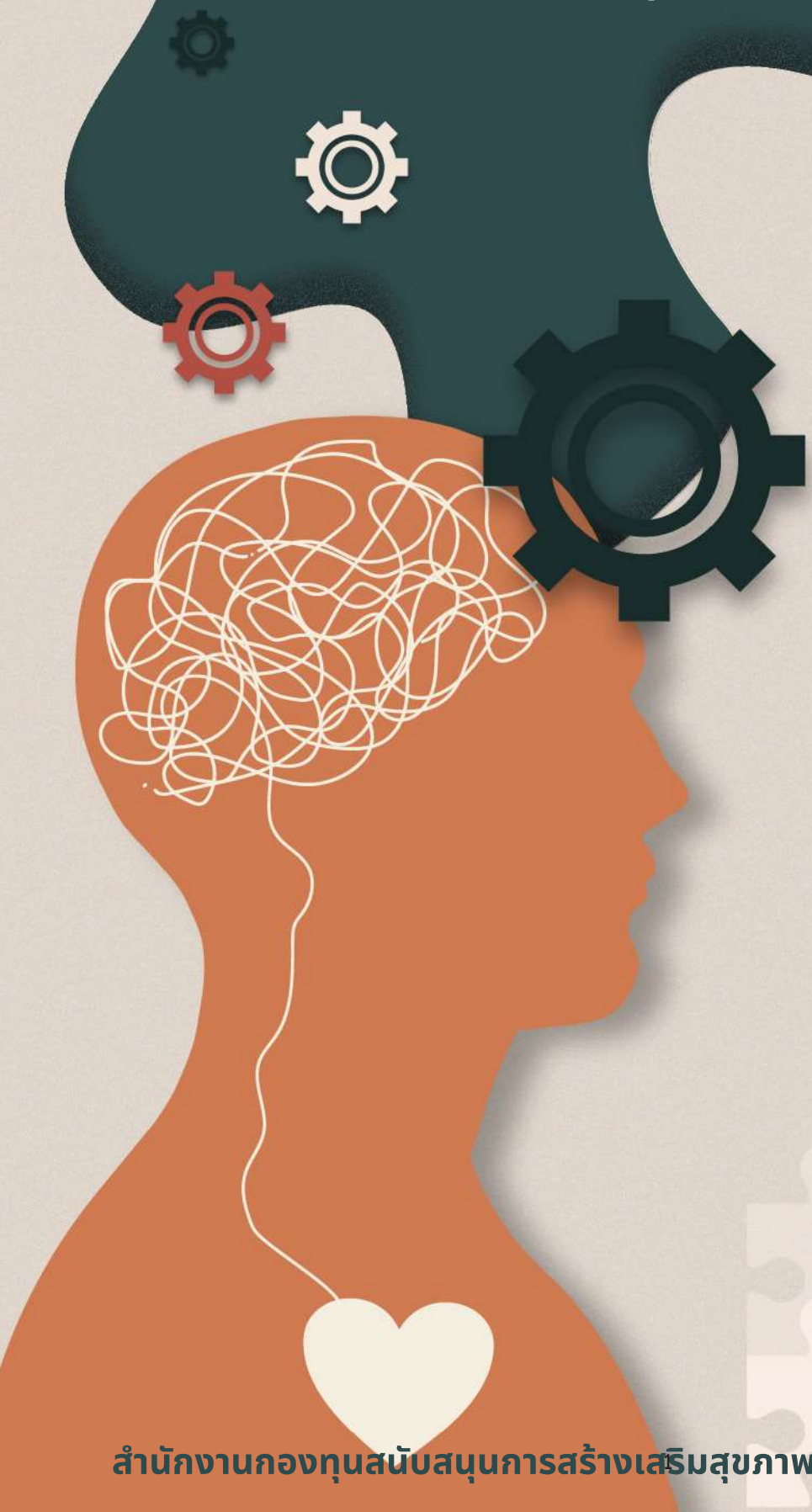
แนวทางการขับเคลื่อน
งานด้านการสร้างเสริมและป้องกัน
ปัญหาสุขภาพจิต



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. 2567 – 2577

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคี

คณะผู้จัดทำ

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2)
ดร.ชาติวุฒิ วังวล
เพ็ญลักษณ์ เทศสุวรรณ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร
รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์
อ.ดร.บุรเทพ โชคธนานุกูล
กัญญาพัชร สุทธิเกษม

คำนำ

สุขภาพจิตเป็นมิติทางสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพมิติอื่นๆ ของคนทุกกลุ่ม ทุกช่วงวัย การดำเนินงานขับเคลื่อนเพื่อให้สังคมไทยมีสุขภาพจิตที่ดีจึงต้องดำเนินการในรูปแบบที่เป็นองค์รวมสอดคล้องและเสริมประสานเป็นแนวระนาบพร้อมกันและร่วมกันอย่างมีพลังเพื่อให้เกิดแรงผนึกที่เพียงพอ

สสส. ในฐานะองค์กรสำคัญที่มีพันธกิจในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในประเด็นต่างๆ ของสังคมไทย ผ่านการทำงานของสำนักต่างๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ล้วนมีการดำเนินงานที่เกี่ยวของกับสุขภาพจิตทั้งสิ้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตทั้งในเชิงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาเป็นไปอย่างมีเอกภาพจึงต้องมีแนวทางและทิศทางเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จึงเป็นที่มาของการจัดทำแนวทางการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตฉบับนี้

การดำเนินงานในครั้งนี้ สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (สำนัก 2) ดำเนินการร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลรวมทั้งบุคลากรจากสำนักต่างๆ ทุกสำนักและภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการด้านสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มต่างๆ จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนงานทางด้านสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์
ผู้จัดการ สสส.

สารบัญ

บทนำ 1

ความสำคัญของสุขภาพจิต กับ วิสัยทัศน์ และพันธกิจของ สสส. 5

การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส. ในปัจจุบัน 11

สถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย 15

การขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตระดับโลก 23

ช่องว่างยุทธศาสตร์ และแนวทางการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส. 27

1. ส่งเสริมและคุ้มครองด้านสุขภาพจิตด้วยนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน 29
(Promoting and protecting mental health through SDGs-oriented public policies)

2. ความคุ้มครองด้านสุขภาพจิตถ้วนหน้า 33
(Universal mental health coverage)

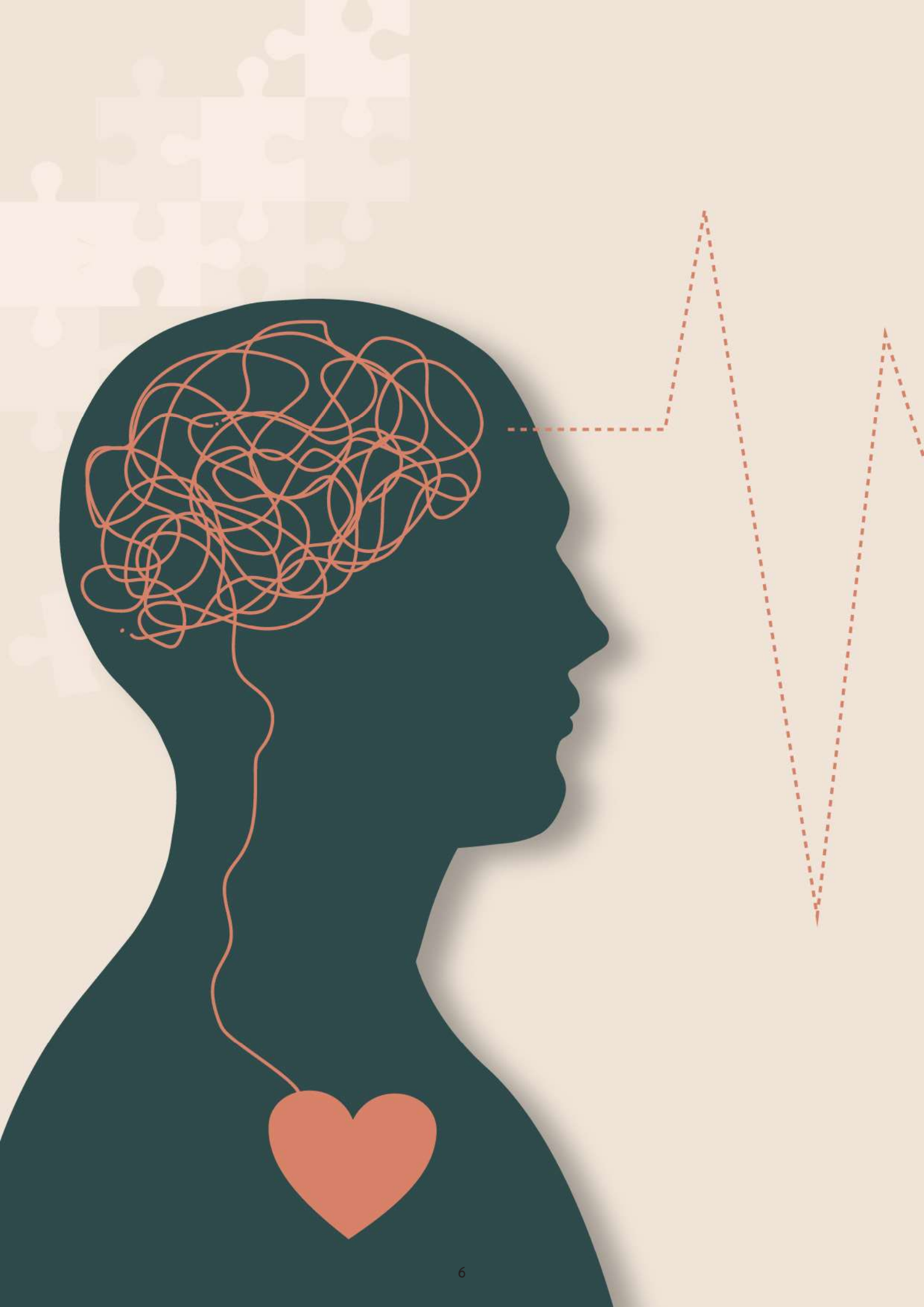
3. สร้างความตระหนักด้านสุขภาพจิตแก่สาธารณะ 37
(Strengthening public awareness)

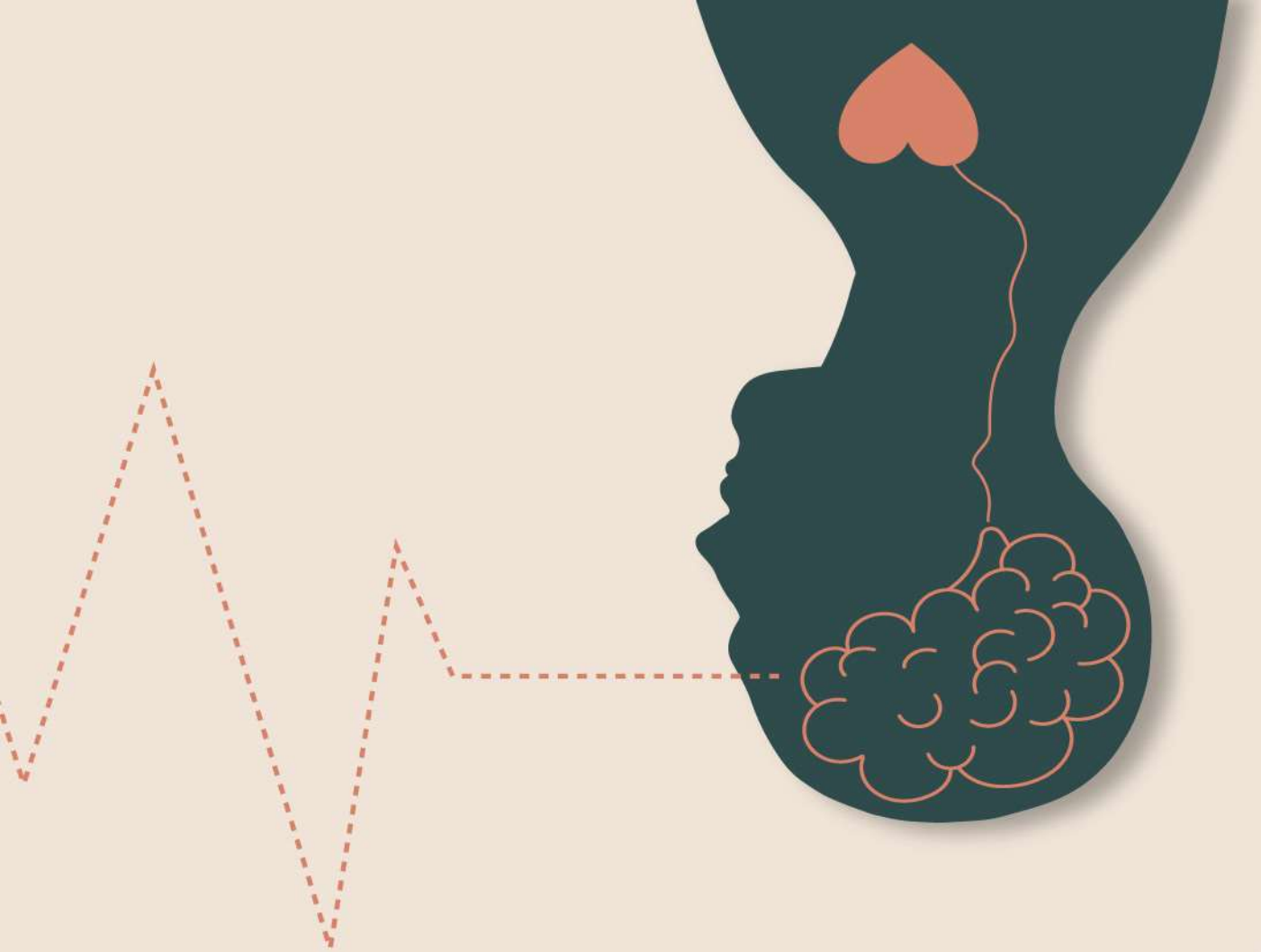
4. ขับเคลื่อนการดำเนินการด้านสุขภาพจิตด้วยงานวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้ 39
(Research to guide implementation)

5. การติดตามและกำกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต 41
(Monitoring and accountability in mental health initiatives)

สรุปแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน ตามข้อเสนอแนะของ Lancet 43

ประเด็นสำคัญเร่งด่วนในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส. 45



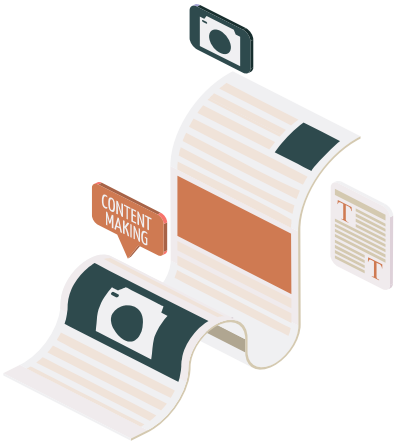


บทนำ

> **สุขภาพจะดีไม่ได้**
> **หากขาดซึ่งสุขภาพจิต**
> **There is no health**
> **without mental health**
>
> ดร.เดวิด แซทเชอร์
> อดีตเจ้ากรมการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (1998 – 2002)

ภายใต้วิสัยทัศน์ **“ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีวิถีชีวิต สังคม และ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี”** ของ สสส. สุขภาพจิต สะท้อนถึงความสำคัญขององค์รวมสุขภาวะในสังคม เพราะสุดท้ายแล้ว ไม่ว่าวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยจะเป็นอย่างไร ย่อมส่งผลต่อภาพรวมของสุขภาพจิตของคนในสังคม และสุขภาพจิต ที่ดีก็ย่อมทำให้วิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ดีขึ้นไปด้วย สุขภาพจิตจึงเป็นฟันเฟืองสุขภาพที่หมุนเชื่อมต่อกับประเด็นอื่น ๆ ในสังคมแบบพหุมิติ และเกี่ยวเนื่องกับภาคส่วนต่าง ๆ แบบพหุภาคี แม้ในการดำเนินงานตลอด 3 ทศวรรษของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จะมีการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตสอดแทรกไปในสำนักต่าง ๆ แต่เพื่อให้งานด้านสุขภาพจิตมีความเด่นชัด และเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสนับสนุนการขับเคลื่อนสุขภาวะด้านอื่น ๆ จึงกำหนดให้มีการจัดทำ **“แนวทางการขับเคลื่อนงานด้าน สุขภาพจิต สสส.”** เพื่อเป็นแนวทางการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส.

ในการจัดการแนวทางการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส. นี้ใช้กระบวนการระดมพลังสมองจากภาคีหลัก ที่ดำเนินการร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และผู้แทนจากสำนักต่าง ๆ ภายใน สสส. โดยมีลำดับการดำเนินการดังนี้



1 การทบทวนเอกสารเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย เพื่อสรุปภาพรวมของประเด็นปัญหา ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยสังคมกำหนดด้านสุขภาพจิต (Social determinants of mental health) และการสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตขององค์กรและสถาบันสำคัญ ๆ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพจิต

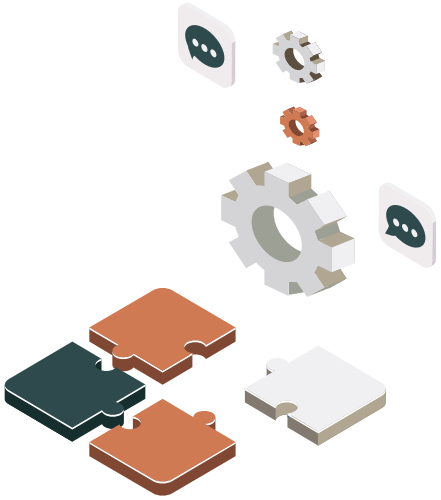


2 การศึกษายุทธศาสตร์ของหน่วยหลักภายในประเทศที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2561-2580) ระยะที่ 2 (2566-2570) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 ฉบับแก้ไข 2562 แผนปฏิบัติราชการ 5 ปี (2566-2570) กรมสุขภาพจิต แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์กระทรวงยุติธรรม 20 ปี (2560-2579) แผนยุทธศาสตร์ศาลยุติธรรม 20 ปี (2565-2568) แผนปฏิบัติราชการกระทรวงมหาดไทย (2566-2570) แผนปฏิบัติราชการ 5 ปี (2566-2570) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แผนปฏิบัติราชการรายปี (2566) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ 20 ปี แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (2566-2570) กระทรวง

แรงงาน แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย (2564-2570) แผนพัฒนาการศึกษาขั้นพื้นฐาน รายงานข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตเยาวชน Strengthening mental and psychosocial support systems and service (2022) ขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตระดับโลกที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development) และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)



3 การประชุมร่วมกับภาคีหลักของ สสส. ที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค ช่องว่างการดำเนินด้านสุขภาพจิต รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหา และการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต



การประชุมร่วมกับสำนักต่าง ๆ และผู้บริหาร ภายใน สสส. ที่ดำเนินการแก้ปัญหา ส่งเสริม และสนับสนุนด้านสุขภาพจิต เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับทิศทางของยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตของ สสส.

สาระสำคัญของแนวทางการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตนี้ คือยุทธศาสตร์หลัก 5 ประการที่ สสส. โดยสำนักต่าง ๆ จะได้พิจารณาดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้พันธกิจของแต่ละสำนัก เพื่อให้การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการดำเนินงานของแต่ละสำนัก และมีทิศทางที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีเป้าหมายด้านสุขภาพจิตร่วมกันอย่างมีพลัง ได้แก่

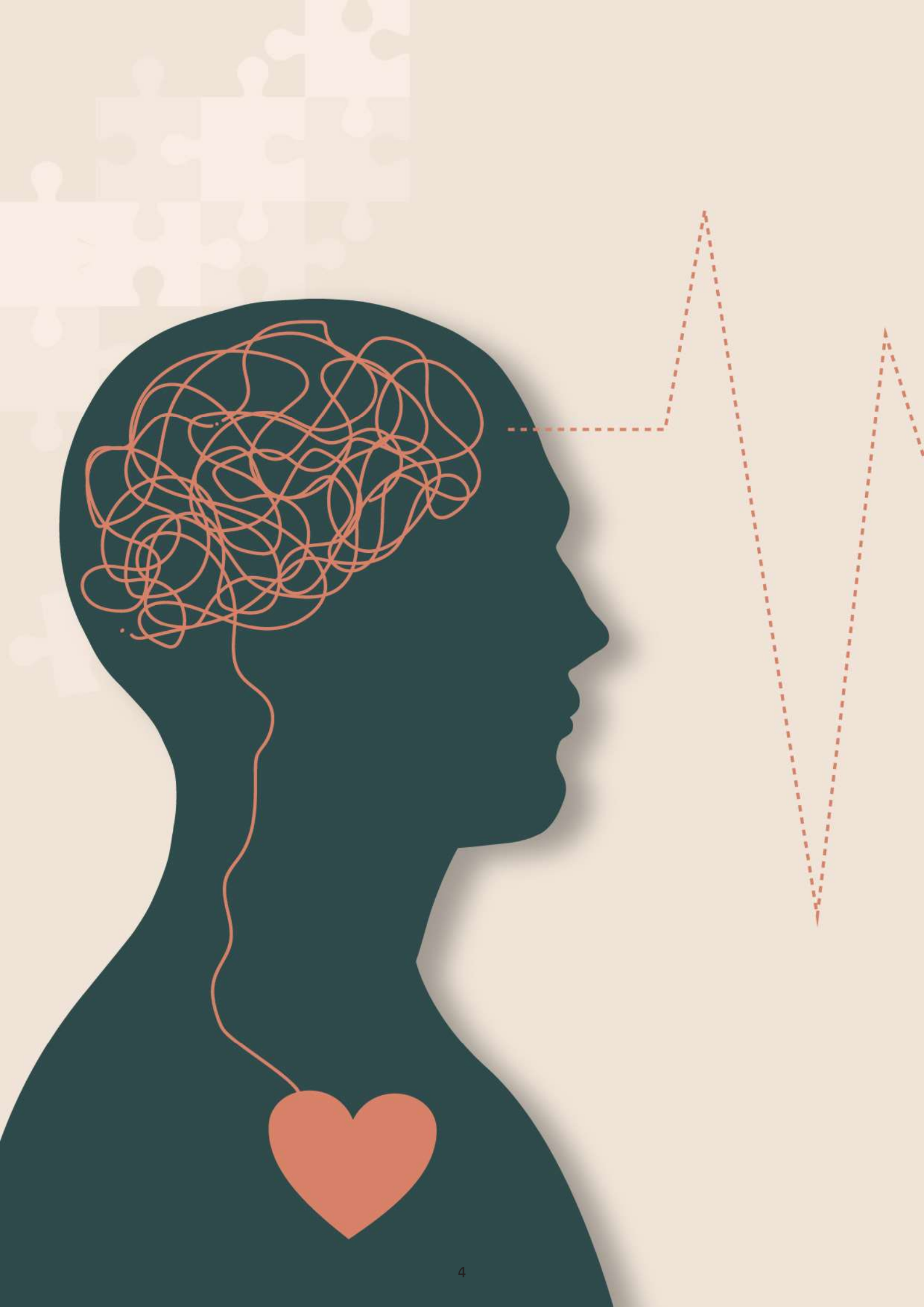
1 ส่งเสริมและคุ้มครองด้านสุขภาพจิตด้วยนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (Promoting and protecting mental health through SDGs-oriented public policies)

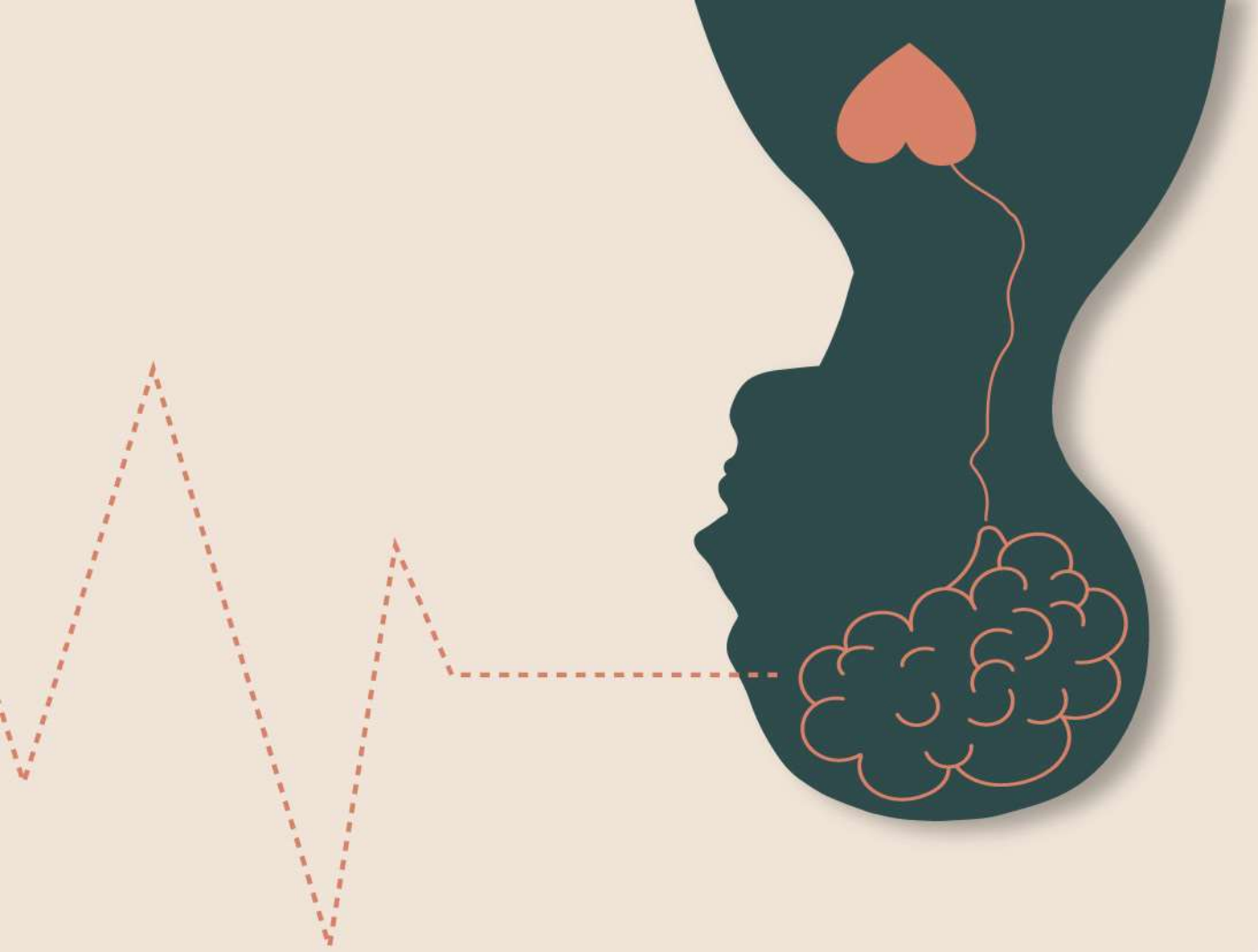
2 การให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพจิตถ้วนหน้า (Universal mental health coverage)

3 การสร้างความตระหนักด้านสุขภาพจิตแก่สาธารณะ (Strengthening public awareness)

4 การขับเคลื่อนการดำเนินการต่าง ๆ ด้วยการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ (Research to guide implementation)

5 การติดตามและกำกับการดำเนินการด้านสุขภาพจิต (Monitoring and accountability in mental health initiatives)





ความสำคัญของสุขภาพจิต กับ วิสัยทัศน์และพันธกิจ สสส.

ความสำคัญของสุขภาพจิต กับ วิสัยทัศน์ และพันธกิจ สสส.

“สุขภาพจิตเป็นสิทธิมนุษยชนสากล
Mental health is a universal human right”

ธีมวันสุขภาพจิตสากล 2566

ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565 - 2574) สสส. สรุปแนวโน้ม ของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพในทศวรรษ ที่กำลังจะมาถึง 7 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและโครงสร้างประชากร การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม การ เปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมหานครและการขยายพื้นที่เขตเมือง และผลกระทบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากการ แพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทั้งได้สรุปประเด็นท้ายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สิ่งเสพติด กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สุขภาพจิต การบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน มลพิษทางอากาศ และโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ แม้สุขภาพจิตจะเป็นหนึ่งในประเด็นท้าทาย แต่แท้จริงแล้วมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับประเด็นท้าทายอื่น ๆ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าประเด็นสุขภาพจิตเป็นประเด็นร่วมของทุกประเด็น

สำหรับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในด้านสุขภาพจิตนั้น สสส. กำหนดให้ **“เพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์”** โดยแผนหลัก (พ.ศ.2566-2570) สสส. ใช้นิยามสุขภาพจิตตามกรมสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพที่ดีของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ มิให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข หรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งเป็นเป้าหมายที่จะต้องขับเคลื่อนมิติแวดล้อมด้านต่าง ๆ ของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social determinants of mental health) ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อมโยงเกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals) อย่างน้อย 10 เป้าหมาย ได้แก่ SDG 1 ขจัดความยากจน SDG 2 ยุติความหิวโหย SDG 3ชีวิตที่มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี SDG 5 ความเท่าเทียมทางเพศ SDG 8 ภาวะการทำงานที่ดีและการเติบโตทางเศรษฐกิจ SDG 10 ลดความเหลื่อมล้ำ SDG 11 เมืองและชุมชนปลอดภัย ยั่งยืน SDG 13 การรักษาสภาพภูมิอากาศ SDG 16 ระบบยุติธรรมและการดำเนินสถาบันเพื่อสร้างสันติสุข SDG 17 การทำงานอย่างเป็นหุ้นส่วนเพื่อการบรรลุเป้าหมาย[2] รวมทั้งการขับเคลื่อนในระดับนโยบายสาธารณะ และในระดับโครงสร้าง ได้แก่ บทบาทการดำเนินการของสถาบัน และองค์กรต่าง ๆ

“สุขภาพจิต
หมายถึง สภาพที่ดีของจิตใจ ที่สามารถควบคุมอารมณ์ มิให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจสามารถปรับ ตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข หรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข”

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พศ. 2560 - 2580)

[2] Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & UnÜtzer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The lancet, 392(10157), 1553-1598.

ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตนั้น สสส. ยึดตามกรอบพันธกิจในการ **“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล ชุมชน และองค์กรทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคมที่สนับสนุนการมีสุขภาวะที่ดี”** ทำให้ สสส. สามารถแสดงบทบาทลงมือขับเคลื่อน ด้วยตนเองอย่างเต็มที่ (Active roles) และในบางยุทธศาสตร์แสดงบทบาทในการเป็นผู้นำทางความคิด จุดประกาย ชักชวน สร้างเครือข่าย และให้การสนับสนุน (Supportive roles) เพื่อให้ภาคีเครือข่ายทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพจิตของคนในสังคมไทย

1



- กำกับการแทรกแซงเพื่อบรรเทาความยากจนให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต
- ให้เงินสวัสดิการ (ในระดับรายได้ขั้นพื้นฐาน) สำหรับผู้ที่อยู่ในความยากจนสุดขีด
- ให้ความคุ้มครองทางการเงินแก่บุคคลและ ครอบครัวที่มีความผิดปกติทางจิต

2



- ดูแลให้เด็กและสตรีมีครรภ์ได้รับสารอาหารที่เพียงพอเพื่อพัฒนาการทางสมองอย่างเต็มที่
- ลดความชุกของโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลผ่านการยกระดับความมั่นคงด้านอาหาร

3



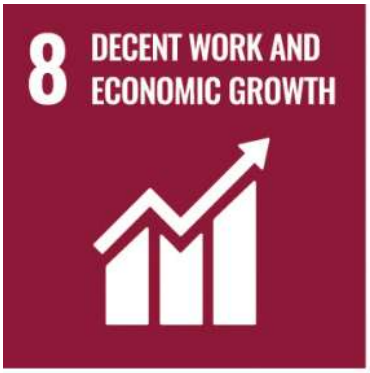
- บูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตการป้องกัน และการดูแลตลอดเส้นทางชีวิตภายในบริบทของความพยายามระดับชาติ ที่จะบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- เปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพจิตจากเชิงสถาบันเป็นพื้นที่ของชุมชน
- พัฒนาและใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- ลดการใช้แอลกอฮอล์และสารออกฤทธิ์ทางประสาทที่เป็นอันตราย
- วินิจฉัยและรักษาความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเคมี

5



- ป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก
- ทำให้แน่ใจว่าการให้บริการด้านสุขภาพจิตมีความอ่อนไหวต่อประเด็นทางเพศ (Gender-sensitive) และมุ่งเน้นเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิง เช่น ภาวะซึมเศร้าของมารดา และผลกระทบจากการเผชิญความรุนแรง
- เพิ่มการสนับสนุนให้ผู้ทำหน้าที่ ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง

8



- นำโปรแกรมการส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตไปใช้ในที่ทำงาน
- มีมาตรการแทรกแซงทางสังคมและอาชีพ และให้การสนับสนุนแก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและครอบครัว
- ให้ความช่วยเหลือแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมที่มีบทบาทของเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น ความต้องการแรงงานคนน้อยลง

10



- ให้เงินสวัสดิการ (ในระดับรายได้ขั้นพื้นฐาน) สำหรับผู้ที่อยู่ในความยากจนสุดขีด
- ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลและครอบครัวที่มีความผิดปกติทางจิต
- ส่งเสริมและเพิ่มโอกาสในการเข้าสังคมแก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

11



- สร้างสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ที่สามารถลด ปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต
- ต้องมีการใช้สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลงอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันการเป็นพิษต่อระบบประสาท การทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย

13



- บูรณาการการการสนับสนุนทางจิตสังคมในความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับภัยธรรมชาติและผลกระทบอื่น ๆ จากการเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ
- รับฟังเสียงจากผู้ที่อยู่ในแวดวงด้านสุขภาพจิต เพื่อเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญ ของการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต

16



- พัฒนาและดำเนินการตามกฎหมายที่มีความก้าวหน้าและมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสิทธิมนุษยชน
- ป้องกันการกักขังผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในสถาบันต่าง ๆ เช่น เรือนจำและสถานดูแลเด็ก
- ดำเนินโครงการส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ

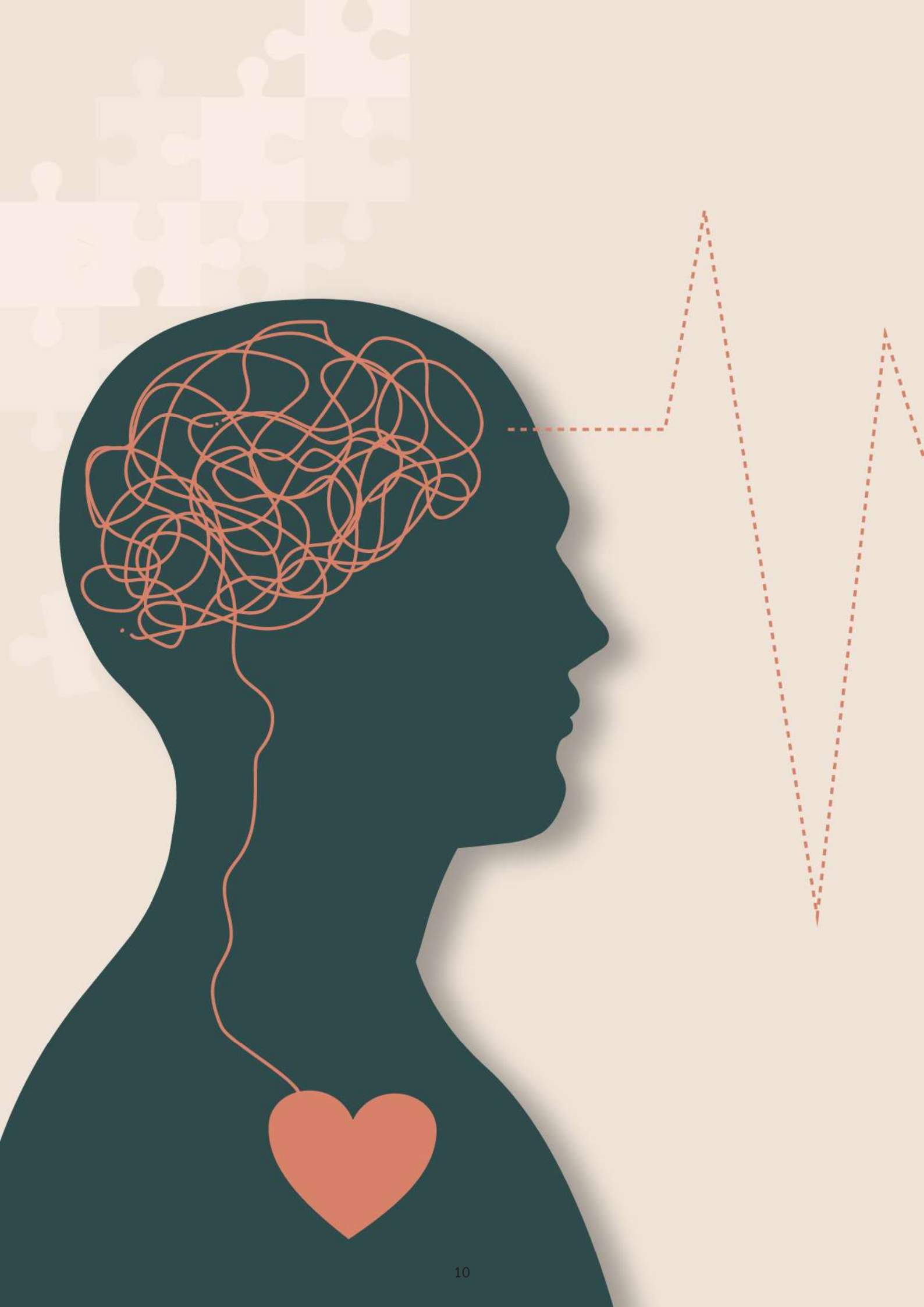
17

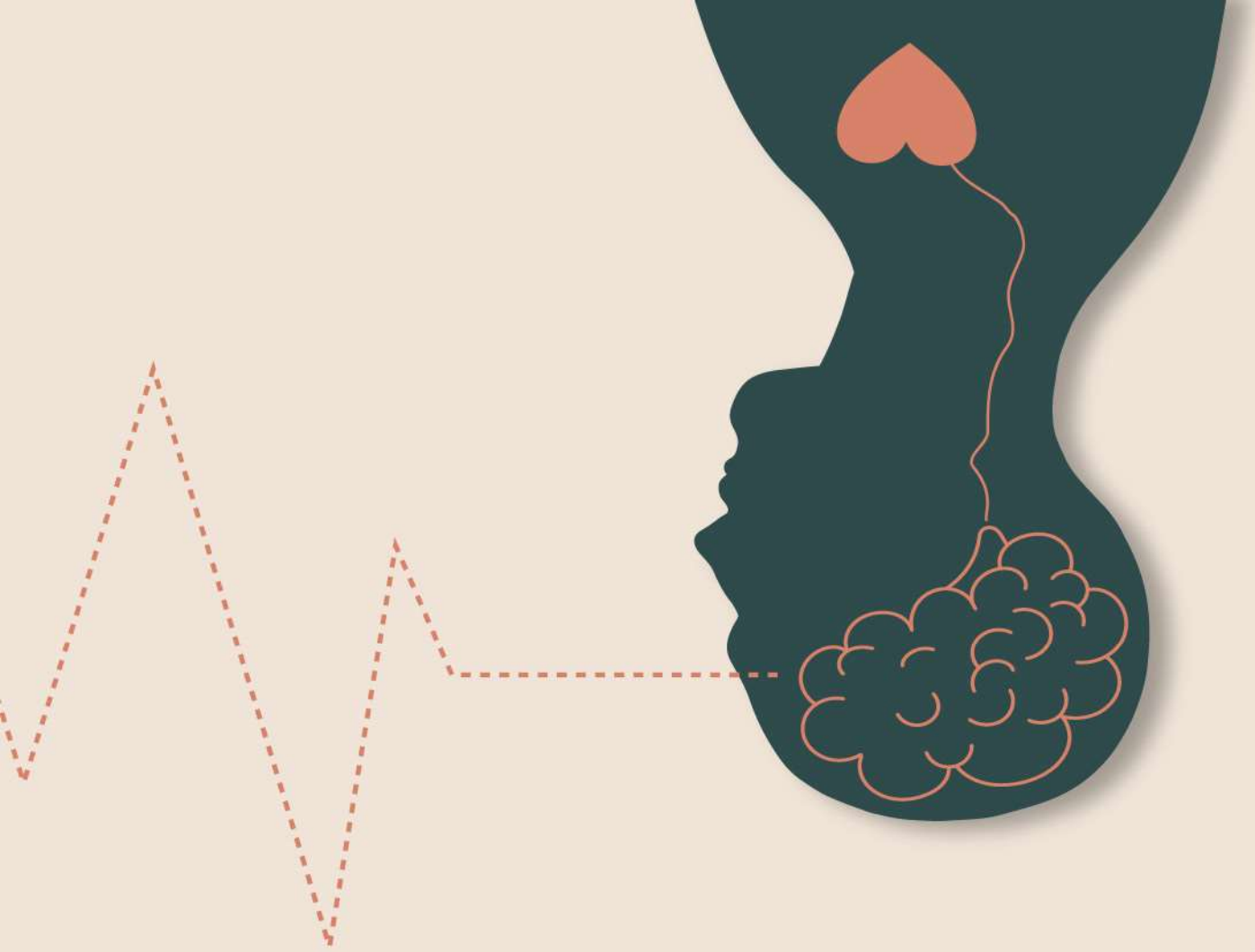


- แสดงผลกระทบของการดำเนินการแทรกแซงด้านสุขภาพจิตในภาคส่วนต่าง ๆ
- ที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- พัฒนาและทำให้การเป็นหุ้นส่วน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงวาระสุขภาพจิตระดับโลกมีความยั่งยืน

หมายเหตุ แปลและเรียบเรียงจาก The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็ม และศึกษาการดำเนินการอื่น ๆ ได้ที่ globalmentalhealthcommission.org[3]

[3] แปลโดย เนตรธิดาร์ บุนนาค สืบค้นจาก https://www.sdgmove.com/2021/05/18/social-determinants-of-mental-health-lancet-commission-on-global-mental-health-and-sustainable-development/





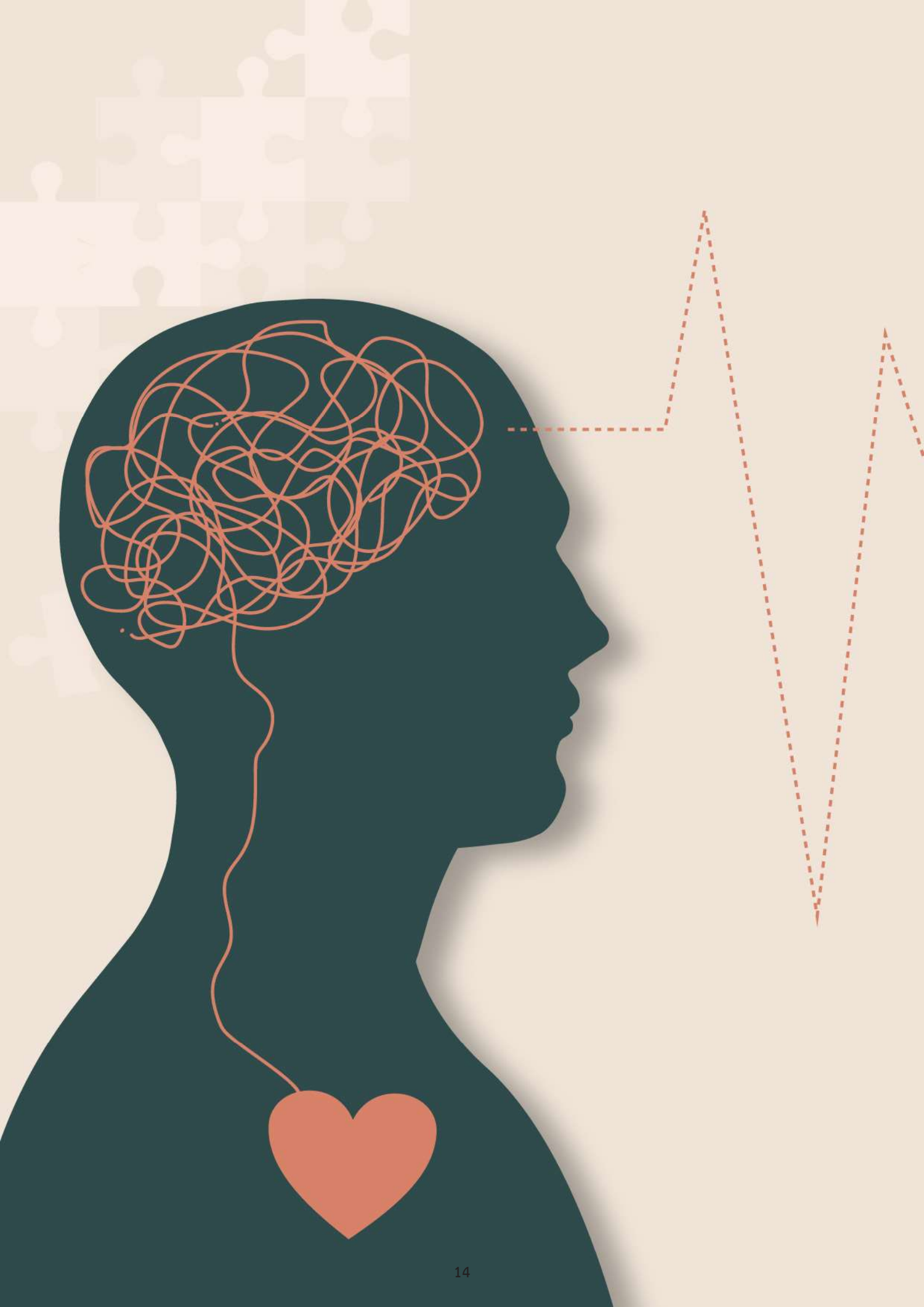
การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต ของ สสส. ในปัจจุบัน

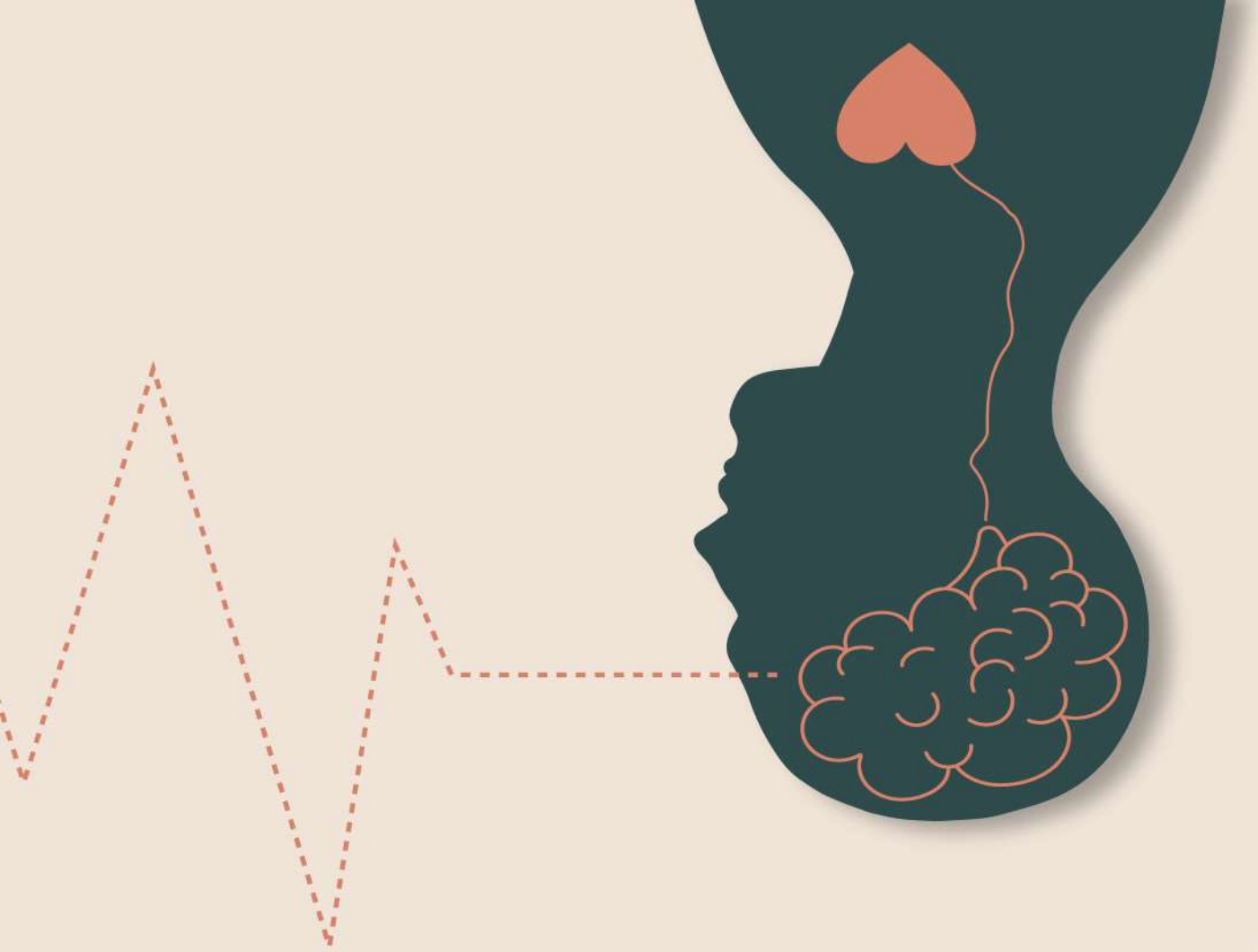
การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส. ในปัจจุบัน



ในการดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ **“ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี”** ด้วยยุทธศาสตร์ไตรพลังที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนด้วยพลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีครบทั้ง กาย จิต ปัญญา และสังคม หน่วยงานต่างๆ ของ สสส. มีการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตอยู่ในสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2) และสอดแทรกไปอยู่แล้วในการทำงานตามพันธกิจของแต่ละส่วนงานสำนักอื่นๆ อาทิ การดำเนินงานของสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) ซึ่งดำเนินการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (สำนัก 4) ที่มีพันธกิจหลักในการสนับสนุนสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในระบบนิเวศของเด็กและครอบครัว และสามารถใช้นวัตกรรมทางสังคม และเทคโนโลยี รวมทั้งสื่อสมัยใหม่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก 5) ดำเนินงานสนับสนุนกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพิ่มความกระฉับกระเฉง ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสุขภาพจิต ลดความเครียด ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ (สำนัก 7) ทำงานร่วมกับเครือข่ายระบบสุขภาพทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ โดยมีงานด้านสุขภาพจิตในการช่วยเหลือและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช และทำงานสนับสนุนสุขภาพจิตโดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตต่างๆ สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร (สำนัก 8) ซึ่งทำงานสนับสนุนสุขภาวะของประชากรวัยแรงงานในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีสุขภาวะ ลดความเครียด ทำงานอย่างมีความสุข สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) ขับเคลื่อนเพื่อให้ประชากรกลุ่มเฉพาะเห็นคุณค่าในตัวเอง และให้สังคมเข้าใจและลดช่องว่างที่เกิดจากความแตกต่างในมิติต่างๆ เพื่อขจัดปัญหาการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มเฉพาะ และสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา (สำนัก 11) ที่ดำเนินการให้คนทุกวัยรู้เท่าทันชีวิต เท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล ส่งเสริมการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อที่มีความเท่าทัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดจิตสำนึกความเป็นพลเมืองที่มีความมั่นคงภายใน

สสส. มีการดำเนินงาน
ด้านสุขภาพจิตโดยส่วนงานต่าง ๆ
อยู่แล้ว ตามบริบท
การทำงานของแต่ละสำนัก
อย่างไรก็ตาม แนวทาง
การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตนี้
จะช่วยชี้ทิศทางการดำเนินงานด้าน
สุขภาพจิตของ สสส.
ให้เกิดแรงผนึก มีพลัง และ
มีทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น





สถานการณ์สุขภาพจิต ในประเทศไทย

สถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย

ในการรายงานความสุขโลกของสหประชาชาติซึ่งสำรวจข้อมูลความสุขของประชากรใน 146 ประเทศระบุว่า ความสุขของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 ซึ่งประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 32 จนมาถึงในปี 2565 อยู่ในอันดับที่ 61 ในขณะที่สิงคโปร์อยู่อันดับที่ 27 และฟิลิปปินส์อันดับที่ 60[4] และจากรายงานดังกล่าวของปี 2566 ประเทศไทยปรับดีขึ้นมาอยู่อันดับที่ 60[5]

> **สุขภาพองค์รวม เริ่มต้นที่สุขภาพจิต**
> Whole health begins with
> MENTAL HEALTH

คะแนนสุขภาพจิตคนไทยเฉลี่ยอยู่ที่

33.53 คะแนน/45

จากการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดเมื่อปี 2563 รายงานว่า คนไทยมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) โดยภาคเหนือมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ ขณะที่กรุงเทพฯและปริมณฑลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าภาคอื่น ๆ และช่วงวัยเยาวชน (15-24 ปี) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าวัยอื่น และหากพิจารณาจากองค์ประกอบหลักด้านสุขภาพจิต พบว่า องค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุนสูงร้อยละ 82.0 สำหรับด้านที่อ่อนแอที่สุด คือ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ร้อยละ 64.3 ซึ่งองค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับการ สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจเป็นหลัก[6]

กรมสุขภาพจิตรายงานผลการสำรวจสุขภาพจิตเมื่อวันเดือนมกราคม 2565 ว่าคนที่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 8.38 อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการซึมเศร้าร้อยละ 9.86 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.46 มีภาวะหมดไฟ (Burn out) ร้อยละ 4.16 เฉพาะกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่า ร้อยละ 35.1 มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตแต่ยังไม่ถึงกับมีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.5 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 16.4 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย[7]

[4] Helliwell, J. F., Huang, H., Wang, S. & Norton, M. (2022). World Happiness, Trust and Social Connections in Times of Crisis. In World Happiness Report 2023 (11th ed., Chapter 2). Sustainable Development Solutions Network

[5] Helliwell, J. F., Huang, H., Norton, M., Goff, L., & Wang, S. (2023). World Happiness, Trust and Social Connections in Times of Crisis. In World Happiness Report 2023 (11th ed., Chapter 2). Sustainable Development Solutions Network

[6] กองสถิติสังคม. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ.2563.กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.

[7] Thai PBS (11 ม.ค. 65). เปิดตัวเลขโควิดทำคนไทยเครียดสูง 216,098 คน. สืบค้นเมื่อ 6 ก.ย. 2566 จาก https://www.thaipbs.or.th/news/content/311531

ข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ของกรมสุขภาพจิต รายงานอีกว่าคนไทยเครียด และซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 1-2 และคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน และมีสัดส่วนค่อนข้างสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี[8] นอกจากนี้ ในการศึกษาข้อมูลความเครียดเรื้อรัง (Chronic stress) ในปี 2562[9] พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวเนื่องกับความเครียดสูงถึง 717 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี[10] หรือประมาณ 25,468 ล้านบาทต่อปี ขณะที่ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย (Mental Health Check In : MHCI) พบว่า ในไตรมาสสองปี 2566 ผู้มีปัญหาความเครียด เสี่ยงซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย และมีภาวะหมดไฟสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสัดส่วนร้อยละ 19.36 จากผู้เข้ารับการประเมิน 2.5 แสนคน เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนที่มีสัดส่วน ร้อยละ 12.76 โดยมีจำนวนผู้ที่เสี่ยงซึมเศร้าสูงสุด รองลงมามีความเครียดสูง มีภาวะหมดไฟ และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตามลำดับ



จากข้อมูลของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี 2560-2564 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15 - 34 ปี) มีแนวโน้มจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น ด้านอัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศพบว่าใน มีแนวโน้มอัตราสูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี 2561-2564 เท่ากับ 6.32 คนต่อแสนประชากร 6.64 7.37 และ 7.8 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ[13]



ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต ซึ่งติดตามภาวะโรคซึมเศร้าที่พบมากขึ้นในคนไทย ยังได้ระบุอีกว่าผู้หญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย ข้อมูลในปี 2564 รายงานว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง หรือทั้งปีมีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว 4,000 คน หรือทั้งปีผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า นอกจากนี้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ขณะนี้การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ของประชากรอายุ 15-29 ปี รองจากอุบัติเหตุบนท้องถนน[11] โดยการมีอาการโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย[12]

[8] Thai PBS (23 ก.พ. 66). ป่วยจิต-ซึมเศร้าสถิติไทยพุ่ง 1-2%. สืบค้นเมื่อ 6 ก.ย. 2566 จาก https://www.thaipbs.or.th/news/content/324887

[9] Cigna (November 2019). Chronic stress: Are we reaching health system burn out? Retrieved on September 6, 2023 from https://www.cigna-global.com/static/docs/pdf/cigna-asia-care-report-18-nov.pdf

[10] อัตราแลกเปลี่ยน 1 USD = 36.52 บาท เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2566

[11] Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidologi, 7(2).

[12] WHO (31 March 2023). Depressive disorder (depression). สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2566 จาก https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

[13] ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นในวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น พ.ศ.2560-2564.เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติครั้งที่ 2565: กรมสุขภาพจิต; 2565

กรมสุขภาพจิตซึ่งทำหน้าที่หลักในการให้การรักษาและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชรายงานว่า **ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว**ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา จาก 1.4 ล้านคนใน ปี 2558 เป็น 2.7 ล้านคนในปี 2563 ปัญหาสุขภาพจิตเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต สำหรับประเทศไทยกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ในขณะที่การเข้ารับการรักษาได้น้อย[14]





ในขณะที่ข้อมูลต่าง ๆ สะท้อนถึงความเปราะบางด้านสุขภาพจิตของคนไทย กลับพบว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสำคัญ **ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้ากรมสุขภาพจิตรายงานว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นที่เข้าถึงการรักษา** จากสถิติกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตรายงานภาวะขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย โดยมีจิตแพทย์รวม 845 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1.28 คนต่อประชากรแสนคน นักจิตวิทยา (คลินิก) รวม 1,037 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1.57 คนต่อประชากรแสนคน พยาบาลจิตเวชรวม 4,064 คน คิดเป็นอัตราส่วน 6.14 คนต่อประชากรแสนคน[15]

อีกทั้งยังพบว่า ภาวะตึงตัวของการให้บริการด้านสุขภาพจิตทั้งจากจำนวนผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และขีดจำกัดด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ **โดยที่รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดระหว่างปี 2559-2563 พบว่าเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนติดอยู่ใน 10 อันดับแรกมาโดยตลอด** รองลงมาคือเชียงราย แพร่ ตาก น่าน และลำปาง ในขณะที่สัดส่วนของจิตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานครสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ส่วนบางจังหวัด เช่น ยโสธรมีเพียง 2 คน และมีเพียง 14 จังหวัดเท่านั้นที่มีสัดส่วนจิตแพทย์ต่อประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ



[14] สยามรัฐออนไลน์. ลดมายาคติ. ออนไลน์ 2563 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]. จาก https://siamrath.co.th/n/133319

[15] สุขภาพคนไทย (2566). ไทยขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตขนาดไหน? สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2566 จาก https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=167

[16] Rocket Media Lab (2022). ทรัพยากรสาธารณสุขไทยมากพอไหมในการให้บริการด้านจิตเวช? สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2566 จาก https://rocketmedialab.co/psy-resource/

[17] Pitakchinnapong, N., & Rhein, D. (2019). Exploration of the causation of stigmatization of mental illness in Thailand: perceptions of Thai university students. Human Behavior Development and Society, 20(2), 7-19.

[18] Pruksarungruang, J., & Rhein, D. (2022). Depression literacy: an analysis of the stigmatization of depression in Thailand. SAGE Open, 12(4), 21582440221140376.

และจากมุมมองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social determinants of mental health) ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพจิตกับปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ประชากรศาสตร์ ฯลฯ ตัวอย่างเช่น ปัญหาการตีตรา (Stigmatization) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่คุกคามผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมถึงบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ไม่ต้องการเข้ารับการรักษา หรือแม้กระทั่งปฏิเสธการมีปัญหาสุขภาพจิต จนอาการทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งการตีตราและการเลือกปฏิบัติเหล่านี้ เกิดจากทั้งการขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ในการสื่อสารและการปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และยังคงเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขอย่างเอาจริงเอาจังในประเทศไทย รวมทั้งปัญหาการได้รับประสบการณ์อันเลวร้ายในวัยเด็ก (Adverse childhood experiences) **ซึ่งเชื่อมโยงปัจจัยสังคมกำหนดหลายปัจจัยและมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่**[19]

นอกจากนี้ **มุมมองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต** ยังชี้ใช้เห็นว่าการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตเป็นงานที่ต้องดำเนินการร่วมกัน **สอดรับกัน ส่งต่อกัน ในระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในลักษณะพหุภาคี (multi-sector) ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรเอกชน ประชาสังคม และองค์กรเยาวชน ฯลฯ**[20]

ดังนั้น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มระดับประชากรทั่วไปด้วยการพัฒนามาตรการส่งเสริมและป้องกันก่อนเกิดโรคหรือมีภาวะความเสี่ยง การพัฒนาและขยายเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสุขภาพให้มีศักยภาพตามหลักวิชาการและมีมาตรฐาน รวมทั้งร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ จะช่วยลดช่องว่างการดูแลประชาชนในด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

[19] Thepthien, B. O., & Htike, M. (2020). Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. Cogent Psychology, 7(1), 1832403.

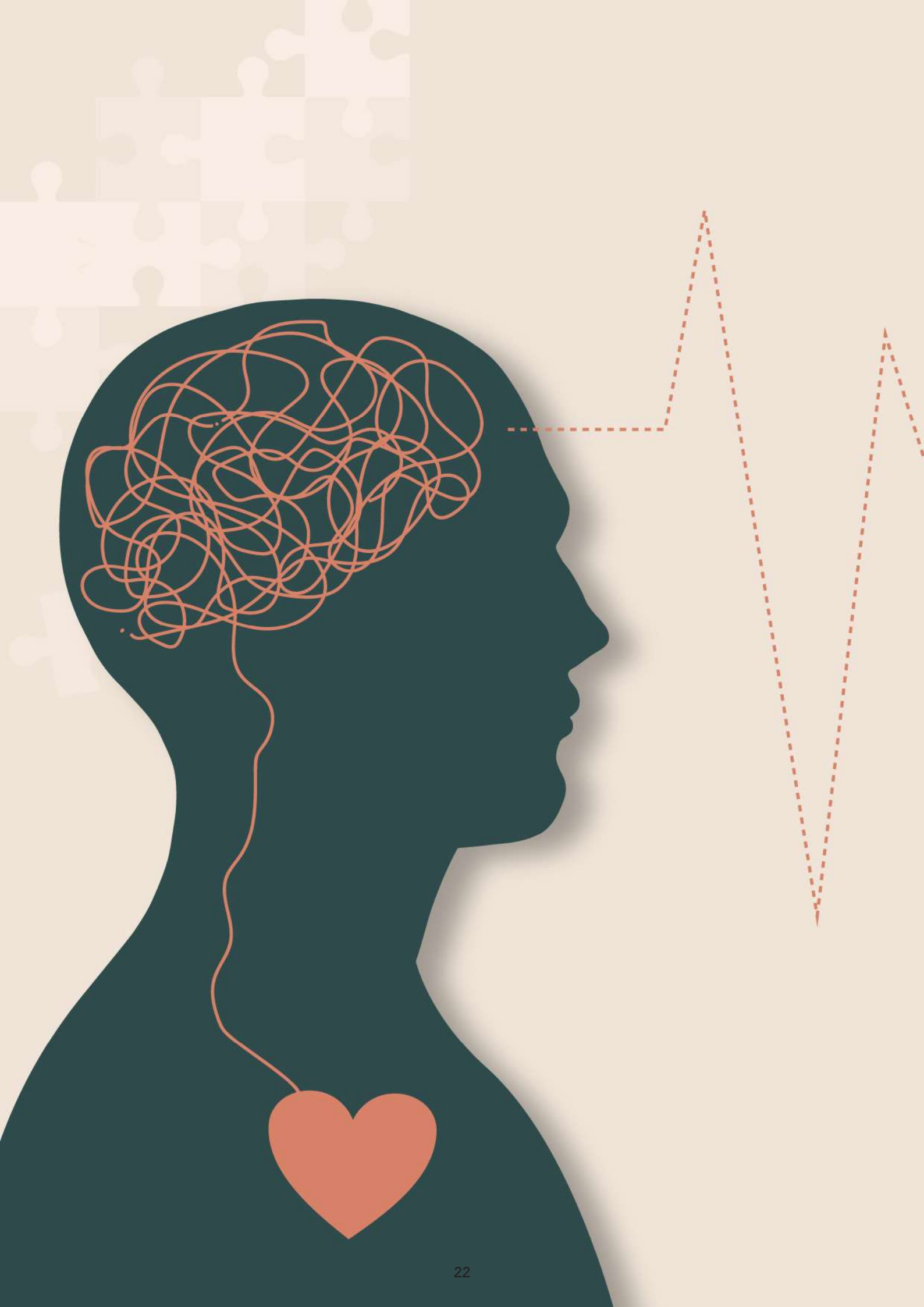
[20] UNICEF, Institute for Population and Social Research, Burnet Institute: Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific: Thailand Country Report. UNICEF, Bangkok, 2022, https://www.unicef.org/thailand/media/8871/file/MHPSS%20Report%202022.pdf

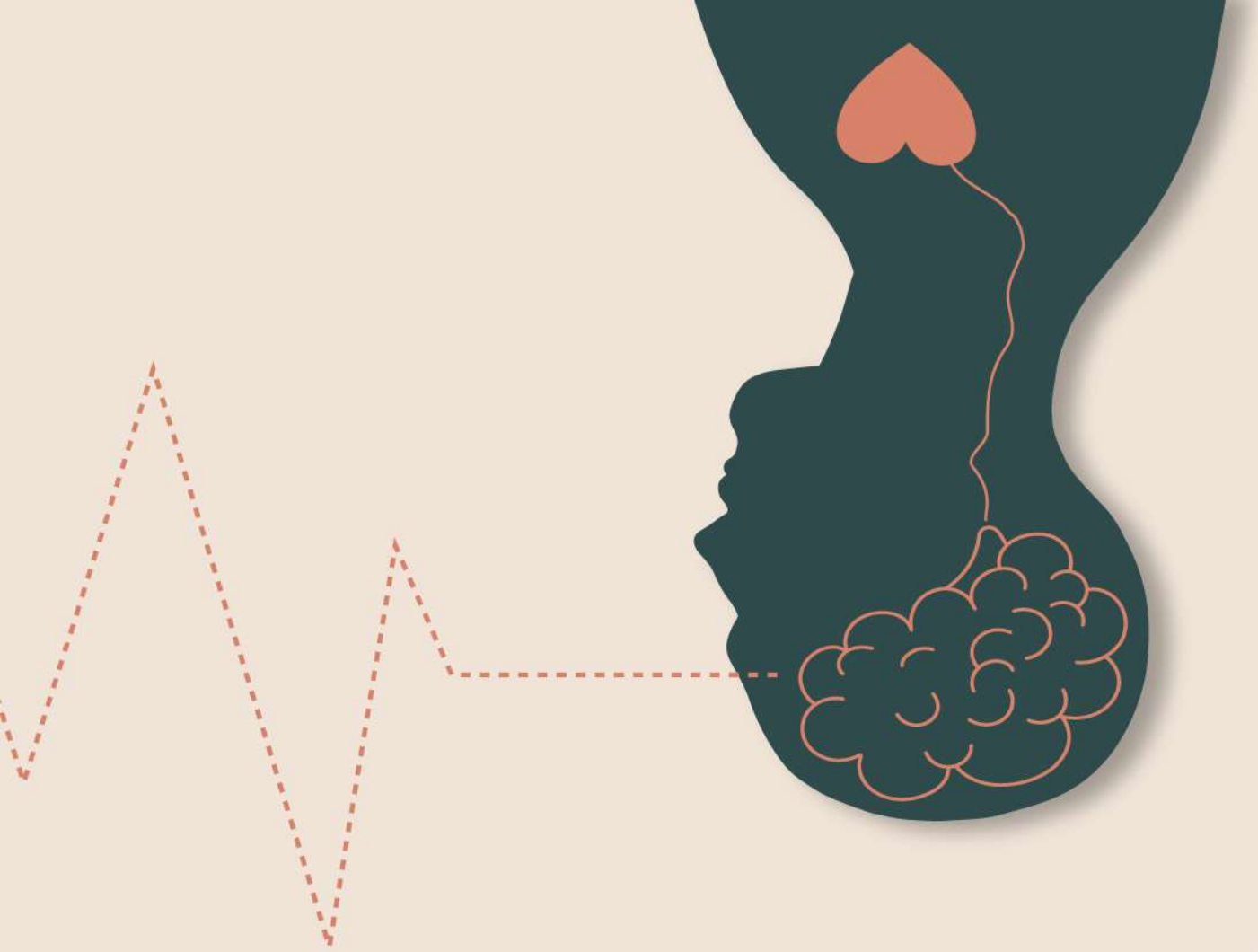
วาระสุขภาพจิต ในประเด็น “ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)” ได้ถูกนำเสนอในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 16 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 โดยที่ประชุมเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ความว่า *“ความรุนแรงในสังคมไทยนับวันจะมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะในมิติหรือประเภทใดก็ตาม ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างซับซ้อน ในการสร้าง “สังคมไทยไร้ความรุนแรง” ที่คนสามารถมีสุขภาวะและทำให้สังคมโดยรวมมีความยั่งยืนทางสุขภาพจิต* ***จำเป็นต้องพัฒนา “ระบบสุขภาวะทางจิต”ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคมอันครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล พฤติกรรม วิถีชีวิต การเยียวยารักษาไปจนถึงการออกแบบและพัฒนานโยบายที่เป็นไปตามหลักสากล*** *ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และเอื้อต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีสำหรับทุกคนในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ตามแนวทางการสร้างเสริม ป้องกันและคัดกรอง รักษา และฟื้นฟู รวมถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจกำหนดสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงรุก กระจายทั่วถึง ไม่ตีตรา เข้าถึงตามขั้นตอนการดูแลของกลไกในระบบสุขภาวะทางจิต สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม บริบทชุมชนพื้นที่ โดยคำนึงถึงกติกา พันธสัญญาและข้อตกลงทั้งในและระหว่างประเทศ”*



กลไกระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

รวมถึง การยกระดับการเสริมพลังกลไก การประสาน และการขับเคลื่อน ทั้งในระดับชาติและในระดับพื้นที่ บนพื้นฐานหลักวิชาการ การทำงานอย่างเป็นระบบ และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาวะทางจิตในระยะยาว โดยได้มีการนำเสนอกลไกระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง ทั้งนี้สมัชชาสุขภาพ ขอให้มีการรายงานผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพและติดตามวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ ๆ ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 19





การขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิต ระดับ Global

“ประชากรเกือบ 1 พันล้านคน มีภาวะทางสุขภาพจิต ถึงกระนั้น สุขภาพจิตก็ยังคงเป็นมิติด้านสุขภาพที่ถูกละเลยมากที่สุด”

คำกล่าวของนายอันโตนิโอ กุเตอเรส
เลขาธิการสหประชาชาติ เนื่องวันสุขภาพจิตโลก 10 ตุลาคม 2565

กรอบการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในระดับนานาชาติในปัจจุบันชาติในปัจจุบันมีหลายกรอบที่มีประโยชน์และใช้กันแพร่หลาย เช่น Mental Health Action Plan (2013 - 2030) และ Quality Rights Project ขององค์กรอนามัยโลก รวมทั้ง Sustainable Development Goals (SDGs) ส่วนในอดีต สสส. ก็ได้เคยพิจารณานำกรอบที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาร่วมกับ The Victorian Health Promotion Foundation และมหาวิทยาลัย Melbourne (ระยะเวลาของแผน 1999-2002)[21] มาประกอบการทำแผนยุทธศาสตร์ กรอบนี้เป็นกรอบแนวคิดที่คำนึงถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (social determinants of mental health) ซึ่งการใช้ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพจิตมาเป็นแนวในการทำงานนั้น ค่อย ๆ มี พัฒนาการและสมบูรณ์มากขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นส่วนหนึ่งของกรอบการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตขององค์กร นานาชาติหลายองค์กรในปัจจุบัน

รายงานฉบับนี้เลือกใช้กรอบการขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตโดยThe Lancet Commission On Global Mental Health and Sustainable Development[22] (Patel et al., 2018) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยคณะบรรณาธิการของวารสารทางการแพทย์ The Lancet โดยมีเป้าหมายในการหาแนวทางจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับโลก (Global mental health) ภายใต้กรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน กรอบแนวคิดนี้ มีความครอบคลุม และควบรวมการขับเคลื่อนของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Advocacy) เข้ากับเป้าหมายต่าง ๆ ของการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งกรอบนี้มีจุดแข็งหลายด้าน ดังนี้

1 มีจุดเน้นอยู่ที่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกรอบนี้นำประเด็นด้านสุขภาพจิตมาพัฒนาภายใต้กรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน และเน้นย้ำว่าสุขภาพจิตนั้น แม้จะเป็นเพียงประเด็นด้านสุขภาพประเด็นหนึ่ง แต่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น การลดความยากจน การเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social inclusion)

2 มีกรอบการทำงานที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมาจากงานวิจัยและข้อมูลที่มีคุณภาพ ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อเสนอแนะนำเชิงยุทธศาสตร์และนโยบาย ตลอดจนทิศทางและแนวทางปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม

[21] VicHealth. (1999). Mental health promotion plan foundation document 1999-2002. Victoria Health Promotion Foundation.

[22] Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & UnÜtzer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The lancet, 392(10157), 1553-1598.

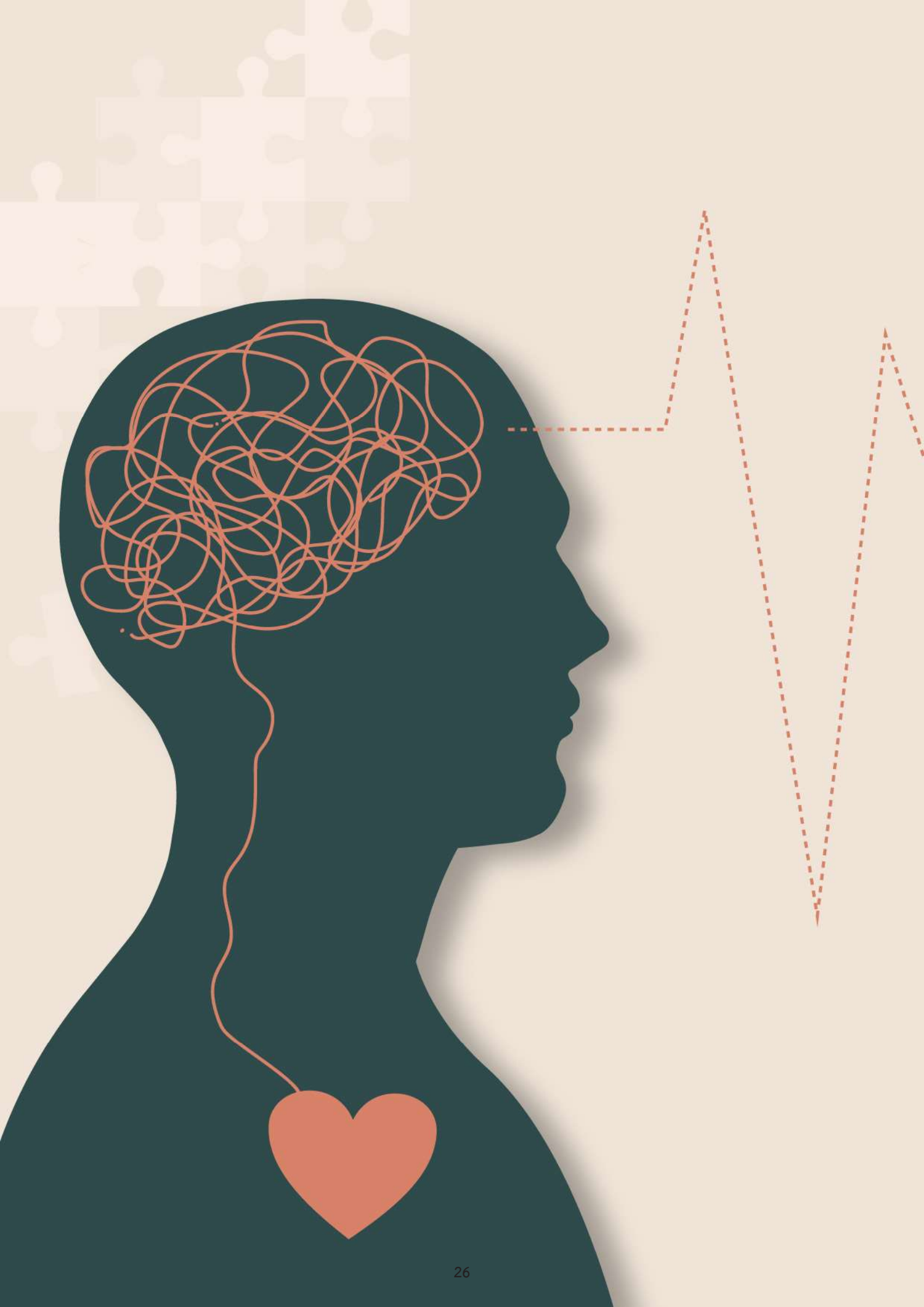
3 มีความเป็นสากล คณะทำงานตระหนักว่าปัญหาสุขภาพจิต โดยเป็นประเด็น สำคัญทั่วโลกซึ่งมีผลกระทบต่อทุกประเทศและภูมิภาคต่าง ๆ แนวทางนี้มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อองค์กร ที่ให้ทุนสนับสนุนในระดับประเทศ เนื่องจากทำให้เห็นภาพกว้างและเป็นพื้นฐานในการสร้างความร่วมมือและ แลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่มีประโยชน์

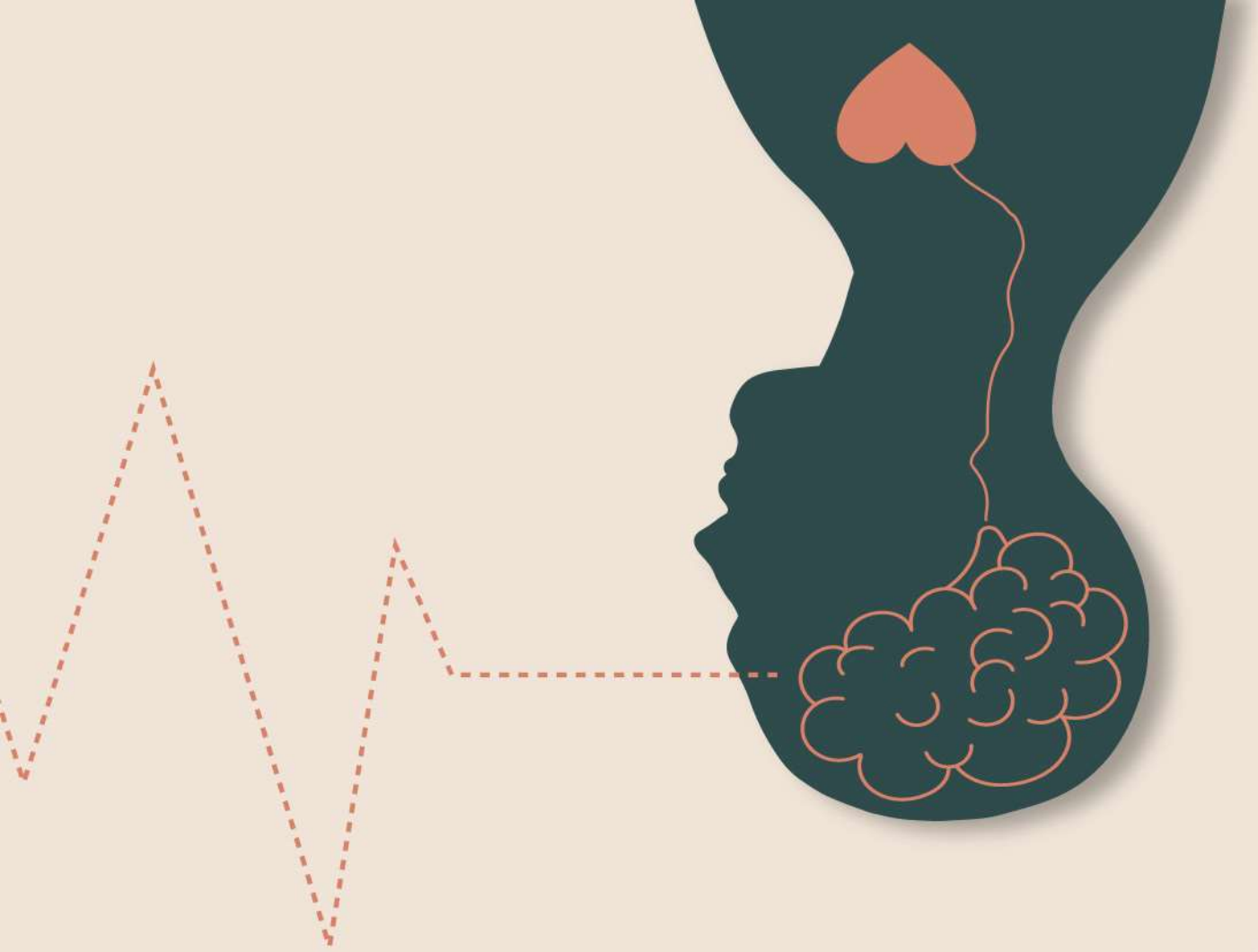
4 เป็นกรอบการทำงานในระยะยาวเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 5-10 ปี หรือนานกว่านั้นซึ่งจะสอดคล้องไปกับวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ให้ทุนสนับสนุน ในระดับชาติซึ่งปกติแล้วจะพยายามลงทุนในโครงการที่ทำให้เกิดความยั่งยืนและเกิดผลกระทบระยะยาว

5 เป็นกรอบสำหรับการทำงานร่วมกันของวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ การทำงานประสานสาขาตามแนวทางสหวิชาชีพ อาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เช่น สาธารณสุขเศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา สังคมวิทยา ซึ่งจะทำให้ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้นได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และเป็นองค์รวมซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จในระยะยาว

6 . สามารถนำไปใช้ร่วมกับกรอบแนวคิดอื่นได้ โดยกรอบแนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับกรอบการทำงานอื่น ๆ ในระดับโลกซึ่งรวมถึงกรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลก (Mental Health Action Plan) และ กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยสามารถใช้กรอบนี้ในการเชื่อมกรอบต่าง ๆ เข้าด้วยกันและถือว่าเป้าหมาย ของงานด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของงานด้านการพัฒนาและสาธารณสุขในภาพกว้าง

โดยเพื่อให้เกิดความกระชับและเป็นแนวทางหรือยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนอย่างเป็นองค์รวม จึงปรับใช้กรอบการขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตของ The Lancet Commission On Global Mental Health and Sustainable Development เป็น 5 ด้าน แต่ยังคงครอบคลุมสาระสำคัญเดิม ได้แก่ (1) ส่งเสริมและคุ้มครองด้านสุขภาพจิตด้วยนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (Promoting and protecting mental health through SDGs-oriented public policies) (2) การให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพจิตถ้วนหน้า (Universal mental health coverage) (3) การสร้างความตระหนักด้านสุขภาพจิตแก่สาธารณะ (Strengthening public awareness) (4) การขับเคลื่อนการดำเนินการต่าง ๆ ด้วยการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ (Research to guide implementation) และ (5) การติดตามและกำกับการดำเนินการด้านสุขภาพจิต (Monitoring & Accountability)





ช่องว่างยุทธศาสตร์ และแนวทางการขับเคลื่อนงาน ด้านสุขภาพจิตของ สสส.

ช่องว่างยุทธศาสตร์และแนวทางการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส.

ส่งเสริมและคุ้มครองด้านสุขภาพจิตด้วยนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน

การติดตามและกำกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต



ความคุ้มครองด้านสุขภาพจิตถ้วนหน้า

ขับเคลื่อนการดำเนินการด้านสุขภาพจิตด้วยงานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้

สร้างความตระหนักแก่สาธารณะด้านสุขภาพจิต

ส่งเสริมและคุ้มครองด้านสุขภาพจิตด้วยนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (Promoting and protecting mental health through SDGs-oriented public policies)



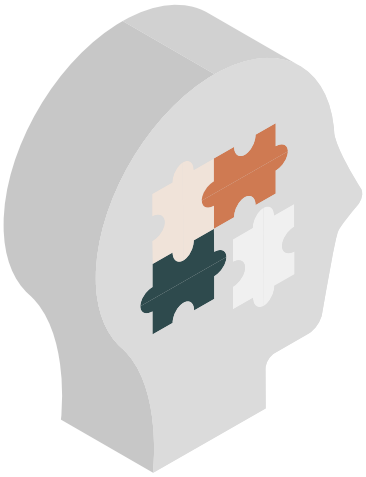
โดยภาพรวมนโยบายสาธารณะของไทยในมิติสุขภาพจิตยังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ได้อยู่บนแนวทางการมีส่วนร่วมโดยทุกภาคส่วน (Whole of society approach) เมื่อพิจารณานับตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้แก่ 1) หมวด 3 สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 2) หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 54 วรรคสอง 3) หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 71 และ 4) หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 พบว่าเนื้อหาทั้งหมดให้ความสำคัญในงานด้านการส่งเสริมสิทธิและคุ้มครองสุขภาพกายเป็นหลัก และไม่ได้มีการระบุถึงประเด็นทางด้านสุขภาพจิตไว้แต่อย่างใด ทั้งนี้ นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ที่ให้ความสำคัญในด้านสุขภาพจิตของไทยได้มีการระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 46 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดยมีการนำเสนอเนื้อหาความเชื่อมโยงระหว่าง สุขภาพกายและสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต และการสร้างความเข้าใจ รวมถึงการยอมรับผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิตในสังคม และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 โดยมีใจความสำคัญในการปกป้องคุ้มครอง ส่งเสริม และปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตตามหลักสิทธิมนุษยชน เป็นต้น

การให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพจิตด้วยนโยบายสาธารณะ (Protecting mental health with public policies) มีมิติที่ครอบคลุมถึงประเด็นการกำหนดยุทธศาสตร์และการดำเนินสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (Reframe MH in SDGs) และการผลักดันงบประมาณและการลงทุนด้านสุขภาพจิตของภาครัฐ (Investment in mental health)

การทำให้งานด้านสุขภาพจิตได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จึงควรกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งประเทศไทยให้การรับรอง และดำเนินการผลักดันตั้งแต่ พ.ศ.2559 ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมาการเชื่อมโยงดังกล่าวไม่เกิดเป็นรูปธรรมนัก ส่วนหนึ่งเนื่องจากภาคีและหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะต้นสังกัดยังไม่ได้อ้างอิงการทำงานของตนเอง กับ SDGs อย่างชัดเจน แม้งานต่างๆ ที่ดำเนินงานอยู่นั้นจะมีส่วนผลักดันการบรรลุเป้าหมาย SDGs ก็ตาม บางกรณี ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนว่างานของตนเองและเป้าหมาย SDGs ที่ตนเองขับเคลื่อนมีความเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตอย่างไร นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงานสุขภาพจิต Lancet Commission on Global Mental Health จึงเสนอแนะให้กลุ่มประเทศต่าง ๆ เพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพจิตร้อยละ 5 จัดสรรเป็นงบประมาณสำหรับจ้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน งบประมาณขนย้ายและส่งต่อผู้ป่วย งบประมาณประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดแผน และบูรณาการงบประมาณรวมถึงแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในนิยามความหมาย กลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการบริการ ตัวชี้วัด และการติดตามประเมินผลในรูปแบบที่ถูกต้องและตรงกันของ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวล้วนมีผลโดยตรงต่อการจัดสรร และการเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินงาน และประการสุดท้าย คือการมีระบบการประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ และความคุ้มค่าคุ้มทุนของงบประมาณที่ดำเนินการ

เมื่อพิจารณาเนื้อหาและใจความสำคัญของนโยบายทางด้านสุขภาพจิตของไทย กล่าวได้ว่าเนื้อหาที่มีเป็นเพียงการนำเสนอรายละเอียดในลักษณะภาพรวมเท่านั้น แต่ยังขาดเนื้อหาสำคัญในส่วนอื่น ๆ เช่น การระบุตัวชี้วัด แผนการปฏิบัติงาน บุคลากรผู้รับผิดชอบ การบริหารจัดการข้อมูล การปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงทางด้านสื่อและเทคโนโลยีสมัยใหม่ รวมถึงกลไกการบูรณาการและการทำงานร่วมกับภาคภาคีเครือข่ายและภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม (ทั้งในระดับกระทรวง หรือหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุข) อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหลักสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะในมิติของการส่งเสริมและการให้ความคุ้มครองสุขภาพจิต เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังต้องการกลไกที่จะอำนวยให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิตควรมุ่งไปที่การจัดการกับปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพจิต (Social determinants of mental health inequity) เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ไม่ให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางหรือรุนแรง โดยเฉพาะปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพจิตตั้งแต่วัยเด็กเพราะ มีผลกระทบสูงและต่อเนื่องสะสมกันจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยปัจจัยทางสังคมในวัยเด็กที่มีความสำคัญก็คือ ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (Adverse childhood experiences, ACEs) เช่น การถูกทารุณกรรมความรุนแรงในครอบครัว พ่อแม่หย่าร้าง ความเป็นอยู่ที่อัตคัด การถูกรังแก (bully) ซึ่งสามารถจัดการได้โดยนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เช่น การฝึกทักษะการเลี้ยงดู (parenting programs) การป้องกันความรุนแรงในครอบครัวหรือจัดการกับความรุนแรงแต่เนิ่นๆ ในครอบครัวที่มีความเสี่ยง การช่วยเหลือด้านสวัสดิการ และรายได้แก่หญิงตั้งครรภ์หรือมีเด็กเล็กในครอบครัวที่มีความเสี่ยง การช่วยเหลือพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว การป้องกันหรือจัดการกับปัญหากับปัญหาการรังแกในโรงเรียน



นอกจากนี้อุปสรรคพื้นฐานที่สำคัญมากประการหนึ่งเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตคือ การมองปัญหาด้านสุขภาพจิตแยกจากสุขภาพทางกาย (Physical health) และแยกจากมิติอื่น ๆ ในสังคม ทำให้มองไม่เห็นความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับปัจจัยสังคมกำหนดอื่น ๆ อย่างเป็นองค์รวมและยิ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานประสานกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดูแลรับผิดชอบปัจจัยสังคมกำหนดด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ

การทำให้งานด้านสุขภาพจิตได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ในฐานะที่เป็นสมบัติสาธารณะ (Public goods) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งยังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ต่อการพัฒนาทุนมนุษย์อันมีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม จะต้องชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่ประเทศไทยให้การรับรองและดำเนินการผลักดันตั้งแต่ พ.ศ.2559 ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ ภาคส่วนต่าง ๆ ดูแลรับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมาการเชื่อมโยงดังกล่าวไม่เกิดเป็นรูปธรรมนัก ส่วนหนึ่งเนื่องจากภาคีและหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะส่วนต้นสังกัดก็ยังไม่ได้อ้างอิงการทำงานของตนเองกับ SDGs อย่างชัดเจนเท่าที่ควร แม้งานต่าง ๆ ที่ดำเนินอยู่นั้นจะเกี่ยวข้องและผลักดันการบรรลุเป้าหมาย SDGs อยู่แล้วก็ตาม อีกทั้งยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนว่างานของตนเอง และเป้าหมาย SDGs ที่ตนเองขับเคลื่อนมีความเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตอย่างไร

ด้านการลงทุนของภาครัฐในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของไทย พบว่า มีสัดส่วนการใช้งบประมาณอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 0.3-2.4) ของงบประมาณประเทศ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนที่ควรจะเป็นของประเทศในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง ทั้งนี้ Lancet Commission on Global Mental Health เสนอแนะให้กลุ่ม ประเทศดังกล่าวเพิ่มงบประมาณเป็นร้อยละ 5 ซึ่งการบริหารจัดการงบประมาณอย่างจำกัดทางด้านสุขภาพจิต ในสัดส่วนดังกล่าว ได้ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินงานของภาครัฐ ทั้งในลักษณะการขาดแคลนงบประมาณ สำหรับจัดจ้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้บริการ การขาดงบประมาณขนย้ายและนำส่งผู้ป่วย ข้ามสถานพยาบาล และข้อจำกัดในการให้บริการให้คำปรึกษาและให้การรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต รวมถึงประเด็นสำคัญ ได้แก่ การมีขาดระบบการประกันสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความเพียงพอสำหรับผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต จากข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ ได้ส่งผลสำคัญต่อการให้บริการและพัฒนางานด้านสุขภาพจิตของภาครัฐ โดยพบว่ามีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ การขาดแคลนทุนดำเนินงาน และไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการก่อตั้งเป็นกองทุนสุขภาพจิต

ดังนั้น การบริหารจัดการงบประมาณของภาครัฐให้เกิดคุณภาพของระบบการเงิน จึงนับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการผลักดันงบประมาณสู่การปฏิบัติได้อย่างคล่องตัว เกิดการจ้างงานผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่ให้ บริการทางด้านสุขภาพจิต และเกิดการลงทุนด้านการบริการสุขภาพจิตในมิติต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดแผน และบูรณาการแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในนิยามความหมายกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการบริการ ตัวชี้วัด และการติดตามประเมินผล ในรูปแบบที่ถูกต้องและตรงกันของหน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวล้วนมีผลโดยตรงต่อการจัดสรร และการเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินงาน และประการสุดท้าย คือการมีระบบการประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ และความคุ้มค่าคุ้มทุนของงบประมาณที่ดำเนินการ

ประเด็นสำคัญที่ภาครัฐควรดำเนินการ คือการลงทุนในด้านการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต แก่ประชาชน เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง รวมถึงการสร้างเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพจิต รวมถึงเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและให้บริการทางด้านสุขภาพจิตทั้งในลักษณะการร่วมลงทุน การให้บริการคำปรึกษาและการสนับสนุนบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ทั้งในระดับส่วนกลาง และระดับชุมชน และให้ผู้มีประสบการณ์ตรงจากปัญหาสุขภาพจิต (Lived experiences) เข้ามามีส่วนร่วม

แนวทางการขับเคลื่อนของ สสส.

1 ทำหน้าที่ตัวกลางในการผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลัก ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่าย เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์หลักด้านสุขภาพจิตระดับประเทศ ซึ่งเป็นแผนที่ดำเนินการร่วมกัน เพื่อให้แผนดังกล่าวจะเป็นกลไกในการสร้างความเข้าใจพื้นฐานสำคัญต่าง ๆ ด้านสุขภาพจิตที่ตรงกัน อาทิ นิยามต่าง ๆ ตัวชี้วัด การติดตามประเมินผล การบริหารจัดการข้อมูล ฯลฯ มีทิศทางที่ชัดเจนร่วมกัน สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ครอบคลุมด้านสิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม เชื่อมโยงฐานข้อมูลบุคคลากรด้านสุขภาพจิตในหน่วยงาน และระดับต่าง ๆ

2 สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ใช้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการ ดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยงานย่อยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทราบถึงทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ตนเองกำลังดำเนินการ

3 สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน และสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชน มีนโยบายให้การส่งเสริม คุ้มครอง ด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการการจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences: ACEs) เพราะมีผลกระทบสูงและต่อเนื่องสะสมกันจนถึงวัยผู้ใหญ่

4 สนับสนุนและสานพลังภาคีเพื่อพัฒนาให้เกิดกองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติ การร่วมลงทุนจากภาคเอกชน ประชาสังคมและท้องถิ่น ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต และจิตสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้ว ให้มีสัดส่วนของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจน

5 ประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์ฯ) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ ในการจัดทำงบประมาณแบบบูรณาการเพื่อการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตหลายภาคส่วน

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต

เช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยยังเป็นปัญหา และมีอุปสรรคอยู่มากกับประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบาง เช่น คนที่มีรายได้น้อย แม้ว่าการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลนั้นมีอยู่และสามารถนำไปดำเนินการโดยใช้ต้นทุนไม่สูงนัก แต่การให้บริการการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลต่อผู้ที่มีความต้องการอย่างทั่วถึงยังทำได้ไม่ดี และเป็นเรื่องค่อนข้างเร่งด่วนในการขยายการให้การบริการการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลเหล่านี้ โดยการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิผล ควรได้รับการบรรจุอยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และถึงแม้ว่าในประเทศไทยการบำบัดรักษาทางด้านจิตเวช หลายชนิดจะได้รับการบรรจุอยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว แต่ยารักษาหลายชนิดที่มีประสิทธิผลยัง ไม่ได้รับการบรรจุเช่น ยาบำบัดการติดบุหรี่ ยาบำบัดการติดเหล้า หรือสุรา และการบำบัดทางจิตสังคม ที่มีประสิทธิผล เช่น การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้มีปัญหาทางจิตหรือยาเสพติดโดยใช้การจัดการรายกรณี (Case management) นอกจากนี้การให้บริการบำบัดด้านจิตเวชยังทำได้ไม่ดีนักในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยกลุ่มเป้าหมายหลักที่ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกคือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและมีปัญหาในการเข้าถึงการบริการซึ่งรวมถึงการบริการสุขภาพกาย



แนวทางหนึ่งที่ได้รับการศึกษาและมีหลักฐานยืนยันถึงมีประสิทธิผลคือ การกระจายงานให้บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตดำเนินการ (Task Sharing) ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญและเป็นหนึ่งในกลยุทธ์หลักในการขยายบริการด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามการแนวทางดังกล่าวต้องมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ให้ความร่วมมือและเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยจิตแพทย์ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเรื่องของการให้คำปรึกษาและการทำงานประสานร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (Lay mental health worker) อย่างเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ครูที่ปรึกษา และพัฒนามาตรฐานการให้บริการสำหรับบุคลากรเหล่านี้ รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น

สำหรับกลุ่มที่เป็นเด็กและเยาวชนนั้นการพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนควรได้รับการส่งเสริมการให้บริการและการบำบัดที่มีประสิทธิผลแต่เนิ่น ๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้ปัญหาสุขภาพจิตบานปลาย เรื้อรัง หรือรุนแรงในเวลาต่อมา

นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัลยังมีบทบาทช่วยให้ผู้ที่มีความต้องการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล การออกแบบให้บริการเหล่านี้ต้องมีความเป็นมิตรต่อผู้เข้ามารับบริการ และสามารถใช้ได้โดยไม่ยุ่งยากสำหรับผู้ที่มีทักษะทางด้านดิจิทัลจำกัด เทคโนโลยีดิจิทัลยังมีบทบาทในการฝึกอบรมทักษะในการให้การบำบัดด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญและการเป็นพี่เลี้ยงหรือให้ คำปรึกษาระยะไกล

ในทำนองเดียวกันการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มเปราะบางนั้น อาจทำได้โดยกลยุทธ์ที่กล่าวมาข้างต้น แต่ต้องพิจารณาเพิ่มงบประมาณสนับสนุนด้านการให้บริการแก่ผู้ที่มีรายได้น้อย การอำนวยความสะดวกให้ผู้เข้ารับบริการเข้าถึงบริการได้ง่ายและการให้บริการเชิงรุกเช่นการออกไปให้บริการในชุมชน การโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน การให้บริการด้านสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานโดยเฉพาะพนักงาน หรือลูกจ้างที่มีรายได้น้อยซึ่งอาจมีอุปสรรคต่าง ๆ เช่น การลางาน

แนวทางการขับเคลื่อนของ สสส.

1 ผลักดันและลงทุนกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบ Task sharing ด้วยการพัฒนาทักษะ และยกระดับบุคลากรจากวิชาชีพต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (Lay mental health worker) และเป็นบุคลากรหลักในการทำงาน (ไม่ใช่บุคลากรเสริม) ในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล โดยมีการสนับสนุนด้านงบประมาณ องค์ความรู้ ทักษะการให้บำบัดด้านจิตสังคม การเป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต มีการเชื่อมโยงในแนวราบ และบรรจุอยู่ชุดสิทธิประโยชน์ที่เบิกได้ของ สปสช. ในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล สนับสนุน Startup และ Social enterprise ให้พัฒนารูปแบบการบริการลักษณะนี้ หากพัฒนารูปแบบงานเป็นลักษณะเชิง ส่งเสริม ป้องกันได้ก็เป็นเรื่องดี แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านประสิทธิผลในการใช้ต้นทุน (Cost effectiveness) ในเรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตยังไม่มาก หลักฐานที่มีอยู่มีในเรื่องของการตรวจหาปัญหาและดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ และต่อเนื่องเพื่อไม่ให้ปัญหาพัฒนาไปเป็นปัญหาที่เรื้อรังรุนแรง

2 ผลักดันให้เกิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีลักษณะการทำงานที่เป็นมิตรกับผู้ใช้กลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ทั้งในการให้บริการสุขภาพจิต และการฝึกอบรมผู้ให้บริการสุขภาพจิต

3 ให้การสนับสนุน เช่น การให้แรงจูงใจในการพัฒนามาตรฐานการทำงานในการสร้างความเข้มแข็งด้านการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน หน่วยงานด้านยุติธรรม หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม ฯลฯ นอกเหนือจากการให้บริการที่สถานพยาบาล

4 ผลักดันให้เกิดการอำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุนการให้บริการสุขภาพจิตในหน่วยงานต่าง ๆ แก่ผู้ต้องได้รับบริการด้านสุขภาพจิต และการให้สิทธิในการลางาน การเบิกค่ารักษาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะบริการด้านจิตสังคมให้อยู่ในสิทธิการรักษาที่เบิกได้

5 ฝึกอบรมและแนะนำ การทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในภูมิภาค

คุณภาพการบริการ

การเพิ่มการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพจิตควรมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่ต้องการ ในการบำบัดฟื้นฟูจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการจึงควรให้ความสำคัญในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

การให้บริการที่มีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดยเน้นผลลัพธ์ด้านการบริการไปที่การอยู่ดีมีสุข การกลับไปใช้ชีวิตทำงานได้ตามปกติและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าผลลัพธ์เพียงอาการที่ดีขึ้น

การลดความล่าช้าในการรักษาด้วยการขยายการให้บริการให้มากขึ้น ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นในเรื่องของการลดอุปสรรคของการเข้ารับบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบบริการที่ให้การบำบัดรักษาแต่เนิ่นๆ โดยการค้นหาปัญหาและบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก (early intervention)

การปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ให้ขาดตอน (continuity of care) ทำได้โดยการพัฒนาระบบการบริการ ซึ่งประสานกับบริการที่จำเป็นอื่น ๆ เช่นบริการปฐมภูมิ บริการด้านสังคม และพัฒนาระบบการ จัดการรายกรณี (case management) ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง จากบริการสุขภาพและสังคมจากบุคลากรและสถานบริการที่หลากหลายต่าง ๆ และไม่หลุดออกจากระบบ การดูแลกลางคัน

การให้การฝึกอบรมและการให้คำปรึกษาต่อบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในด้านการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผล การใช้ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่เหมาะสมและการสะท้อนกลับไปที่ผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์

การใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานพยาบาล (quality assurance and standards)

แนวทางการขับเคลื่อนของ สสส.

1 ให้การสนับสนุนการเชื่อมประสานการทำงานหลายภาคส่วน (Multi-sector) เพื่อบรรลุการบริการด้านสุขภาพจิตแบบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) และการดูแลแต่เนิ่น ๆ และอย่างต่อเนื่อง (Early intervention service, EIS) รวมทั้งการพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี (Case management) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)

2 ให้การสนับสนุนการคัดกรองแต่เนิ่น ๆ ในประชากรกลุ่มต่าง ๆที่มีความเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น และลดความแออัดในสถานพยาบาล และการจัดระบบส่งต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตให้ได้รับการรักษาและฟื้นฟูในลำดับต่อ ๆ ไป จนหายดีและกลับคืนสู่สังคมเพื่อใช้ชีวิตได้ตามปกติ

3 ให้การสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน และคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่จำเป็น ทั้งในสถานพยาบาล และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตระดับต่าง ๆ

4 การผลักดันการเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตทั้งที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ และการให้การอบรมเพิ่มพูนทักษะด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Coaching and supervision) รวมทั้งผลักดันการลงทุนในการพัฒนาและยกระดับมาตรฐาน คุณภาพ และทักษะ ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรสหสาขาที่ดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบแบ่งงาน (Task sharing)

ปัญหาและความเข้าใจด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช การตีตรา และเลือกปฏิบัติ

การตีตรา (Stigmatization) เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งแม้จะปัญหานี้จะเป็นที่รับรู้และพยายามแก้ไขปัญหามาเป็นเวลานาน แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการตีตราเกิดจากความเข้าใจผิดและเป็นทัศนคติที่ต้องอาศัยเวลาในการแก้ไข ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมักถูกมองว่าเป็นอันตรายต่อสังคม ทำให้พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ ตลอดจนบุคคลใกล้ชิดรู้สึกอับอาย ชุมชนหวาดกลัว รังเกียจ กระทำการต่อต้านในลักษณะต่าง ๆ และในบางกรณี ตนเอง พ่อแม่ และบุคคลใกล้ชิดปฏิเสธ หรือยอมรับไม่ได้ ว่าเป็นผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งทำให้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ และมีอาการรุนแรงขึ้น

การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ไม่เฉพาะเพียงแต่การเลือกปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเท่านั้น แต่การเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจาก เชื้อชาติ ศาสนา เพศ รูปลักษณ์ภายนอก แนวคิด เศรษฐฐานะ ล้วนแต่ทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ และนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ถูกเลือกปฏิบัติทั้งในการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณะ การร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้งการเข้ารับการรักษาจะทำให้เกิดผลกระทบที่ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพจิตรุนแรงขึ้น

การตีตราและการเลือกปฏิบัติเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเกิดขึ้นกับทั้งบุคคลทั่วไปในสังคม รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพจิต หรือมีความรู้ ความเข้าใจแต่ขาดความระมัดระวังในการใช้คำพูด หรือการแสดงออก โดยเฉพาะต่อเด็กและเยาวชนซึ่งยังขาดประสบการณ์ และความเข้มแข็งทางจิตใจ

แนวทางการขับเคลื่อนของ สสส.

1 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (Mental health literacy) ให้กับคนในสังคม สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถเจ็บป่วยได้ และสามารถรักษาได้ และปัญหาด้านสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคล แต่เป็นประเด็นสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กับชุมชน และสังคมในภาพรวมทุกระดับ

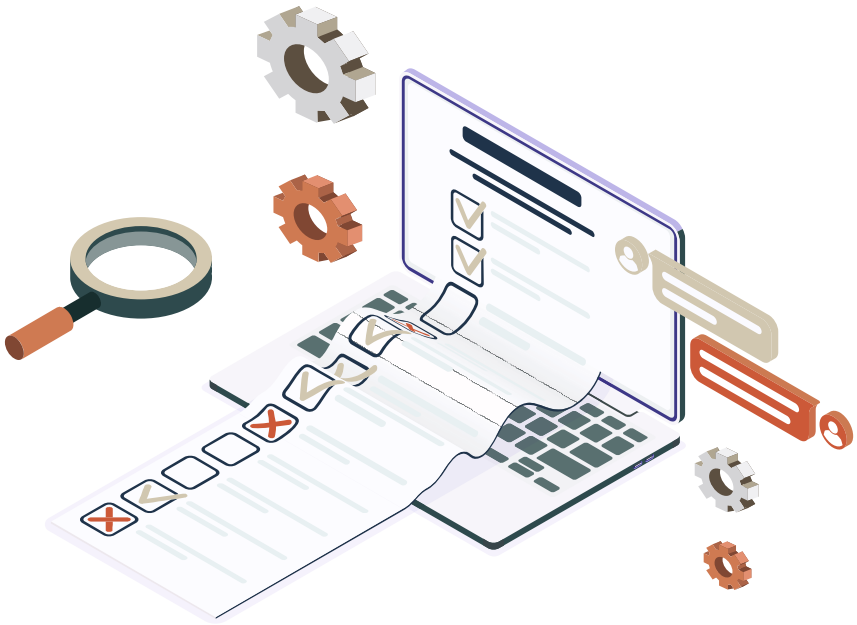
2 ขับเคลื่อนและรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อลดการตีตราผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบทั้งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเปราะบาง และเปราะบางซ้ำซ้อน และบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังไม่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์และสร้างความเสียหายทางจิตใจ ชื่อเสียงเกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใด ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะทำให้ปัญหาด้านการตีตรา และการเลือกปฏิบัติรุนแรงขึ้น

3 ส่งเสริมมาตรการการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น สร้างพื้นที่เพื่อให้เกิดการเสวนาทางสังคม (Social dialogue) เพื่อกระตุ้นให้สังคมมีมุมมองเชิงบวกต่อผู้มีปัญหา ด้านสุขภาพจิต การดึงศักยภาพ/ ด้านดี ของผู้ป่วยออกมาให้สังคมรับรู้ จะช่วยลดการการตีตราผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิผลในการบำบัดรักษาผู้ป่วย เช่น การฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วยสุขภาพจิต เพื่อลดการกลับมาป่วยซ้ำและกลับไปทำงานได้ การพัฒนาและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยผ่านระบบการจ้างงานแบบประคับประคอง (Supported employment) จะช่วยแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วย

4 สื่อสารเพื่อให้สังคม ผู้ปฏิบัติหน้าที่ และผู้กำหนดนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ได้รับทราบถึงความรุนแรงและภาระทางเศรษฐกิจของปัญหาสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีที่ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการที่ปัญหาด้านสุขภาพจิตยังไม่ได้รับการแก้ไข การลงทุนการขับเคลื่อนเท่าที่ควร

5 ให้การสนับสนุนเพื่อการเปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และบุคคลใกล้ชิดที่มีประสบการณ์ตรง (Lived experiences) กับปัญหาสุขภาพจิต เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการขับเคลื่อนต่าง ๆ ซึ่งมีหลักฐานจากการศึกษาพบว่าสามารถลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ เพื่อการสร้างเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตตั้งแต่การผลักดันนโยบาย กำหนดมาตรการต่าง ๆ การให้การช่วยเหลือ การออกแบบการบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของบุคคลและภาคส่วนต่าง ๆ ฯลฯ

ขับเคลื่อนการดำเนินการด้านสุขภาพจิตด้วยงานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ (Research to guide implementation)



การพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมต้องอาศัยการสนับสนุนด้านวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ และมีความชัดเจน และเนื่องจากงานด้านสุขภาพจิตมีทั้งความซับซ้อนในแง่ของกลไกทางสมอง การรับรู้ ความรู้สึก และกายภาพ รวมทั้งความกว้างขวางในแง่ปัจจัยเชิงสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ทำให้การบูรณาการองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่มีการผสมผสานเกี่ยวเนื่องสนับสนุนกัน (Convergence of knowledge) จากหลากหลายศาสตร์ และสร้างความเข้าใจในธรรมชาติของปัญหาด้านสุขภาพจิต และแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง

ในขณะที่การค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกลไกสมอง และสรีรศาสตร์ เป็นประเด็นการวิจัยหลักของสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์ แต่ความก้าวหน้าในการวิจัยและข้อค้นพบต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานในเชิงการขับเคลื่อนทางสังคมและสภาพแวดล้อมในแง่ของการสนับสนุน ส่งเสริม และป้องกันด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม เป็นองค์ความรู้สำคัญที่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและหนุนเสริมกันอย่างสอดคล้องและมีพลัง

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการค้นพบเทคโนโลยีใหม่ ๆ และวิถีการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันของคนที่เปลี่ยนแปลงไปเปิดโอกาสสำคัญให้แก่การพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์ (Robotic technology) ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence) การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital platform) เพื่อให้เข้าถึงประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

และแม้ว่าที่ผ่านมา สสส. จะได้มีการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างการแทรกแซง (Interventions) ด้านสุขภาพจิตโดยตรง หรือมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับมิติต่าง ๆ ด้านจิตสังคม แต่ยังขาดการวิจัยเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation research) ที่มีการขยายผล (Scale up) ทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรให้กว้างขวาง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทเฉพาะอย่างเหมาะสม

ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยการลงทุนในงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้น และเป็นการวิจัยข้ามศาสตร์ ข้ามหน่วยงานที่ต้องมีการบูรณาการอย่างมีระบบและประสิทธิภาพ

แนวทางการขับเคลื่อนของ สสส.

1 ผลักดันการเพิ่มงบประมาณในการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา โดยเน้นการวิจัยข้ามศาสตร์และข้ามหน่วยงานเพื่อสร้างความเข้าใจและองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม

2 ตั้งโจทย์วิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยเพื่อการนำสู่การปฏิบัติจริงในวงกว้าง (Implementation research) และการขยายผล การวิจัยระบบสุขภาพจิต (Mental health system research) โดยเฉพาะการคัดกรองและดูแลแต่เนิ่น ๆ (Early intervention services, EIS) ซึ่งรวมทั้งระบบการเงินการคลังเพื่อขับเคลื่อนสุขภาพจิต (Mental health financing) วิจัยเชิงนโยบายสุขภาพจิต (Mental health policy research) การวิจัยเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต (Mental health services research) การวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนประสิทธิผลของการลงทุนด้านการป้องกันและการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต การสรรหาทีมวิจัยที่มีคุณภาพดำเนินการวิจัย รวมทั้งการฝึกอบรมด้านระเบียบวิธีวิจัยเหล่านี้แก่นักวิจัย เพื่อให้นักวิจัยมีทักษะในการทำงานวิจัยลักษณะดังกล่าว ไม่ยึดติดกับงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาเพียงอย่างเดียว

3 สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อสนับสนุนการลงทุนด้านสุขภาพจิต อาจร่วมกำหนดนโยบายด้านงานวิจัยด้านสุขภาพจิตระดับชาติร่วมกับ วช. และ สกสว. และ สวรส. เพื่อนำผลและข้อมูลจากการวิจัยมาพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทาง การบริหารจัดการงบประมาณและการลงทุนด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4 สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับการลดการตีตรา (Stigmatization) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต

5 มุ่งเน้นการวิจัยเพื่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัล และเทคโนโลยีใหม่อื่น ๆ อาทิ เทคโนโลยีหุ่นยนต์ ปัญญาประดิษฐ์ สื่อโซเชียล เพื่อนำมาใช้ในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม ทั้งในแง่การคัดกรองแต่เนิ่น ๆ การป้องกัน สนับสนุนและส่งเสริม โดยคำนึงถึงศักยภาพ และขีดความสามารถ รวมทั้ง ประเด็นอ่อนไหวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีกับมนุษย์ เพื่อให้คนเข้าถึงบริการดีขึ้น และฝึกอบรมบุคคลากรทั้งผู้เชี่ยวชาญ และไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ในการให้บริการที่มีประสิทธิผล

6 พัฒนาความรู้และเผยแพร่ความเข้าใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต ได้แก่ SDG 1 ขจัดความยากจน SDG 2 ขจัดความหิวโหย SDG 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี SDG 5 ความเท่าเทียมทางเพศ SDG 8 งานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ SDG 10 ลดความเหลื่อมล้ำ SDG 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน SDG 13 การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ SDG 16 ความสงบสุข ยุติธรรม และสถาบันเข้มแข็ง และ SDG 17 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และจัดการแลกเปลี่ยนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิต กับหน่วยงานและภาคีที่ร่วมผลักดันงานด้านสุขภาพจิต

7 ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายผู้รับทุนเห็นความสำคัญและระบุการดำเนินโครงการต่าง ๆ ผลักดันเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต และกำกับติดตาม ประเมินผลภาพรวมการผลักดันเป้าหมายเหล่านี้ของ สสส.

การติดตามและกำกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต (Monitoring & Accountability)



ระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในแต่ละด้านยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตตามกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ทั้งนี้ในการกำหนดกรอบการประเมินแต่ละด้านยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบหลัก ที่จะมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นนั้น ๆ นอกจากนี้การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตเป็นงานที่ต้องมีการติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อลดการกลับมา ป่วยซ้ำ หรือไม่สามารถคืนสู่การใช้ชีวิตตามปกติในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังขาดกลไกการออกแบบตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่ครอบคลุมไปถึงตัวชี้วัดของระบบการดูแลสุขภาพจิตที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต อาทิ ความยากจน ความไม่เท่าเทียม และการเข้าถึงการศึกษา

นอกจากนี้ การติดตามประเมินผลที่ผ่านมายังขาดการจัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรทรัพยากร การประกันคุณภาพ การสร้างขีดความสามารถการประเมินผลกระทบและการติดตาม ทำให้ขาดความต่อเนื่องและไม่ครบวงจร ดังนั้น ในระดับชาติ จึงควรปรับปรุงการติดตามผ่านการกำกับดูแลแบบอิสระและระหว่างภาคส่วนที่ทำหน้าที่ในประเด็นสุขภาพจิตคล้ายกัน โดยเน้นไปที่การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพจิตของประเทศตามกรอบ SDGs เป็นสำคัญ

ในด้านงบประมาณที่ใช้สำหรับการติดตามประเมินผลยังขาดหน่วยงานกลางที่จะดูแลและจัดสรรงบประมาณแบบบูรณาการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันฐานข้อมูลที่ใช้สำหรับการติดตามประเมินผล ขาดการบูรณาการที่เป็นระบบ ในบางด้านมีการเก็บซ้ำซ้อน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานที่ขับเคลื่อนนโยบายกับหน่วยปฏิบัติในระดับพื้นที่

ในเชิงนโยบาย ยังขาดกลไกการติดตามประเมินผลในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต อาทิ กลุ่มเยาวชนหรือผู้ที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรม กลุ่มผู้ติดยาเสพติด เยาวชน รวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต ดูแลและฟื้นฟูที่เฉพาะเจาะจงตามคุณลักษณะของแต่ละกลุ่ม รวมถึงการประเมินที่ผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ที่ต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือเชื่อมั่น ก่อนที่จะนำมาใช้ ก็ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร กลไกที่จะติดตาม อาจจะต้องบูรณาการหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

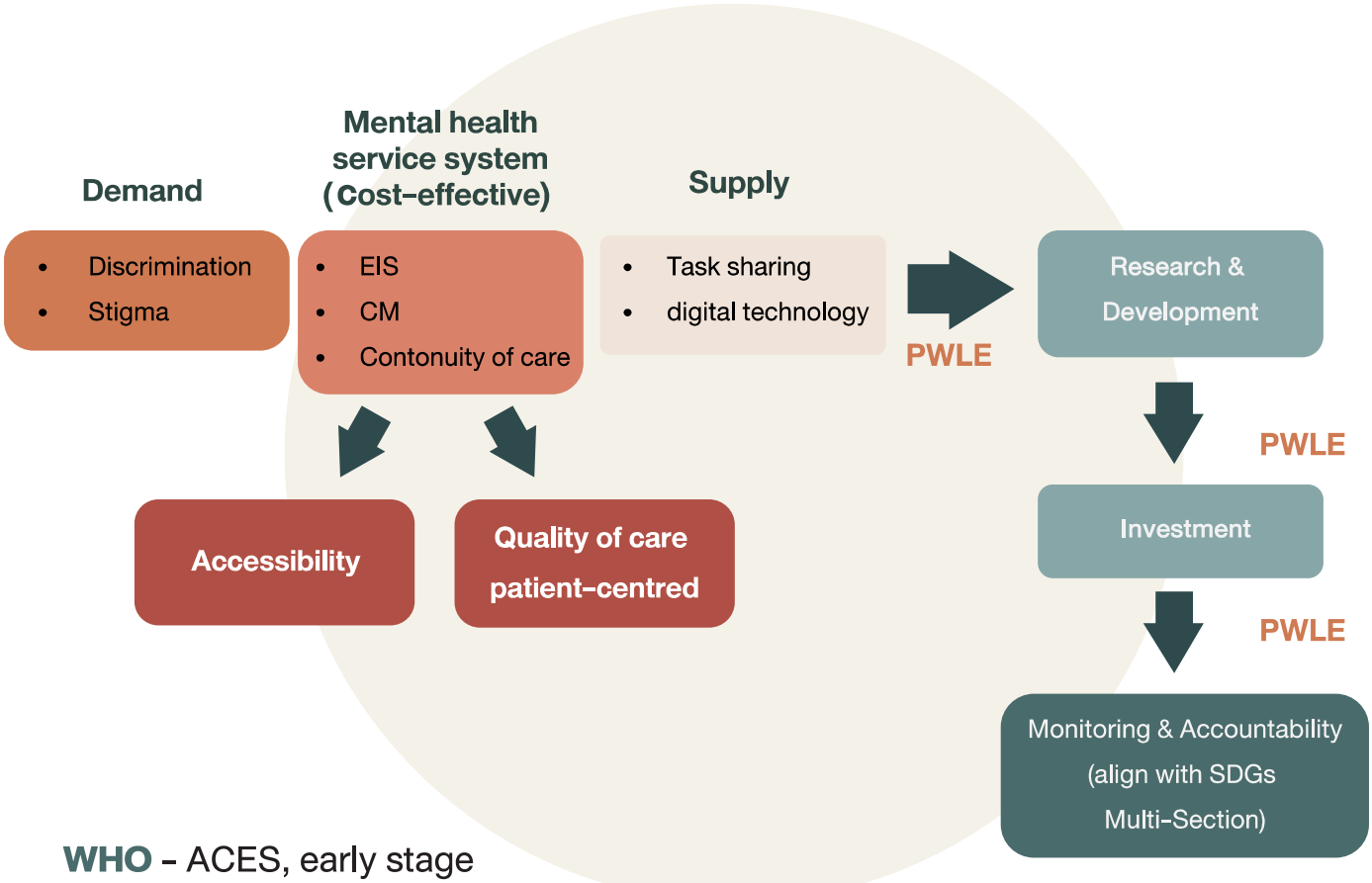
แนวทางการขับเคลื่อนของ สสส.

1 สนับสนุนและเสนอแนะการพัฒนาระบบการติดตามงานสุขภาพจิตร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และภาคส่วนอื่น ๆที่เกี่ยวข้อง (Multi-sector) ที่สะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงของงานสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านนโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟู ทั้งนี้ ควรออกแบบระบบและเครื่องมือการติดตาม ที่ทำให้เห็นภาพรวมของงานสุขภาพจิต โดยมีการบูรณาการการติดตามกับระบบสุขภาพจิตของประเทศ

2 สนับสนุนการทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ฐานข้อมูล และตัวชี้วัดกลาง โดยบูรณาการงานด้านสุขภาพจิตทุกระดับ ด้วยการตอบตัวชี้วัดร่วมกัน และทำงานผ่านฐานข้อมูลเดียวกัน โดยเป็นฐานข้อมูลระยะยาว (Longitudinal cohort data) ด้านสุขภาพจิต ที่มีความเป็นปัจจุบันและทันสมัย โดยที่หน่วยงานทั้งส่วนกลางและภูมิภาคสามารถดึงข้อมูลไปใช้ในการผลักดันงานด้านสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ จะทำให้การวางแผนกำกับติดตามเป็นระบบ ตรวจสอบได้ง่าย และน่าเชื่อถือ

3 สนับสนุนให้เกิดฐานข้อมูลสุขภาพจิตในระดับชุมชน เช่น ความเครียดของคนในชุมชน ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของคนทุกกลุ่มวัย จำนวนผู้ป่วยด้านจิตเวชในชุมชน ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพจิต (Mental health inequity) ความไม่เท่าเทียมด้านการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการสุขภาพจิตนอกสถานพยาบาล เช่น โรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน การตีตรา การเลือกปฏิบัติ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ในขณะเดียวกันหน่วยงานในระดับนโยบายสามารถดึงข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทาง และแผนการทำงานได้ด้วย และสามารถติดตามการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่นั้น ๆ ได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

สรุปแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน ปรับจากข้อเสนอแนะของ Lancet Commission on Mental Health



คำอธิบายแผนภูมิ

ระบบการบริการสุขภาพจิต (Mental health service system) ในแผนภูมินี้ครอบคลุมทั้งนโยบาย มาตรการและการบริการในภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental health prevention) การสร้างเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion) และการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต (Mental health care service) ในระบบบริการสุขถาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) ซึ่งรวมถึงสุขภาพจิตนั้น การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (Accessibility) ในด้านต่าง ๆ นั้น มีความเกี่ยวข้องกับกลไกหลัก 2 ด้าน คือ อุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) ด้านอุปสงค์ (Demand side) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการเข้ารับบริการ โดย Lancet เสนอให้จัดการกับอุปสรรคที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การตีตรา (Stigma) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) โดยใช้มาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับถึงประสิทธิผล

ด้านอุปทาน (Supply side) ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ประเด็นหลักที่ต้องพิจารณาและให้ความสำคัญ คือ การขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการด้านสุขภาพจิต Lancet เสนอว่า มาตรการบรรเทาการขาดแคลนบุคลากรที่มีประสิทธิผลคือ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตได้มีบทบาทในการบริการ (Task sharing) โดยดึงบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ มาช่วยในการบริการให้มากขึ้น ฝึกทักษะการบำบัดและการให้บริการ และบุคลากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษากับบุคลากรเหล่านี้ นอกจากนี้เทคโนโลยี จะมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเพิ่มอุปทานในด้านบริการสุขภาพจิต คือ เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ที่มีความต้องการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ง่ายขึ้น และยังสามารถใช้เป็นแพลตฟอร์ม ในการฝึกทักษะ อบรม ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดและให้บริการ

ในภาคบริการ (Service) Lancet เสนอว่า ระบบการบริการสุขภาพจิตที่ดีควรมีลักษณะที่เข้าถึงได้ง่าย (Accessibility) และมีคุณภาพการบริการที่ดีที่เน้นผู้มารับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient or person-centered) รวมทั้งมีต้นทุนและประสิทธิผล (Cost effective) ที่ดี รูปแบบการบริการที่มีลักษณะดังกล่าวและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับได้แก่ การให้บริการเชิงรุกที่เน้นการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตแต่เนิ่น ๆ และดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและต่อเนื่อง (Early intervention services, EIS) การจัดการรายกรณีในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังและซับซ้อน (Case management, CM) รวมถึงรูปแบบการบริการที่เน้นเรื่องการดูแลรักษาต่อเนื่อง (Continuity of care) เพื่อไม่ให้หลุดออกจากระบบการรักษา เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับผลลัพธ์การรักษาที่ดีในระยะยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เป็นภาระกับครอบครัวและสังคม

จะเห็นได้ว่าประเด็นด้านอุปสงค์ อุปทาน และการพัฒนาระบบการบริการที่มีลักษณะพึงประสงค์ดังกล่าว เป็นเรื่องที่ต้องมีการพัฒนาและศึกษาวิจัยเพิ่มเติม (Research & development) จึงควรมีการลงทุนในการศึกษาและพัฒนาดังกล่าว (Investment) และเมื่อลงทุนแล้วควรมีการติดตามความก้าวหน้าและผลลัพธ์โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาสุขภาพจิต (Monitoring & accountability) มีการตั้งเป้าหมายและดัชนีชี้วัดที่เหมาะสมที่เหมาะกับหน่วยงานนั้น รวมทั้งเป้าหมายและดัชนีร่วมสำหรับการทำงานแบบประสานงานหรือภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ (Multi-sectoral) และการกำหนดว่าหน่วยงานใดควรจะเป็นผู้รับผิดชอบในประเด็นเหล่านั้น ซึ่งเป้าหมายและดัชนีชี้วัดควรสอดคล้องกับเป้าหมายต่าง ๆ ของกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต (Mental health-related SDGs) โดยผ่านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ โดยในทุกขั้นตอนควรให้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพจิต (Persons with lived experience, PWLE) เข้ามามีบทบาทและส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นการออกแบบนโยบาย มาตรการ กิจกรรม หรือการบริการต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังควรพิจารณาเพิ่มเติมถึงประเด็นงานด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและสมควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน (What) ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายใด (Who) ในสถานที่ใด (Where) และเมื่อใด (When) โดยอาจสรุปได้ว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน คือ นโยบายหรือมาตรการเชิงส่งเสริมป้องกันที่มีแนวโน้มว่ามีต้นทุนและประสิทธิผลดีในระยะยาว ตัวอย่างของโครงการที่มีลักษณะดังกล่าวคือโครงการโปรแกรมการค้นหากลุ่มเสี่ยงและดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ที่ได้รับประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (Adverse childhood experiences, ACEs) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงในระยะยาว โดยกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่เปราะบางและมีความเสี่ยงต่อ ACEs ซึ่งโครงการดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ภายในเป็นโรงเรียน ชุมชน สถานบริการต่าง ๆ หรือ แม้แต่สถานที่ทำงาน โดยสามารถดำเนินการกับกลุ่มคนได้ตลอดช่วงชีวิต แต่จะมีต้นทุนประสิทธิผลดีที่สุดหากได้ดำเนินการตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต (Early life ตั้งแต่เด็กยังอยู่ในครรภ์ หรืออายุยังน้อย)

ประเด็นสำคัญเร่งด่วน
ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของ สสส.

การขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิต	มีความสำคัญ (Impact & cost-effectiveness)	ต้องรีบทำ (Urgency)	ยังไม่มีการดำเนินการมากนัก (Gap)
การผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน	⊕⊕		
สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ใช้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการดำเนินงาน	⊕		
แก้ไขปัญหาประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences: ACEs)	⊕⊕⊕	✓	✓
สนับสนุนและสานพลังภาคีเพื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติ	⊕⊕⊕		✓
การจัดทำงบประมาณแบบบูรณาการเพื่อการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตหลายภาคส่วน	⊕		
ผลักดันและลงทุนกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบ Task sharing	⊕⊕⊕	✓	✓
ผลักดันให้เกิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีลักษณะการทำงานที่เป็นมิตรกับในบริการด้านสุขภาพจิต	⊕⊕		✓
การพัฒนามาตรฐานการทำงานในการสร้างความเข้มแข็งด้านการให้บริการสุขภาพจิตนอกสถานพยาบาล	⊕⊕		✓
ผลักดันให้บริการด้านสุขภาพจิตได้รับสิทธิที่ครอบคลุมและยืดหยุ่นยิ่งขึ้น	⊕⊕		✓
ฝึกอบรมและแนะนำ การทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	⊕		
การบริการด้านสุขภาพจิตแบบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือคนเป็นศูนย์กลาง (Person-centered) และการดูแลแต่เนิ่น ๆ และอย่างต่อเนื่อง (Early Intervention Service, EIS) รวมทั้งการพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี (Case management) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)	⊕⊕⊕	✓	✓
ให้การสนับสนุนการคัดกรองและดูแลแต่เนิ่น ๆ ในประชากรกลุ่มความเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น	⊕⊕	✓	✓
ให้การสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน และคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่จำเป็น ทั้งในสถานพยาบาล และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตระดับต่างๆ	⊕		

การขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิต	มีความสำคัญ (Impact & cost-effectiveness)	ต้องรีบทำ (Urgency)	ยังไม่มีการดำเนินการมากนัก (Gap)
การผลักดันการเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตทั้งที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ	⊕⊕	✓	
การสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (Mental health literacy)	⊕		
ขับเคลื่อนและรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อลดการตีตราผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ	⊕⊕		
ส่งเสริมมาตรการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ เช่น สร้างพื้นที่เพื่อให้เกิดการเสวนาทางสังคม (Social dialogue) โดยเฉพาะการให้ผู้มีประสบการณ์ตรง (People with lived experiences) เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อกระตุ้นให้สังคมมีมุมมองเชิงบวกต่อผู้มีปัญหา ด้านสุขภาพจิต	⊕⊕		✓
สื่อสารเพื่อให้สังคม ผู้ปฏิบัติหน้าที่ และผู้กำหนดนโยบายประชาสังคม ได้รับทราบถึงความรุนแรงและภาระทางเศรษฐกิจของปัญหาสุขภาพจิต	⊕⊕		
ให้การสนับสนุนเพื่อการเปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและบุคคลใกล้ชิดที่มีประสบการณ์ตรง (People with lived experiences) กับปัญหาสุขภาพจิต เข้ามามีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนต่างๆ (เช่น การรณรงค์ผลักดันนโยบาย)	⊕⊕		✓
ผลักดันการเพิ่มงบประมาณในการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา โดยเน้นการวิจัยข้ามศาสตร์ และข้ามหน่วยงาน	⊕		
ตั้งโจทย์วิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยเพื่อการนำสู่การปฏิบัติจริงในวงกว้าง (Implementation research) และการขยายผล การวิจัยระบบสุขภาพจิต (Mental health system research) โดยเฉพาะ Early intervention services (EIS)	⊕⊕⊕	✓	✓
ร่วมกำหนดนโยบายด้านงานวิจัยด้านสุขภาพจิต ร่วมกับ วช. สกสว. สวรส. และอื่นๆ	⊕		
สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับการลดการตีตรา (Stigmatization) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination)	⊕⊕		✓
มุ่งเน้นการวิจัยเพื่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัล และเทคโนโลยีใหม่อื่น มาใช้ในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม	⊕⊕		✓
พัฒนาความรู้และเผยแพร่ความเข้าใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน	⊕		
ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายผู้รับทุนเห็นความสำคัญและระบุการดำเนินโครงการต่าง ๆ ผลักดันเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน	⊕		

การขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิต	มีความสำคัญ (Impact & cost-effectiveness)	ต้องรีบทำ (Urgency)	ยังไม่มีการดำเนินการมากนัก (Gap)
สนับสนุนและเสนอแนะการพัฒนาระบบการติดตามงานสุขภาพจิตเพื่อสะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงของงานสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ	⊕ ⊕		✓
สนับสนุนให้เกิดกการทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ฐานข้อมูล และตัวชี้วัดกลาง โดยเป็นฐานข้อมูลระยะยาว (Longitudinal cohort data) ด้านสุขภาพจิต	⊕ ⊕		✓
สนับสนุนให้เกิดฐานข้อมูลสุขภาพจิตในระดับชุมชน	⊕		

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

