-Effectiveness Analysis (CEA), Cost-Utility Analysis (CUA), ประสิทธิภาพเทียบกับต้นทุน (Cost-efficient) หรือการวัดผลตอบแทนตามหลักการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจิต หมายถึง สิทธิประโยชน์จากการรับบริการด้านสุขภาพจิตที่จำเป็นต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ภายใต้แนวคิด ความคุ้มค่า ความเป็นธรรม และความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์กลางที่กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ ได้มีกลไกการพิจารณาร่วมกัน และเห็นพ้องว่าเป็น สิทธิประโยชน์ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพจะได้รับ

บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ หมายถึง บุคลากรมีความรู้ ทักษะเชิงลึก ในศาสตร์ตามวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติงานตามบทบาทของแต่ละสาขาวิชาชีพ

บุคลากรสมรรถนะสูง หมายถึง บุคลากรมีความสามารถ และมีสมรรถนะสูง ที่จะสามารถดึงเอาองค์ความรู้ ในทางสหวิทยาการมาประยุกต์ใช้ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสั่งคณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. 2569-2570



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๘๘๓

ที่ สส.๐๘๐๕.๒/๐๔๓๖

วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอสั่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการราชการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก / กอง / สถาบัน / โรงพยาบาล / ศูนย์ / กลุ่ม ในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตามที่กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนปฏิบัติการราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต โดยยึดเป้าหมายและแนวทางของยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนแม่บท ตลอดจน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เป็นหนึ่งในแนวทางหลักที่สำคัญ ในการพัฒนางานสุขภาพจิต ภายใต้กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ในการจัดทำ และบริหารแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และในปี ๒๕๖๘ นี้ กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการราชการระยะ ๕ ปี มาถึงครึ่งทางของแผนฯ แล้ว ประกอบกับปัจจุบันสถานการณ์ด้าน สุขภาพจิตของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงนโยบายระดับรัฐบาลที่ให้ความสำคัญ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเด็ดขาดและครบวงจร และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและบริการด้านสุขภาพจิต และยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด และการถ่ายโอนภารกิจด้านยาเสพติดมาที่กรมสุขภาพจิต ตลอดจนแนวทางการบริหาร แนวทางการปฏิบัติต่างๆ ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสุขภาพจิตทั้งสิ้น นั้น

กรมสุขภาพจิต ขอสั่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการ ราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐ เพื่อให้ แผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว ซึ่งถือเป็นระยะของการเร่งรัดพัฒนางานและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มข้น เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งสามารถตอบสนองต่อบทบาทภารกิจใหม่ของกรมสุขภาพจิต และสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ตามสำเนาคำสั่งฯ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต
ที่ ๑๔๔๘/ ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)
ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐

ตามที่กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต โดยยึดเป้าหมายและแนวทางของยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนแม่บท ตลอดจนแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เป็นหนึ่งในแนวทางหลักที่สำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิต ภายใต้กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ในการจัดทำและบริหารแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และในปี ๒๕๖๔ นี้ กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี มาถึงครึ่งทางของแผนฯ แล้ว ประกอบกับปัจจุบันสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงนโยบาย ระดับรัฐบาลที่ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเด็ดขาดและครบวงจร และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ สุขภาพจิตและยาเสพติด และการถ่ายโอนภารกิจด้านยาเสพติดมาที่กรมสุขภาพจิต ตลอดจนแนวทางการบริหาร แนวทางการปฏิบัติต่างๆ ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสุขภาพจิตทั้งสิ้น นั้น

เพื่อให้แผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ ซึ่งถือเป็นระยะของการเร่งรัดพัฒนางานและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มข้น เพื่อให้ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งสามารถตอบสนองต่อบทบาทภารกิจใหม่ของกรมสุขภาพจิต และสถานการณ์ แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อาศัยอำนาจ ตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมสุขภาพจิตจึงแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๓ คณะกรรมการทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐

๓.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑	หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๑.๑.๒	นายวิระ เพ็งจันทร์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา

๓.๑.๓ นายเกียรติภูมิ...

๓.๓.๓	นายเกียรติภูมิ วงศ์จิตร ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓.๓.๔	นายวิวัฒน์ ยถาฐานนท์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓.๓.๕	นายบุญชัย นวมงคลวัฒนา ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓.๓.๖	นางพรรณพิมล วิปุลากร ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓.๓.๗	นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓.๓.๘	นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธาน
๓.๓.๙	นายจุมภฏ ทรมเสิดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	รองประธาน
๓.๓.๑๐	นายศิริศักดิ์ อิตติถาวรรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	รองประธาน
๓.๓.๑๑	นางณิชาภา สวัสดิ์กานนท์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	รองประธาน
๓.๓.๑๒	เลขาธิการกรม	กรรมการ
๓.๓.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต	กรรมการ
๓.๓.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	กรรมการ
๓.๓.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักความรู้สุขภาพจิต	กรรมการ
๓.๓.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	กรรมการ
๓.๓.๑๗	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	กรรมการ
๓.๓.๑๘	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๓.๓.๑๙	ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง	กรรมการ
๓.๓.๒๐	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	กรรมการ
๓.๓.๒๑	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	กรรมการ
๓.๓.๒๒	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	กรรมการ
๓.๓.๒๓	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน	กรรมการ
๓.๓.๒๔	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	กรรมการ
๓.๓.๒๕	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล	กรรมการ

๓.๓.๒๖ ผู้อำนวยการ...

๑.๑.๒๖	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๒๗	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๒๘	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๒๙	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	กรรมการ
๑.๑.๓๐	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	กรรมการ
๑.๑.๓๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา	กรรมการ
๑.๑.๓๒	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวประสาธน์ไวพโยบรัมย์	กรรมการ
๑.๑.๓๓	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง	กรรมการ
๑.๑.๓๔	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	กรรมการ
๑.๑.๓๕	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๖	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๗	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๘	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๓๙	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๔๐	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๔๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	กรรมการ
๑.๑.๔๒	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	กรรมการ
๑.๑.๔๓	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	กรรมการ
๑.๑.๔๔	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑	กรรมการ
๑.๑.๔๕	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒	กรรมการ
๑.๑.๔๖	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓	กรรมการ
๑.๑.๔๗	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔	กรรมการ
๑.๑.๔๘	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๕	กรรมการ
๑.๑.๔๙	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖	กรรมการ
๑.๑.๕๐	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗	กรรมการ
๑.๑.๕๑	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘	กรรมการ
๑.๑.๕๒	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙	กรรมการ
๑.๑.๕๓	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐	กรรมการ
๑.๑.๕๔	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๑	กรรมการ
๑.๑.๕๕	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๒	กรรมการ
๑.๑.๕๖	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓	กรรมการ

๑.๑.๕๗ ผู้อำนวยการ...

๓.๑.๕๗	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และเลขานุการ
๓.๑.๕๘	นางสาวกัญญา สิริวิสูตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๑.๕๙	นางสาวอภาวดี วงศ์เจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๑.๖๐	นางสาวตะวันรัตน์ ศรีวิสูตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๓.๒.๑ กำหนดกรอบทิศทางพัฒนางานสุขภาพจิตภายใต้แผนปฏิบัติการ
ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐
- ๓.๒.๒ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐
- ๓.๒.๓ พิจารณาให้ความเห็นชอบต่อแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)
ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐
- ๓.๒.๔ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานของคณะทำงานฯ และให้ข้อเสนอแนะ
ต่อการปรับกระบวนการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมต่อสถานการณ์

ข้อ ๒ คณะทำงานทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต
ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑	นายวิชระ เพ็งจันทร์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒.๑.๒	นางณิชาภา สวัสดิ์กานนท์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธาน
๒.๑.๓	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	รองประธาน
๒.๑.๔	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๕	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๖	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน

๒.๑.๗ ผู้อำนวยการ...

๒.๑.๑๗	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๘	ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะกรรมการ
๒.๑.๑๙	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๐	ผู้อำนวยการสำนักความรู้สุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๒	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๓	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๔	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓๐	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๕	นางชัญญะกานต์ แก้วเมือง นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๖	นางสาวชนนพร อ้นพลักษณ์วงศ์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๗	นายวีร เมฆวิสัย นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๘	นางสาวอณุกา วลีอิทธิกุล นายแพทย์ปฏิบัติการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๒๙	นางสาวพัชริน คุณคำชู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๓๐	นางรัตติกาล วาเพชร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๓๑	นายปองพล ชูชนะโชติ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๓๒	นางสาวศศิรัตน์ รุจิระชาคร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒.๑.๓๓	นางชนันรัตน์ นวพลพัฒน์ นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๒.๑.๓๔	นางสาวมิตา จันทิศ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ กองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะกรรมการ

๒.๑.๒๕ นายสมณพล...

๒.๑.๒๕	นายมนทล บัวแก้ว นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๖	นางสาวอภิญญา สัตยากุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๒๗	นางสาวทัศนีย์ จันทะเสริฐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๒๘	นางสาวกวิทา พวงมาลัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๒๙	นางนรณล ทองเปลี่ยน นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการ สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๓๐	นางสาวประภาศรี ปัญญาวิชัย นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒.๑.๓๑	นายศุภเสก วิโรจนภา นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา	คณะทำงาน
๒.๑.๓๒	นางกนกกาญจน์ วิโรจน์ไธเรื้อ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๓	นางอัมมัญญา สันธิ์พานันท์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทโทยโพนธ์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๔	นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๕	นางสาวจันทร์อรภา สุขทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล	คณะทำงาน
๒.๑.๓๖	นางปรารถนา ชีวิวัฒน์ นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล	คณะทำงาน
๒.๑.๓๗	นางสาววรินทิพย์ สว่างศรี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน

๒.๑.๓๘ นางสาวกชวรรณ...

๒.๑.๓๘	นางสาวกชวรรณ พลอยทับทิม นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๓๙	นายเลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๔๐	นางอมรรัตน์ แสงโสด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒.๑.๔๑	นางสาวจันทร์ทิพย์ ชื่นเยี่ยม นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๑.๔๒	นางสาวปิยะกานต์ ศรีปฏุก นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๑.๔๓	นางสาวกัญชลิ ศิริวิสูตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒.๑.๔๔	นางสาวอานภาลี วงศ์เจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๔๕	นางสาวตะวันรัตน์ ศรีวิสูตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๔๖	นางสาวสุกัญญา ถิ่นสอน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๔๗	นางสาวอนุสรณ์ จันทะวงศา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๒.๑ วางแผนการดำเนินงานทบทวนแผนปฏิบัติการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐ เสนอต่อคณะกรรมการฯ

๒.๒.๒ กำหนดกรอบการทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ที่สำคัญต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต รวมทั้งรวบรวม ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานสุขภาพจิตในช่วงที่ผ่านมา

๒.๒.๓ จัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิตในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐ เสนอต่อคณะกรรมการฯ

๒.๒.๔ พิจารณา...

๒.๒.๔ พิจารณาทบทวนปรับปรุง(ร่าง)แผนปฏิบัติการฯ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ในระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๐ เสนอต่อคณะกรรมการฯ ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ เครือข่ายการดำเนินงาน ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานของกรมฯ

๒.๒.๕ จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการฯ เพื่อทราบเป็นระยะๆ

๒.๒.๖ หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



(นายจุมภฏ ทรมสิศา)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



..... ว่า
..... พิมพ์
..... ตรวจ

เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- สำนักกระบวนวิชาสุขภาพจิต, สำนักวิชาการสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต. (2566). *การสำรวจระดับชาติ 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>
- 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.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health



**กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**

เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ตำบลลาดข้วย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-8125 โทรสาร 0-2149-5527 www.dmh.go.th