



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต

ปีงบประมาณ 2566



2023 ANNUAL REPORT

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
Department of Mental Health Ministry of Public Health



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

รายงานประจำปี
กรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2566



2023
ANNUAL REPORT

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
Department of Mental Health Ministry of Public Health



คำนำ

รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตที่สำคัญในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายใต้แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง และบรรลุตามยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้มีความครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และกรุงเทพมหานคร การจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 เล่มนี้ มีเนื้อหาอันประกอบด้วย 4 ส่วนสำคัญ คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลภาพรวมของกรมสุขภาพจิต ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต ส่วนที่ 3 รายงานการเงิน และส่วนที่ 4 โครงการสำคัญประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมทั้งข้อมูลสถิติสุขภาพจิตที่สำคัญ สื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต การดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ และรางวัลแห่งความภาคภูมิใจ

กรมสุขภาพจิต หวังว่ารายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่านและบุคลากรในหน่วยงานสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 ให้ดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

(นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต



บทสรุปผู้บริหาร

ปีงบประมาณ 2566 กรมสุขภาพจิต ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต ภายใต้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561 - 2580) กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) และแผนดิจิทัลกรมสุขภาพจิต (พ.ศ. 2566 - 2570) ผลการดำเนินงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้เกิดมาจากความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจจากเครือข่ายด้านสุขภาพจิตและบุคลากรกรมสุขภาพจิต จากกองส่วนกลาง 13 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพจิต 20 แห่ง และศูนย์สุขภาพจิต 13 แห่ง ซึ่งมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนภารกิจของกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 7,101 คน

การดำเนินงานที่สำคัญภายใต้แผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 27 โครงการ ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์การสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 5 โครงการ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต จำนวน 17 โครงการ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี จำนวน 3 โครงการ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่าทางสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง จำนวน 2 โครงการ โดยกรมสุขภาพจิตได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตแบบบูรณาการกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อร่วมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตยังคงมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติราชการและบริหารจัดการองค์การอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีผลงานการพัฒนาระบบบริการประชาชน การพัฒนาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม สามารถส่งมอบบริการที่มีคุณค่าและตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ยังคงได้รับรางวัลเลิศรัฐ จากสำนักงาน ก.พ.ร. ใน 2 สาขา รวม 6 รางวัล ประกอบด้วย รางวัลบริการภาครัฐ จำนวน 2 ผลงาน รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ผลงาน และรางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ ด้านองค์กรนวัตกรรมดีเด่น ระดับเกียรติคุณ รวมทั้ง กรมสุขภาพจิตยังมีแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิต ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ เพื่อให้งานสุขภาพจิตเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้และความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต ในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานตามภารกิจให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศชาติต่อไป



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	A
บทสรุปผู้บริหาร	B
สารบัญ	C
สารบัญภาพ	F
สารบัญตาราง	L
ผู้บริหารระดับสูงกรมสุขภาพจิต	1
รายนามผู้บริหารกรมสุขภาพจิต	2
แผนที่แสดงสถานบริการ/ศูนย์สุขภาพจิต ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	4
ส่วนที่ 1 ข้อมูลภาพรวมของกรมสุขภาพจิต	5
กรมสุขภาพจิตกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	6
1. ความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต	7
2. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)	10
3. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561 - 2580)	12
4. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570)	15
5. แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต	17
6. แผนพัฒนาดิจิทัล กรมสุขภาพจิต (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570)	20
7. นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	21
8. การกิจตามที่กฎหมายกำหนดของกรมสุขภาพจิต	22
9. การขับเคลื่อน 4 ยุทธศาสตร์แบบบูรณาการใน 5 ประเด็นเรื่อง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	23



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน	29
1. โครงสร้างกรมสุขภาพจิต	29
2. อัตรากำลังและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง	31
3. งบประมาณรายจ่ายประจำปี	36
ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต	39
1. ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการ ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	40
2. ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	43
3. ผลการปฏิบัติราชการที่สำคัญภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกรมสุขภาพจิต	44
- ยุทธศาสตร์ที่ 1 กระตุ้นการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์	44
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต	52
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	72
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง	77
ส่วนที่ 3 รายงานการเงิน	79
1. รายงานการเงินของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	80
- นโยบายการบัญชีที่สำคัญ	80
- งบแสดงฐานะการเงิน	81
- งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน	83
2. รายงานการวิเคราะห์งบการเงินเปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของกรมสุขภาพจิต	84
1) การวิเคราะห์การย่อส่วนตามแนวตั้ง (Common Size Analysis) กรมสุขภาพจิต	86
2) การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม/จำแนกตามรายได้และค่าใช้จ่าย (Trend Analysis)	89
3) การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)	90



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 4 โครงการสำคัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	91
- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์	92
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต	96
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	118
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง	122
 ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1 สถานการณ์สุขภาพจิต/ข้อมูลสถิติที่สำคัญ	125
ภาคผนวก 2 สื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต	153
ภาคผนวก 3 การดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ	163
ภาคผนวก 4 รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต	167
ภาคผนวก 5 รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ	173



สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานบริการ/ศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต	4
ภาพที่ 2	แสดงผังความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต (1/3)	7
ภาพที่ 3	แสดงผังความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต (2/3)	8
ภาพที่ 4	แสดงผังความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต (3/3)	9
ภาพที่ 5	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)	10
ภาพที่ 6	ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน กระทรวงสาธารณสุข	12
ภาพที่ 7	นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566 (นายอนุทิน ชาญวีรกูล)	13
ภาพที่ 8	นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566 (ดร.สาธิต ปิตุเตชะ)	13
ภาพที่ 9	นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 - 2568	14
ภาพที่ 10	นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	21
ภาพที่ 11	แสดงโครงสร้างการบริหารภายในกรมสุขภาพจิต	30
ภาพที่ 12	แสดงอัตรากำลังและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง	31
ภาพที่ 13	แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 กรมสุขภาพจิต จำแนกตามหมวดรายจ่าย	36
ภาพที่ 14	พิธีเปิด โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE	44
ภาพที่ 15	รายการ “TO BE NUMBER ONE VARIETY” เพื่อส่งเสริมเยาวชนคนรุ่นใหม่ ให้ห่างไกลยาเสพติด	44
ภาพที่ 16	ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดีทรงเยี่ยมชม กิจกรรม TO BE NUMBER ONE จังหวัดเพชรบูรณ์	44
ภาพที่ 17	TO BE NUMBER ONE IDOL รุ่นที่ 13	45
ภาพที่ 18	ค่ายพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE	45
ภาพที่ 19	กิจกรรม TO BE NUMBER ONE ณ โรงเรียนตรุณาราชบุรี	45



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 20	นวัตกรรม : “เครือข่ายพลเมืองสร้างสุข” ภายใต้ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 10 46
ภาพที่ 21	Best Practice MHL : ระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการ บมจ.เบียร์ไทย (1991) 46 อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
ภาพที่ 22	Best Practice MHL : พื้นที่ 3 ส. Model สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ วัดเชิงกระบือ 46 ตำบลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
ภาพที่ 23	กิจกรรม Kick off ของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทยในเขตสุขภาพ 47
ภาพที่ 24	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงต้นแบบในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 47 สร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ภาพที่ 25	สื่อสร้างสุข 5 มิติ (การสื่อสารและสร้างพลังใจสำหรับผู้สูงอายุ) 48
ภาพที่ 26	การประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 48 ในเขตสุขภาพ
ภาพที่ 27	กรมสุขภาพจิต เริ่มรณรงค์สัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ มีความรู้ก็อยู่รอด 49
ภาพที่ 28	Kick off งานสัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ วัดใจ เดิมพลัง สังคมสุข 49
ภาพที่ 29	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือนักศึกษา 50 ในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ภาพที่ 30	โครงการคู่มือเครือข่ายดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ 51
ภาพที่ 31	ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพจิต 51 และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพ
ภาพที่ 32	กิจกรรมระบบส่งเสริมดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า 52
ภาพที่ 33	ส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชน ในพื้นที่ 53 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
ภาพที่ 34	การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนโครงการ 54 ในระดับเขตสุขภาพเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS)
ภาพที่ 35	School Health HERO 55
ภาพที่ 36	เครื่องมือสังเกตอาการ 9S 55
ภาพที่ 37	ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ School Health HERO 55



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 38 การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง และการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.)	56
ภาพที่ 39 วางแผนและดำเนินการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ของประเทศไทย	56
ภาพที่ 40 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี	58
ภาพที่ 41 การลงพื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืน	58
ภาพที่ 42 มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด SMI-V : V-Care	59
ภาพที่ 43 การจ้างงานในร้านเพื่อน (SE)	60
ภาพที่ 44 การจ้างงานเชิงสังคมในโรงพยาบาลจิตเวช	60
ภาพที่ 45 โครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำ	60
ภาพที่ 46 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชที่สำคัญ	61
ภาพที่ 47 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	61
ภาพที่ 48 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเว็บไซต์ตามมาตรฐานเว็บไซต์ภาครัฐที่ทุกคนเข้าถึงได้ ตามมาตรฐานภาครัฐ WCAG	62
ภาพที่ 49 รางวัลหน่วยงานที่มีผลงานโดดเด่นด้านระบบบัญชีข้อมูลหน่วยงานยอดเยี่ยม (Popular Agency Data Catalog) ระดับดีมาก (Silver Award)	62
ภาพที่ 50 กรมสุขภาพจิต ส่งทีม MCATT ลงพื้นที่เยี่ยมยาจิตใจผู้ประสบเหตุ จังหวัดหนองบัวลำภู	63
ภาพที่ 51 การติดตามเยี่ยมยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ รวมทั้งความรุนแรงทางสังคม	63
ภาพที่ 52 ลงพื้นที่เยี่ยมยาจิตใจผู้ประสบเหตุ จังหวัดหนองบัวลำภู	64
ภาพที่ 53 ลงพื้นที่เยี่ยมยาจิตใจผู้ประสบเหตุ จังหวัดหนองบัวลำภู	64
ภาพที่ 54 แนวทางพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้น สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ	65
ภาพที่ 55 รมรณรงค์วันออทิสติกโลก ลงนามความร่วมมือ (MOU) เพื่อพัฒนาหน่วยร่วมบริการสำหรับบุคคลออทิสติก)	65
ภาพที่ 56 การฝึกปฏิบัติเรื่องการตรวจวินิจฉัยออทิสติกและสมาธิสั้น, การบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง	65
ภาพที่ 57 โรงพยาบาลสวนปรุงได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (1/2)	66
ภาพที่ 58 โรงพยาบาลสวนปรุงได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2/2)	66



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 59 โครงการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 29 จังหวัด	67
ภาพที่ 60 ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบไปใช้ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงใน จ.เชียงใหม่	67
ภาพที่ 61 โครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในประชากรกลุ่มเปราะบาง	68
ภาพที่ 62 กิจกรรมโครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในประชากรกลุ่มเปราะบาง	68
ภาพที่ 63 Digital Book งานวิจัยการคาดการณ์อนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2567	69
ภาพที่ 64 กิจกรรมหลักสูตร “Mental Health Pre-incubation 2023 รุ่นบุกเบิก”	69
ภาพที่ 65 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ	70
ภาพที่ 66 โครงการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ	71
ภาพที่ 67 การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 22 ประจำปี 2566	71
ภาพที่ 68 กิจกรรมนันทนาการ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ	71
ภาพที่ 69 โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย	73
ภาพที่ 70 อบรมพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	75
ภาพที่ 71 คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว	76
ภาพที่ 72 การประชุมเพื่อพัฒนา Transformative Mental Health in Primary Care	76
ภาพที่ 73 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้กรมสุขภาพจิต วันที่ 15 - 16 กุมภาพันธ์ 2566	77
ภาพที่ 74 รายงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี พ.ศ. 2563 - 2566	78
ภาพที่ 75 Hfocus นำเสนอข่าว “น่าห่วง! ผลสำรวจพบคนไทยเป็นโรคติดการพนันเพิ่มขึ้น ใช้สารเสพติดมากขึ้น” เผยแพร่บนเว็บไซต์ เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2566	78
ภาพที่ 76 การนำเสนอผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 (เบื้องต้น) วันที่ 13-14 กันยายน พ.ศ. 2566	78
ภาพที่ 77 รูปกราฟแสดงรายการในงบแสดงสถานะทางการเงิน	89
ภาพที่ 78 รูปกราฟแสดงรายการในงบแสดงผลการดำเนินงานสถานะทางการเงิน	89



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 79 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	127
ภาพที่ 80 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มาใช้บริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	129
ภาพที่ 81 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มาใช้บริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	131
ภาพที่ 82 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มาใช้บริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	133
ภาพที่ 83 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	135
ภาพที่ 84 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	137
ภาพที่ 85 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มาใช้บริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	139
ภาพที่ 86 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	141
ภาพที่ 87 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษา อยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	143
ภาพที่ 88 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อ ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	145
ภาพที่ 89 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อ ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	147
ภาพที่ 90 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	149
ภาพที่ 91 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	151
ภาพที่ 92 แสดงร้อยละของสื่อและเทคโนโลยีที่ผลิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย	154



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 93 การประชุม Global Mental Health Summit ครั้งที่ 4	164
ภาพที่ 94 การเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 76	165
ภาพที่ 95 การเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 76	165
ภาพที่ 96 การเข้าร่วมประชุม The Third Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants	166
ภาพที่ 97 การเข้าร่วมประชุม The Third Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants ณ กรุงราบัต ราชอาณาจักรโมร็อกโก	166
ภาพที่ 98 กรมสุขภาพจิตคว้า 6 รางวัลเลิศรัฐ	174
ภาพที่ 99 แนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนวัยรุ่นในโรงเรียน	175
ภาพที่ 100 ผลการดำเนินงาน (School Health HERO)	175
ภาพที่ 101 เข้าร่วมรับรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2566 รางวัลบริการภาครัฐ ระดับดีเด่น	176
ภาพที่ 102 ระบบบริการจิตเวชทางไกล (Tele - Psychiatry Platform)	178
ภาพที่ 103 รางวัลบริการภาครัฐ ผลงาน “ระบบบริการจิตเวชทางไกล (Tele - Psychiatry Platform)”	179
ภาพที่ 104 Sati App	180
ภาพที่ 105 หลักสูตร “การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (PEA) (E - Learning)	181
ภาพที่ 106 กรมสุขภาพจิต...ได้รับรางวัลการบริการราชการแบบมีส่วนร่วม ระดับดีเด่น	181
ภาพที่ 107 โมเดลการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม “เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่ง...สรรค์สร้างใจแกร่งอย่างยั่งยืน”	182
ภาพที่ 108 ขึ้นรับรางวัลพิธีมอบรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2566	183
ภาพที่ 109 การขับเคลื่อนการสร้างความร่วมมือเชิงบูรณาการภายใต้แนวคิด “คิดเป็น คิดดี คิดให้ เป็นสุข”	184
ภาพที่ 110 รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี 2566	185
ภาพที่ 111 โมเดลการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม “เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่ง...สรรค์สร้างใจแกร่งอย่างยั่งยืน”	186
ภาพที่ 112 รางวัลประเภทประสิทธิผลเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย	188
ภาพที่ 113 เข้าร่วมรับรางวัลประเภทประสิทธิผลเครือข่าย	190
ภาพที่ 114 รางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation Awards)	191
ภาพที่ 115 ภาพบรรยากาศรางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation Awards)	191



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงรายนามผู้บริหาร	2
ตารางที่ 2 แสดง 4 Strategies X 5 Flagships Matrix	24
ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังเปรียบเทียบกับจำนวนที่ปฏิบัติจริง	32
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภท/ ระดับตำแหน่ง	33
ตารางที่ 5 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนบุคลากรกรมสุขภาพจิต แยกตามช่วงวัย	34
ตารางที่ 6 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนบุคลากรกรมสุขภาพจิต แยกตามช่วงวัย (Generation)	34
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนกรอบอัตรากำลังข้าราชการ และจำนวนข้าราชการที่ให้บริการทางการแพทย์ และวิชาการด้านสุขภาพจิต	35
ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2566 รวมกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกำกับและองค์การมหาชน	37
ตารางที่ 9 ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการ ตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	40
ตารางที่ 10 ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	43
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)	90
ตารางที่ 12 จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	126
ตารางที่ 13 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	128
ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มารับบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	130
ตารางที่ 15 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	132
ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	134
ตารางที่ 17 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	136



สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 18 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	138
ตารางที่ 19 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	140
ตารางที่ 20 จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	142
ตารางที่ 21 จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	144
ตารางที่ 22 อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	146
ตารางที่ 23 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	148
ตารางที่ 24 การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	150
ตารางที่ 25 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิต และข้อมูลสถิติที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566	
ตารางที่ 26 รายชื่อสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่ผลิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	155
ตารางที่ 27 รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต	168



ผู้บริหาร กรมสุขภาพจิต



แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



นายแพทย์จุมภฏ พรมสีมา
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติฉิลกรัตน์
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



นายแพทย์ธิดี แสงธรรม
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



รายนามผู้บริหารกรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 1 แสดงรายนามผู้บริหารกรมสุขภาพจิต

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
1	นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารสูงสุด Chief Executive Officer : CEO
2	นายจุมภฏ พรหมสีดา	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านทรัพยากรบุคคล Chief Human Resource Officer : CHRO ผู้บริหารด้านการเสริมสร้างบทบาทหญิงชาย Chief Gender Equity Officer : CGEO หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองจริยธรรม (ITA) ผู้บริหารด้านการจัดการความรู้ Chief Knowledge Officer : CKO
3	นายศิริศักดิ์ อิตติดิลรัตน์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านการเปลี่ยนแปลง Chief Change Officer : CCO ผู้บริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับกรม Department Chief Information Officer : DCIO
4	นายธิตี แสงธรรม	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านการคลัง Chief Financial Officer : CFO
5	นายพงศกร เล็งดี	รักษาราชการผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
6	นายเทอดศักดิ์ เดชคง	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
7	นายทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ
8	นางเอ็นดู วิเรปะนะ	เลขานุการกรม
9	นายชัยณรงค์ บุรินทร์กุล	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
10	นางพัทธมน ล้อมสุชา	ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง
11	นางสาวอลิสสา อุดมวีรเกษม	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
12	นางสาวอลิสสา อุดมวีรเกษม	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
13	นางสาวดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
14	นางสาวเบญจมาศ พลภักษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ
15	นางสาวอรอนงค์ มหุตติการ	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน
16	นางสาวเนตรชนก บัวเล็ก	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

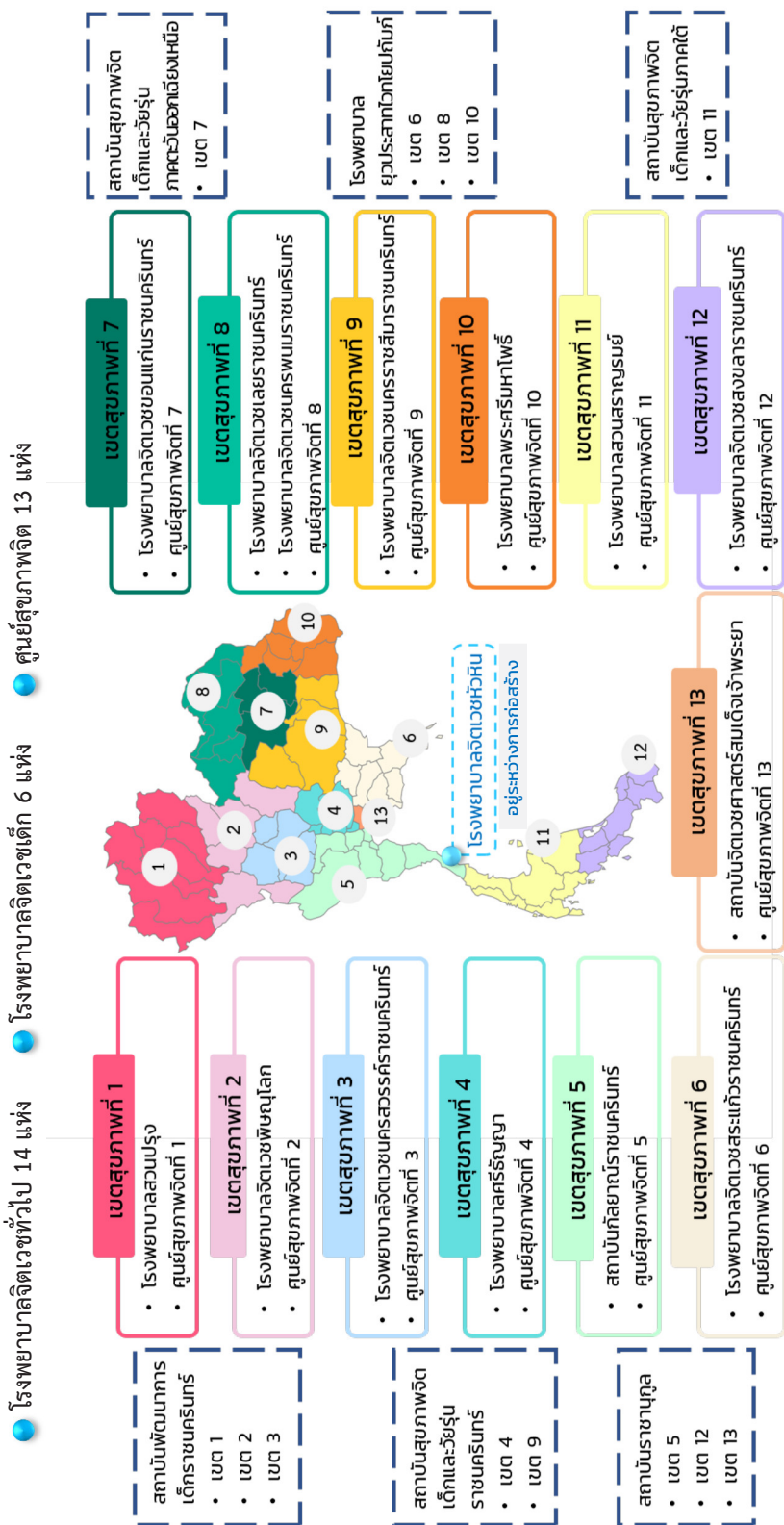


ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
17	นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต
18	นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
19	นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
20	นางนพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล
21	นางวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
22	นายณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
23	นายมงคล ศิริเทพทวี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
24	นายดิทีพันธ์ ธาณิรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
25	นายธณินท์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
26	นายศักดิ์รินทร์ แก้วเฒ่า	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
27	นายกิตต์กวี โพธิ์โน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
28	นางสาวหทัยชนนี บุญเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
29	นายประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
30	นางสาวจิตติมา แก้วทวง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
31	นายพรธนก ตันต์ศุภศิริ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
32	นายโกศล วราอัสวปติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
33	นางสาวจุฬาพันธุ์ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
34	นายอาทิตย์ เล่าสู่อังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
35	นายนพพร ตันติรังสี	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
36	นายภาณุ คุณดงยากร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
37	ว่าที่ร้อยโทโฆสิต กัลยา	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
38	นายชูพงษ์ สังข์ผลพันธ์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 2
39	นางเดือนเพ็ญ ชาญณรงค์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 3
40	นางสาวพนาวัลย์ จำงประเสริฐ	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 4
41	นางสาวรัชวัลย์ บุญโถม	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 5
42	นายนิธย์ ทองเพชรศรี	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
43	นางสาวจุฑามาศ วรรณศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
44	นางสิริพร พุทธิพรโอภาส	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
45	นางสาวศิริลักษณ์ แก้วเกียรติพงษ์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 9
46	นางสุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
47	นางกรรณิการ์ หนูสอน	รักษาราชการผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 11
48	นางสาวสุริ อุปมนต์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
49	นายไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 13



แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานบริการ/ศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 1 แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานบริการ/ศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต





ส่วนที่

01

ข้อมูลภาพรวมของ กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



กรมสุขภาพจิตกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

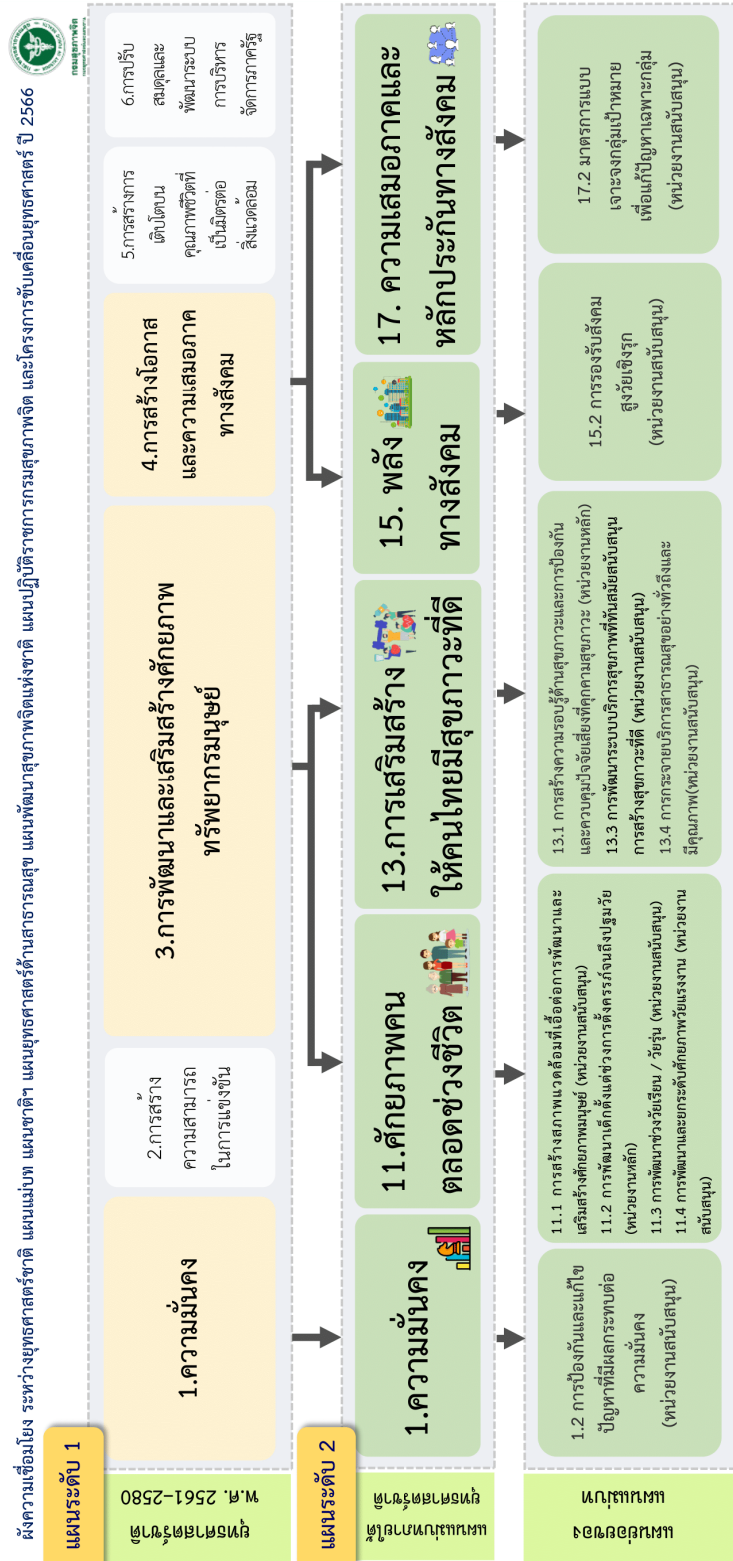
การขับเคลื่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ด้วยกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ ผ่านการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข รวมถึงผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฉบับที่ผ่านมา ในการกำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สาระสำคัญของแผนเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำ แผนงานและโครงการ ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) และ ประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ให้บรรลุสู่เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิต ในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่า งานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง



ความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และปฏิบัตินโยบายการกรมสุขภาพจิต

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต (1/3)

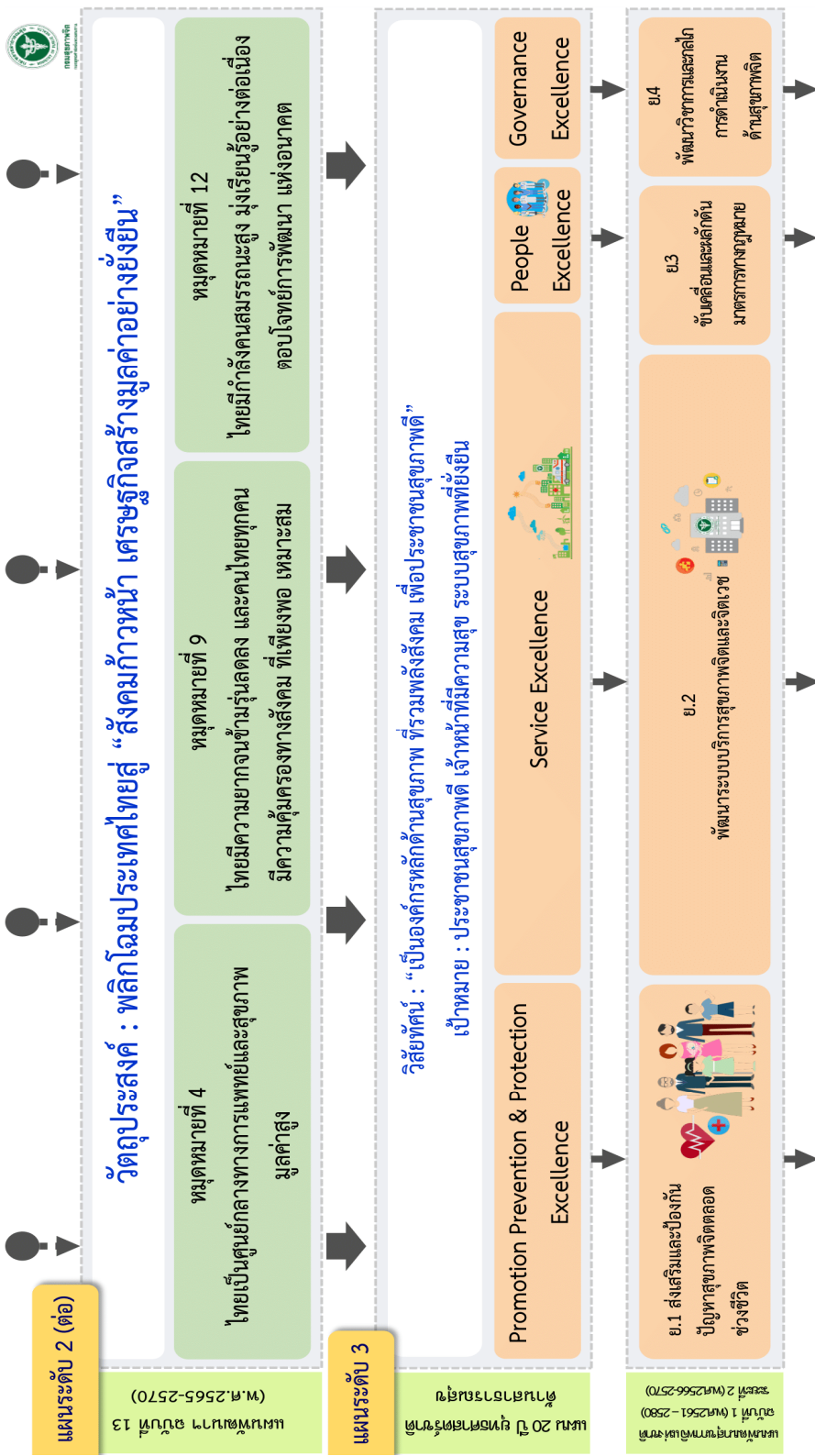


ผังความเชื่อมโยง ระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ แผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต และโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ปี 2566





ภาพที่ 3 แสดงผังเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต (2/3)





กรมศึกษาธิการ



กรมศึกษาธิการ



กรมศึกษาธิการ



กรมศึกษาธิการ



กรมศึกษาธิการ



2 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ และต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560 ผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2560 โดยกำหนดให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ รวม 6 คณะ ดังนี้

1. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
2. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
3. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
4. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
5. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
6. คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

เพื่อรับผิดชอบในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติ กำหนดวิธีการการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติในการติดตาม การตรวจสอบ และการประเมินผล รวมทั้ง กำหนดมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนทุกภาคส่วนดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ

ภาพที่ 5 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)



เป้าหมายการพัฒนาประเทศภาพรวม

“ประเทศไทยมีความมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ พัฒนาค้นในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านความมั่นคง 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน 3) ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม 5) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ 6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งกรมสุขภาพจิต ยึดถือเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนางานด้านสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิตมีความสอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ชาติ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านพัฒนา และเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง

เพื่อบริหารจัดการสภาวะ
แวดล้อมของประเทศ
ให้มีความมั่นคง ปลอดภัย
และมีความสงบเรียบร้อย
ในทุกระดับและทุกมิติ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสร้างความสามารถ ในการแข่งขัน

เน้นการยกระดับศักยภาพ
ในหลากหลายมิติ ควบคู่กับ
การขยายโอกาสของประเทศไทย
ในเวทีโลก

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านพัฒนาและเสริมสร้าง ศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

คนไทยในอนาคต มีความพร้อม
ทั้งกาย ใจ สติปัญญา
มีทักษะที่จำเป็น
ในศตวรรษที่ 21 มีทักษะ
สื่อสารภาษาอังกฤษและ
ภาษาที่ 3 และมีคุณธรรม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและ ความเสมอภาคทางสังคม

สร้างความเป็นธรรม และ
ลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ
กระจายศูนย์กลางความเจริญ
ทางเศรษฐกิจและสังคม
เพิ่มโอกาสให้ทุกภาคส่วน
เข้ามาเป็นกำลังของการพัฒนา
ประเทศในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบน คุณภาพชีวิตที่เป็นมิตร ต่อสิ่งแวดล้อม

คำนึงถึงความยั่งยืน
ของฐานทรัพยากรธรรมชาติ
และสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของประชาชน
ให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
เกิดผลลัพธ์ต่อความยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุล และพัฒนาระบบการบริหาร จัดการภาครัฐ

การปรับเปลี่ยนภาครัฐ
ยึดหลัก
“ภาครัฐของประชาชน
เพื่อประชาชน
และประโยชน์ส่วนรวม”



3

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561 - 2580)

ภาพที่ 6 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน กระทรวงสาธารณสุข



แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยผ่านการทบทวน ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้ม และปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ รวมถึงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาอย่างบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในสังกัดและในกำกับกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ

(Sustainable Development Goals: SDGs) นโยบายรัฐบาล นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ประกอบด้วย 4 Excellences ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ตลอดจนได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ซึ่งประกอบด้วย 14 แผนงาน 37 โครงการ และ 62 ตัวชี้วัด และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบายสำคัญ ที่มุ่งเน้นให้กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบาย มุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ในการเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิตและใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้สร้างเศรษฐกิจ ของประเทศ สู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็งประเทศไทยแข็งแรง” ในปี 2566 ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้น 5 ประการสำคัญ

ภาพที่ 7 นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566 (นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)



ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบาย “ดูแลสุขภาพ รักษาใจ สร้างภูมิคนไทย ก้าวต่อไปแข็งแรง” ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้น 4 ประการสำคัญ

ภาพที่ 8 นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566 (ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข)





นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบาย “ให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” ขอน้อมนำพระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขของไทย” เป็นปณิธานในการทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง การขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขใน 3 ปีจากนี้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางสุขภาพยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพมิติสังคม มิติเศรษฐกิจ ด้วยแนวนโยบาย “สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย” ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้น 6 ประการสำคัญ และได้มอบหลักปฏิบัติในการทำงาน “ททท” คือ “ทำทันที” “ทำต่อเนื่อง” “ทำและพัฒนา” ดังนี้

ภาพที่ 9 นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

(นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)



1) วิสัยทัศน์ (Vision)

People of all ages have wisdom, high emotional intelligence, happiness, and valuable life in society.

พัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครอง
ด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็ง
ของภาคีเครือข่ายในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

เป้าหมาย (Goals)		ค่าเป้าหมายระยะที่ 2
	1. เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญา (IQ)	ไม่ต่ำกว่า 103
	2. เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 85
	3. ครอบครัวมีความเข้มแข็งและความอบอุ่น	ร้อยละ 87
	4. ประเทศไทยมีคะแนนความสุข (World Happiness Index)	ไม่ต่ำกว่า 0.2
	5. คนไทยมีสุขภาพจิตดี	ร้อยละ 90
	6. อัตราการฆ่าตัวตายลดลง	ไม่ต่ำกว่า 0.5 ต่อแสนประชากร
	7. จังหวัดมีการบูรณาการงานสุขภาพจิตตามมาตรฐานแล้วประชาชนมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข	ร้อยละ 55

เป้าประสงค์ 1.1 คนทุกช่วงวัยเข้าใจและใส่ใจสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชนผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์ที่ 1.1.1 : เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของครอบครัวและชุมชน (Resilience)

กลยุทธ์ที่ 1.1.2 : เสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ในแต่ละช่วงชีวิต รวมถึงความรอบรู้สำคัญที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 1.1.3 : สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เด็กโดยสถานศึกษาและผู้ปกครองมีส่วนร่วม
ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในระดับประเทศ ได้แก่ คิดดี (Creation),
คิดเป็น (Positive), คิดให้ (Response to society) เพื่อให้เป็นคนดี คนเก่ง
และมีความสุขในการอยู่ร่วมกันในสังคม

กลยุทธ์ที่ 1.1.4 : เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อสร้างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า



เป้าประสงค์ 1.2 หน่วยงานภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมบูรณาการเพื่อใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 1.2.1 : สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

กลยุทธ์ที่ 1.2.2 : พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ 2.1 ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีสุขภาพจิต รวมทั้งครอบครัวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมผ่านนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 2.1.1 : เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ 2.1.2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานของระบบเทคโนโลยีดิจิทัล

กลยุทธ์ที่ 2.2.1 : ยกระดับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ 2.2 ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีสุขภาพจิต รวมทั้งครอบครัวได้รับการดูแลอย่างยั่งยืนและสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 2.2.1 : ยกระดับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

เป้าประสงค์ 3.1 คนทุกช่วงวัยได้รับการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้รับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม

กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 3.1.1 : ผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการภายใต้กลไกของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 3.1.2 : ผลักดันสวัสดิการระดับชุมชนและสังคมเพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

เป้าประสงค์ 4.1 หน่วยบริการด้านสุขภาพจิต มีการบริหารจัดการองค์กรอย่างยั่งยืนและสอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 4.1.1 : พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความเชี่ยวชาญ

กลยุทธ์ที่ 4.1.2 : พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรทุกภาคส่วน เพื่อร่วมงานขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ 4.2 หน่วยบริการด้านสุขภาพจิต มีการพัฒนานวัตกรรมและใช้นวัตกรรมและองค์ความรู้ทางวิชาการในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 4.2.1 : พัฒนาด้านวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัยที่ตอบโจทย์กับความเปลี่ยนแปลงและการดำเนินงานสุขภาพจิต

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

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ได้จัดทำภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence - based) ที่ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยยึดเป้าหมายและแนวทางยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ตลอดจนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักสำคัญในการจัดทำแผนฯ ฉบับนี้ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเชื่อมโยงในการพัฒนางานสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับหน่วยงาน และระดับพื้นที่ มีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

1) วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต

**กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ
เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง**

2) ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานเมื่อสิ้นแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต

Ultimate Outcome

1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
2. เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 85
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
4. คนไทยมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 90



3) พันธกิจกรมสุขภาพจิต

1. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์
2. สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ
3. สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
4. พัฒนากลไกและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ

4) ค่านิยมองค์กร : กรมสุขภาพจิต

M Mind (Happy Mind, Service Mind, Public Mind)	หัวใจบริการ
E Efficiency, Effectiveness, Equity	ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เสมอภาค
N Network	สัมพันธ์เครือข่าย
T Teamwork	ทำงานเป็นทีม
A Accountability	โปร่งใส ตรวจสอบได้
L Learning (Personal, Team, Organization)	เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

5) ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ครึ่งแผนฯ ปี 2568	สิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

- 1.1 พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต
- 1.2 พัฒนาระบบการสร้างความรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในพื้นที่
- 1.3 สร้างระบบการสื่อสารความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับ

งานสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ครึ่งแผนฯ ปี 2568	สิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล		
• ประชาชนทั่วไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
• ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
• ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

- 2.1 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต
- 2.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ครึ่งแผนฯ ปี 2568	สิ้นแผนฯ ปี 2570
จำนวนเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดี	10 เครือข่าย	20 เครือข่าย

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

- 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี
- 3.2 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน
- 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ : กรมสุขภาพจิตมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	เป้าหมาย	
	ครึ่งแผนฯ ปี 2568	สิ้นแผนฯ ปี 2570
ร้อยละของประชาชนหรือเครือข่ายที่มีความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์ บริการและความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรของกรมสุขภาพจิต	≥ 1.5 เท่า	≥ 2.0 เท่า

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

- 4.1 เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต
- 4.2 พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต
- 4.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและมีความสุข



6

แผนพัฒนาดิจิทัล กรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570)

แผนพัฒนาดิจิทัล กรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570) มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค (SWOT Analysis) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของกรมสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับ แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ระยะ 20 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2580) และกฎหมาย ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนรูปแบบ การทำงานเป็นเทคโนโลยีดิจิทัล พร้อมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านดิจิทัลของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

1. วิสัยทัศน์

"กรมสุขภาพจิตเป็นผู้นำด้านสุขภาพจิตดิจิทัลในประเทศไทย ที่มีมาตรฐานสากล"

2. พันธกิจ

1. ประสาน สนับสนุน และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตของประเทศ โดยสามารถ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางสารสนเทศด้านสุขภาพจิต
3. พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนงานด้านบริการ วิชาการ และบริหารจัดการของกรมสุขภาพจิต

3. ประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

- 1.1 ปรับปรุงกระบวนการงานสู่ระบบดิจิทัล
- 1.2 พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลระบบสุขภาพจิตภายในกรมสุขภาพจิต คู่ขนานกับการพัฒนา ของเครือข่าย โดยมีการติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง
- 1.3 พัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์ - โลกเสมือนจริง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิตดิจิทัล

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

- 2.1 พัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิตดิจิทัล
- 2.2 พัฒนาระบบรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามมาตรฐานที่กำหนด
- 2.3 พัฒนาระบบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานที่กำหนด

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้มีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็น

ต่อการปฏิบัติงาน

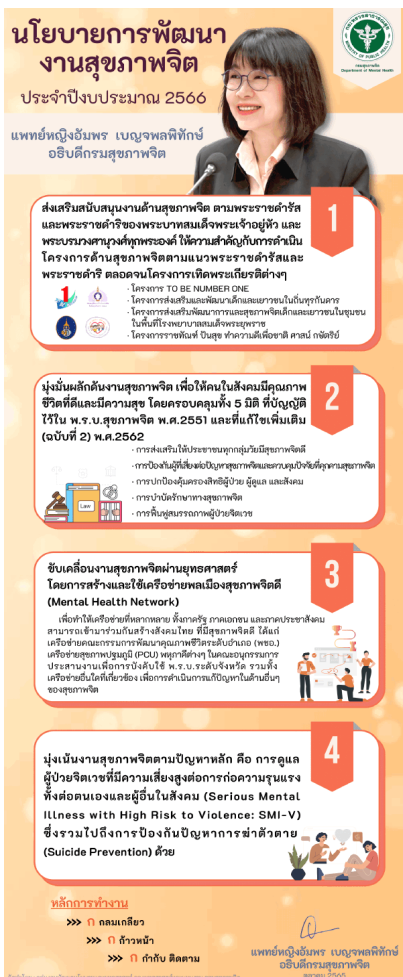
กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

- 3.1 พัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลให้กับบุคลากรกรมสุขภาพจิต
- 3.2 พัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดิจิทัลให้กับบุคลากรกรมสุขภาพจิต
- 3.3 พัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดิจิทัลให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

7 นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

โดย อธิบดีกรมสุขภาพจิต (แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

ภาพที่ 10 นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



1. ส่งเสริมสนับสนุนงานด้านสุขภาพจิต ตามพระราชดำริ และพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ให้มีความสำคัญในการดำเนินโครงการด้านสุขภาพจิตตามแนวพระราชดำริและพระราชดำริ ตลอดจนโครงการเกียรติยศต่างๆ

- โครงการ TO BE NUMBER ONE
- โครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร
- โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
- โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

2. มุ่งเน้นผลักดันงานสุขภาพจิต เพื่อให้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข โดยครอบคลุมทั้ง 5 มิติ ที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

- การส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพจิตดี
- การป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต
- การปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม
- การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต
- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

3. ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านยุทธศาสตร์โดยการสร้างและใช้เครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Network)

เพื่อให้เครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพจิตที่ดีได้แก่ เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) พหุภาคีต่าง ๆ ในคณะอนุกรรมการ ประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พ.ร.บ.ระบอบจิตเวช รวมทั้งเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดำเนินการแก้ปัญหาในด้านอื่น ๆ ของสุขภาพจิต

4. มุ่งเน้นงานสุขภาพจิตตามปัญหาหลัก คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ซึ่งรวมไปถึงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention) ด้วย

ทั้งนี้ ได้มอบหลักปฏิบัติในการทำงาน “กกก” คือ “กลมเกลียว” “ก้าวหน้า” “กำกับ ติดตาม”



8 การกิจตามที่กฎหมายกำหนดของกรมสุขภาพจิต

ตามมาตรา 8 ฉ ในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้กรมสุขภาพจิตมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาวิชาการและบริการด้านสุขภาพจิต โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และเป็นธรรม โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการและพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำและพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตระดับประเทศ
3. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน
4. กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู สมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน
5. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ตลอดจนประเมินการใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า
6. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน
7. ส่งเสริม สนับสนุน และประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง บริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม
8. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน
9. จัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน
10. ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดที่มีโรคจิตเวชร่วม
11. ประสานความร่วมมือทางวิชาการด้านสุขภาพจิตกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ
12. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของกรมหรือตามที่รัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

9 การขับเคลื่อน 4 ยุทธศาสตร์แบบบูรณาการใน 5 ประเด็นเรื่อง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ด้วยกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence - based) อย่างเป็นระบบ ผ่านการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข รวมถึงผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ในการกำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุสู่เป้าหมาย

จากประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดความท้าทายของการดำเนินงานเพื่อบรรลุผล ตามแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิต ในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่า งานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต ยังได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต 4 ประเด็นหลัก คือ

1) ส่งเสริมสนับสนุนงานด้านสุขภาพจิต ตามพระราชดำริและพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการด้านสุขภาพจิต ตามแนวพระราชดำริและพระราชดำริ ตลอดจนโครงการเทิดพระเกียรติต่าง ๆ

2) มุ่งมั่นผลักดันงานสุขภาพจิต เพื่อให้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข โดยครอบคลุมทั้ง 5 มิติ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพจิตดี การป้องกันผู้ที่มีเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและควบคุมปัจจัย ที่คุกคามสุขภาพจิต การปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต และการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

3) ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านยุทธศาสตร์ โดยการสร้างและใช้เครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (Mental Health Network) เพื่อทำให้เครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมสามารถ เข้ามาร่วมกันสร้างสังคมไทย ที่มีสุขภาพจิตดี

4) มุ่งเน้นงานสุขภาพจิตตามปัญหาหลัก คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ซึ่งรวมไปถึง การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention) ด้วย

ทั้งนี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารกรมสุขภาพจิต จึงให้คัดเลือกประเด็นเรื่องสำคัญ (Flagship) 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ประเด็นความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) 2) ประเด็นการป้องกันฆ่าตัวตาย 3) ประเด็นการลดความรุนแรง 4) ประเด็นการฟื้นคืนสุขภาวะ (Recovery) และ 5) ประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน (รพร. + EQ) เพื่อบูรณาการ ร่วมกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้



ซึ่งการขับเคลื่อน 4 ยุทธศาสตร์แบบบูรณาการใน 5 ประเด็นเรื่อง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายใต้แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)

ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้มีการจัดทำ 4 Strategies X 5 Flagships Matrix ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดง 4 Strategies X 5 Flagships Matrix

ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นเรื่อง	ย.1 MH Literacy	ย.2 MH Services (Innovation & Digitalization)	ย.3 MH Networks	ย.4 MH Economics & MH Personal
1. ความเข้มแข็งทางใจ	Key message : อีต อีต สู้ + Warning Sign + Call for help - ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น (ราชภัฏและราชชมงคล), วัยทำงาน (สปก.), วัยสูงอายุ (ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ, สื่อมวลชน (Online/Onsite), ชุมชน (แกนนำชุมชน))	- สนับสนุนการดำเนินงานเสริมสร้างพลังใจในหน่วยบริการ เช่น การเสริมสร้างพลังใจในกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง - ปรับปรุงแบบประเมินพลังใจเพื่อเป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นของระบบบริการสุขภาพจิต เช่น Mental Health Check In “เล่า - สนับสนุนการเสริมสร้างพลังใจในงานวิกฤตสุขภาพจิต/3 จังหวัดชายแดนใต้	- การดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ - สนับสนุนและพัฒนาวัดธรรมเสริมสร้างพลังใจ/วัดขึ้นใจในชุมชนผ่านกลไก พชอ. - ผลักดันนโยบายผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด	- พัฒนาเครื่องมือ/แบบประเมินพลังใจ 3 ข้อ - ประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานเสริมสร้างพลังใจในบริบทต่าง ๆ - ศึกษาความสัมพันธ์การเสริมสร้างพลังใจกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง - พัฒนางานวิชาการเสริมสร้างพลังใจจากงานประจำสู่งานวิจัย - การบริการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต (เพื่อการขับเคลื่อนไปสู่สิทธิประโยชน์)



 ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นเรื่อง	ย.1 MH Literacy	ย.2 MH Services (Innovation & Digitalization)	ย.3 MH Networks	ย.4 MH Economics & MH Personal
2. การป้องกัน การฆ่าตัวตาย	Key message : ฟังเป็น คอยเป็น ช่วยเป็น + Deep listening + Warning Sign + Call for help - ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วม (Collaboration) ของสื่อ/สื่อมวลชน/ Influencer - พัฒนาระบบ Mental Health Face Warning - สื่อสารประชาสัมพันธ์ 2 O+, แฝะวังสัญญาณเตือน 4 อการ, ช่องทาง Hope Task Force	- พัฒนารูปแบบบริการจิตสังคมบำบัดในผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น Marital Counseling, Problem Solving Therapy, CBT (Cognitive Behavioral Therapy) บำบัดจิตโดยปรับความคิดและพฤติกรรม - พัฒนารฐานข้อมูลสารสนเทศ การฆ่าตัวตายระดับประเทศ เช่น ฐานข้อมูลและการพัฒนานักระบาดวิทยาเพื่อการสอบสวนโรค และการจัดการข้อมูล 3 ฐาน - พัฒนาปัญญาประดิษฐ์เพื่อวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและประเมินการหยดเลา (D-Mind)	- ผลักดันเชิงนโยบายเรื่องการจัดระบบดูแลจิตใจไว้แรงงานที่มีปัญหาสุขภาพจิต ระบบดูแลผู้ฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง (V1 : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต (Suicide) และติดตามผู้ช่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และขับเคลื่อนติดตามผ่านคณะอนุกรรมการการจิต (รง., อก.) - เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย HOPE Task Force (สพจ. 1669, ตำรวจ 191, MCATT) - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรสถานศึกษาในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (PCU, พชอ., ศธ., อว.) - พัฒนาทีม 3 หมอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน และเสริมสร้างชุมชนในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	- วิเคราะห์ผลตอบแทนเชิงเศรษฐศาสตร์จากการดูแล Suicidal Rescue - พัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตในการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า เช่น CBT (Cognitive Behavioral Therapy) บำบัดจิต โดยปรับความคิดและพฤติกรรม - พัฒนาร่างชุดสิทธิประโยชน์บริการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระบบ Mental Health Check-in (MHC) (เสนอเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2565)



 ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นเรื่อง	 ย.1 MH Literacy	 ย.2 MH Services (Innovation & Digitalization)	 ย.3 MH Networks	 ย.4 MH Economics & MH Personal
 ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นเรื่อง	Key message : De - stigma + Warning Sign; ไม่ให้ลบ ไม่นอน เดินไปเดินมา พุดจาคนเดียว เทียวหาตระเวน + Call for help - ประชาสัมพันธ์ให้ ประชาชนรู้จักระบบ การดูแลที่เป็นปัจจุบัน (สายด่วน 1323, 1669, 191, สิทธิการรักษา, พ.ร.บ. สุขภาพจิต และ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง, อากาทางจิตสำนึก และ เตือนและการร้องขอ ความช่วยเหลือ รวมทั้ง Flow การแจ้งเหตุ)	- สร้างระบบเฝ้าระวังความรุนแรง ออนไลน์โดยจัดตั้งเอกชนเฝ้าระวัง ภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และความรุนแรง ออนไลน์ - พัฒนาระบบการรับรองมาตรฐาน คุณภาพบริการ SMI-V ระดับจังหวัด (Provincial Network Certification) - พัฒนาปัญญาประดิษฐ์ เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรม รุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช - พัฒนาระบบบริการเพิ่ม ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย SMI-V : รอเพื่อใจที่ครอบคลุม บริการส่งเสริมป้องกัน และบริการ จิตเวชทางไกล - ปรับปรุงฐานข้อมูล SMI-V Care ให้ครอบคลุม Validity/Volume/ Velocity/Variety/Veracity	- ผลักดันเชิงนโยบายเรื่องการติดตามดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วย SMI-V-2-3-4 (V2 : มีประวัติทำร้าย ผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บ สะท้อนขวัญในชุมชน, V3 : มีอาการหลังเกิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นถึงแก่ชีวิตหรือ มุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และ V4 : เคยมี ประวัติทำผิดก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืนวางเพลิง) รวมทั้งต้องขังนิติเวชที่ได้รับ การปล่อยตัวออกจากเรือนจำและทัณฑสถาน) ผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และ ขับเคลื่อนติดตามผ่านคณะอนุกรรมการจังหวัด - เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย HOPE Task Force (สพด. 1669, ดำรง 191, MCATT) - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและ บุคลากรสถานศึกษาในการป้องกันความรุนแรง (PCU, พชอ., ศธ., อว.) - บูรณาการความร่วมมือเฝ้าระวังผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (กรมการแพทย์, คอปสธ.) - พัฒนาระบบ 3 หมอเฝ้าระวังปัญหาความรุนแรง ในชุมชน และเสริมสร้างชุมชนในการป้องกัน ปัญหาความรุนแรง - พัฒนาศักยภาพ PCU ในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนการทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วย	- วิเคราะห์ผลตอบแทนเชิงเศรษฐศาสตร์ จากการดูแลเคส SMI-V & Suicide + SMI-V Care ผ่าน Special Assessment Program (SAS) - ผลักดันสิทธิประโยชน์ SMI-V ให้ครอบคลุมทุกราย ทุกกองทุน และ ตลอดช่วงชีวิต - วิจัยต้นทุนประสิทธิผลเพื่อเพิ่ม การเข้าถึงยา Long-acting antipsychotics - พัฒนาร่างชุดสิทธิประโยชน์บริการ ผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Home ward) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและสารเสพติด (เสนอเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามมติ ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิต แห่งชาติ ครั้งที่ 3/2565)


 ประเด็นยุทธศาสตร์
ประเด็นเรื่อง



 ประเด็นยุทธศาสตร์ ประเด็นเรื่อง	ย.1 MH Literacy	ย.2 MH Services (Innovation & Digitalization)	ย.3 MH Networks	ย.4 MH Economics & MH Personal
5. การส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชน (รพร.) + EQ	Key message: สุขภาพจิตเด็ก + พัฒนาการเด็ก + Warning Sign + Call for help - Parenting Literacy - Mood & Mind Literacy - พัฒนาการล่าช้า	- พัฒนาระบบบริหารจัดการดูแลช่วยเหลือเด็กล่าช้า ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ - พัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชใน ร.ร. สังกัดสำนักงาน ร.ร. สังกัดสำนักงาน ร.ร. และบ้านพักเด็กพิเศษ (ศธ.) และบ้านพักเด็กผ่านระบบ (Tele - Psychiatry) - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นของสหวิชาชีพ - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยออทิสติกวัยรุนแรงวัยผู้ใหญ่ (Respite care/ทักษะการทำงานและจ้างงาน) - คาราวานจิตแพทย์เด็ก ADHD, ASD, CD, ID, LD, Depression - เสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานในพื้นที่ในเรื่องอบรบการฝึกพูดเบื้องต้น, TDAS, PFA - พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาช่วย (Deep listening)	- ผลักดันนโยบายการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กผ่านคณะกรรมการจังหวัด (พ.ร.บ.สุขภาพจิต/พ.ร.บ.เด็กปฐมวัย) ให้ดำเนินการผ่าน พขอ และ PCU - ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ดูแลเด็ก และการดูแลเด็กตามระบบใน ร.ร. สังกัดสำนักบริหารการศึกษพิเศษ (ศธ.) และบ้านพักเด็ก (พม.) - พัฒนา HERO Consultant ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ (พขอ.) - พัฒนาระบบ CPS และการส่งต่อมาดูแลด้านสุขภาพจิต (พม.) - School health HERO (ศธ.) - ส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชน ผ่านโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพร.) - เสริมสร้าง EQ เด็กปฐมวัยที่ รรอนุบาล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารในพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพฯ (กพด.)	- วิจัยเรื่องความคุ้มค่าทุน TDAS เพื่อผลักดันเป็นชุดสิทธิประโยชน์ - พัฒนาร่างชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ (Triple-P) (เสนอเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2565) - พัฒนาร่างชุดสิทธิประโยชน์บริการเสริมพลังครูและผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (เสนอเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2565)

ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน

1 โครงสร้างกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต มีหน่วยงานในสังกัด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 สำนัก กอง และกลุ่มในส่วนกลางกรมสุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง

1. กลุ่มตรวจสอบภายใน
2. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
3. สำนักงานเลขานุการกรม
4. กองบริหารทรัพยากรบุคคล
5. กองบริหารการคลัง
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
7. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
8. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
9. สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE
10. สำนักวิชาการสุขภาพจิต
11. สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ
12. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ
13. สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต

กลุ่มที่ 2 สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 แห่ง

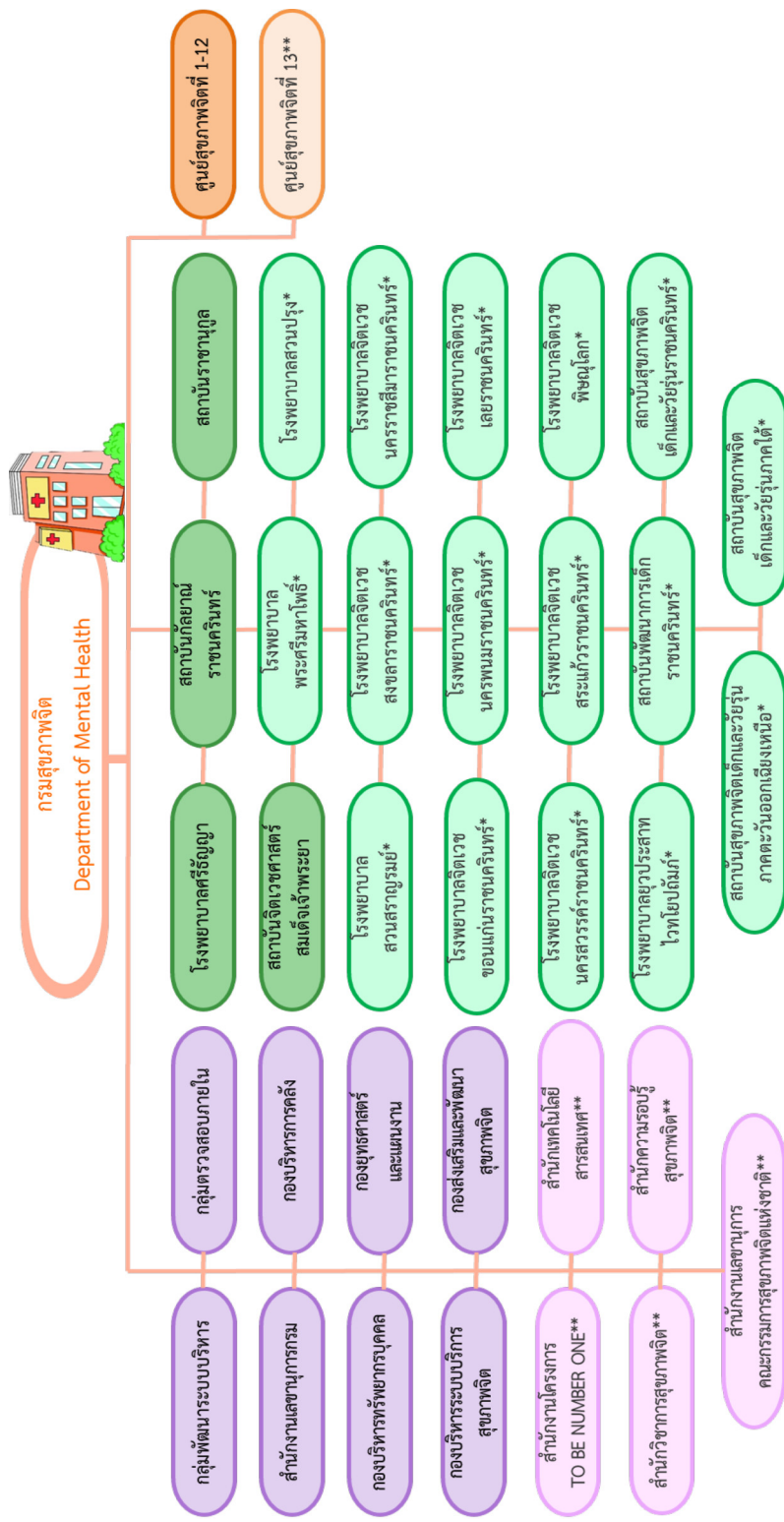
หน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีทั้งที่เป็นสถาบันและโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

1. กลุ่มหน่วยบริการจิตเวชที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช Excellence/Innovative Unit (E/IU)
2. กลุ่มหน่วยบริการจิตเวชที่ให้บริการจิตเวชทั่วไป
3. กลุ่มหน่วยบริการจิตเวชที่ให้บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กลุ่มที่ 3 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13

1. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12
2. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรุงเทพมหานคร

ภาพที่ 11 แสดงโครงสร้างการบริหารภายในกรมสุขภาพจิต



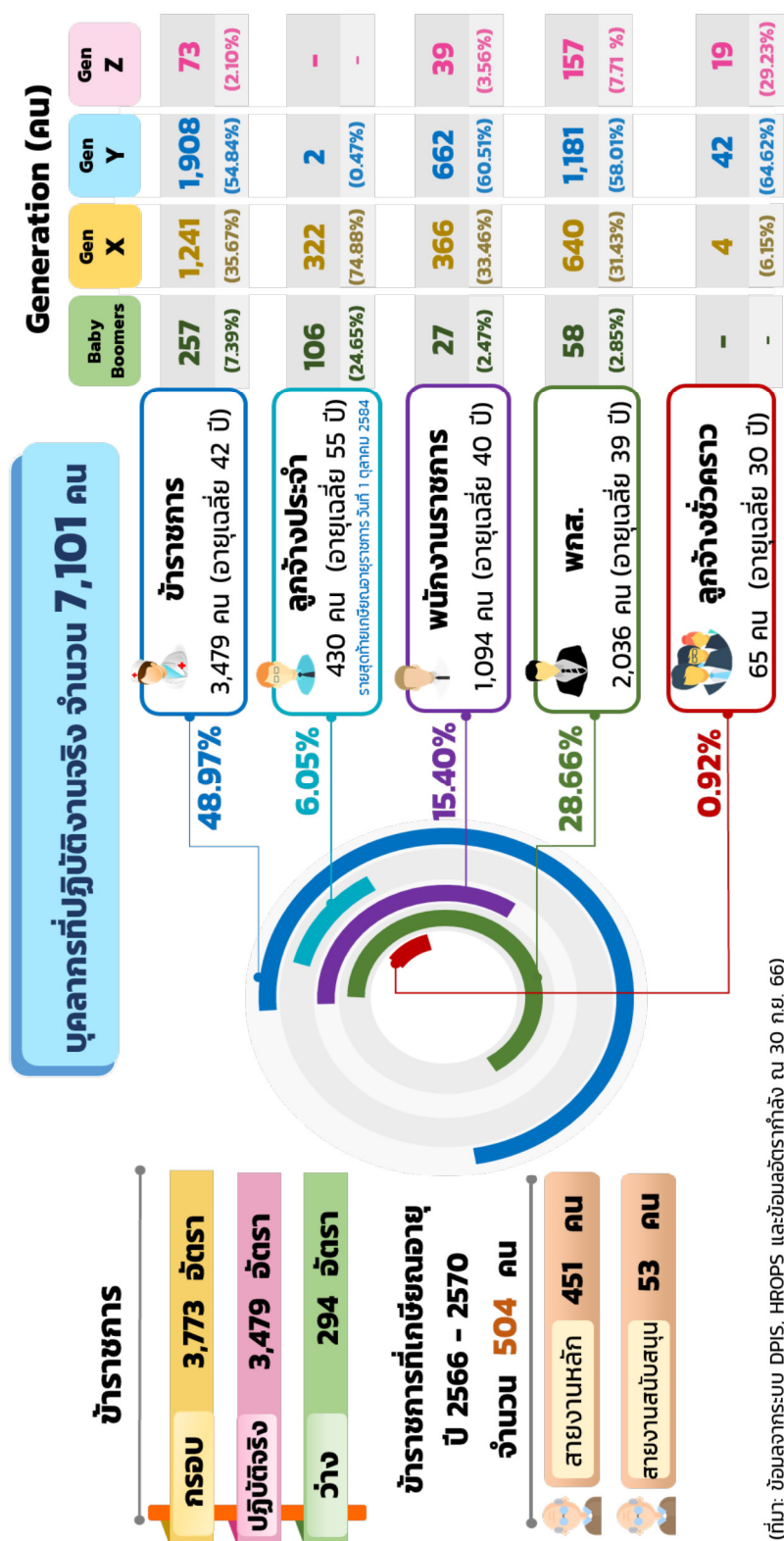
หมายเหตุ

* เป็นหน่วยงานบริหารภายในตามมติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2560

** เป็นหน่วยงานบริหารงานภายในกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงาน ตามยุทธศาสตร์ชาติ วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

2 อัตรากำลังและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง

ภาพที่ 12 แสดงอัตรากำลังและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง



(ที่มา: ข้อมูลจากระบบ DPIS, HROPS และข้อมูลอัตรากำลัง ณ 30 ก.ย. 66)



1) สัดส่วนจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังเปรียบเทียบกับจำนวนปฏิบัติงานจริง

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังเปรียบเทียบกับจำนวนที่ปฏิบัติจริง

ประเภทบุคลากร	กรอบอัตรากำลัง		จำนวนผู้ปฏิบัติจริง*		ร้อยละของ ผู้ปฏิบัติงานจริง เปรียบเทียบกับ กรอบอัตรากำลัง
	จำนวน (อัตรา)	ร้อยละ (จำนวนตามกรอบ อัตรากำลัง)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (จำนวนตามกรอบ อัตรากำลัง)	
ข้าราชการ	3,773	47.73	3,479	48.97	92.21
ลูกจ้างประจำ	430	5.44	430	6.05	100
พนักงานราชการ	1,149	14.54	1,094	15.40	95.21
พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	2,300	29.10	2,036	28.66	88.52
ลูกจ้างชั่วคราว	253	3.20	65	0.91	25.69
รวมทั้งสิ้น	7,905	100	7,104	100	89.87

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2566



2) สัดส่วนจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภทระดับตำแหน่ง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภท/ระดับตำแหน่ง

ประเภท	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเภทบริหาร	ระดับสูง	1	0.03
	ระดับต้น	3	0.09
รวม		4	0.11
2. ประเภทอำนวยการ	ระดับสูง	13	0.37
	ระดับต้น	14	0.40
รวม		27	0.80
3. ประเภทวิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	9	0.26
	เชี่ยวชาญ	69	1.98
	ชำนาญการพิเศษ	355	10.20
	ชำนาญการ	1,401	40.27
	ปฏิบัติการ	1,325	38.09
รวม		3,159	90.80
4. ประเภททั่วไป	อาวุโส	8	1.84
	ชำนาญงาน	217	6.24
	ปฏิบัติงาน	64	1.84
รวม		289	8.31
รวมทั้งสิ้น		3,479	100

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2566



3) โครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย

ตารางที่ 5 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย

ประเภทบุคลากร	โครงสร้างอายุบุคลากรกรมสุขภาพจิต								รวม
	≤ 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	≥ 55	
ข้าราชการ	23	367	614	585	499	440	389	562	3,479
ลูกจ้างประจำ					3	39	116	272	430
พนักงานราชการ	15	181	183	174	181	151	117	92	1,094
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	107	326	295	340	342	249	180	197	2,036
ลูกจ้างชั่วคราว	12	28	15	4	3	1	1	1	65
รวม	157	902	1,107	1,103	1,028	880	803	1,124	7,104
ร้อยละ	2.21	12.70	15.58	15.53	14.47	12.39	11.30	15.82	100

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

4) โครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย (Generation)

ตารางที่ 6 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย (Generation)

ประเภทบุคลากร	สัดส่วนบุคลากรแยกตามช่วงวัย (Generation)				รวม
	Baby Boomers (พ.ศ. 2489-2507)	X (พ.ศ. 2508-2522)	Y (พ.ศ. 2523-2540)	Z (พ.ศ. 2541-2552)	
ข้าราชการ	257	1,241	1,908	73	3,479
ลูกจ้างประจำ	106	322	2		430
พนักงานราชการ	27	366	662	39	1,094
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	58	640	1,181	157	2,036
ลูกจ้างชั่วคราว		4	42	19	65
รวม	448	2,573	3,795	288	7,104
ร้อยละ	6.31	36.22	53.42	4.05	100

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

5) จำนวนกรอบอัตรากำลังข้าราชการ และจำนวนข้าราชการที่ให้บริการทางการแพทย์ และวิชาการด้านสุขภาพจิต

ตารางที่ 7 จำนวนกรอบอัตรากำลังข้าราชการ และจำนวนข้าราชการที่ให้บริการทางการแพทย์
และวิชาการด้านสุขภาพจิต

ลำดับที่	ตำแหน่ง	จำนวน กรอบ อัตรากำลัง ข้าราชการ	จำนวน ข้าราชการที่ ปฏิบัติงานจริง	ร้อยละของจำนวน ข้าราชการที่ปฏิบัติ จริงเปรียบเทียบกับ กรอบอัตรากำลัง
1	นายแพทย์	247	220	89.07
2	ทันตแพทย์	35	33	94.29
3	เภสัชกร	128	119	92.97
4	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	2,009/11	1,870/10	93.07
5	นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา	154/38	147/38	96.35
6	นักสังคมสงเคราะห์	91	82	90.11
7	นักวิชาการสาธารณสุข	209	190	90.91
8	นักวิชาการศึกษาพิเศษ/ นักวิชาการศึกษา	30/1	28/0	90.32
9	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	9	8	88.89
10	นักกิจกรรมบำบัด	45	44	97.78
11	นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	33/2	33/2	100
12	นักรังสีการแพทย์	11	10	90.91
13	นักกายภาพบำบัด	29	29	100
14	ตำแหน่งอื่น ๆ *	691	616	89.15
รวมทั้งสิ้น		3,773	3,479	92.21

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

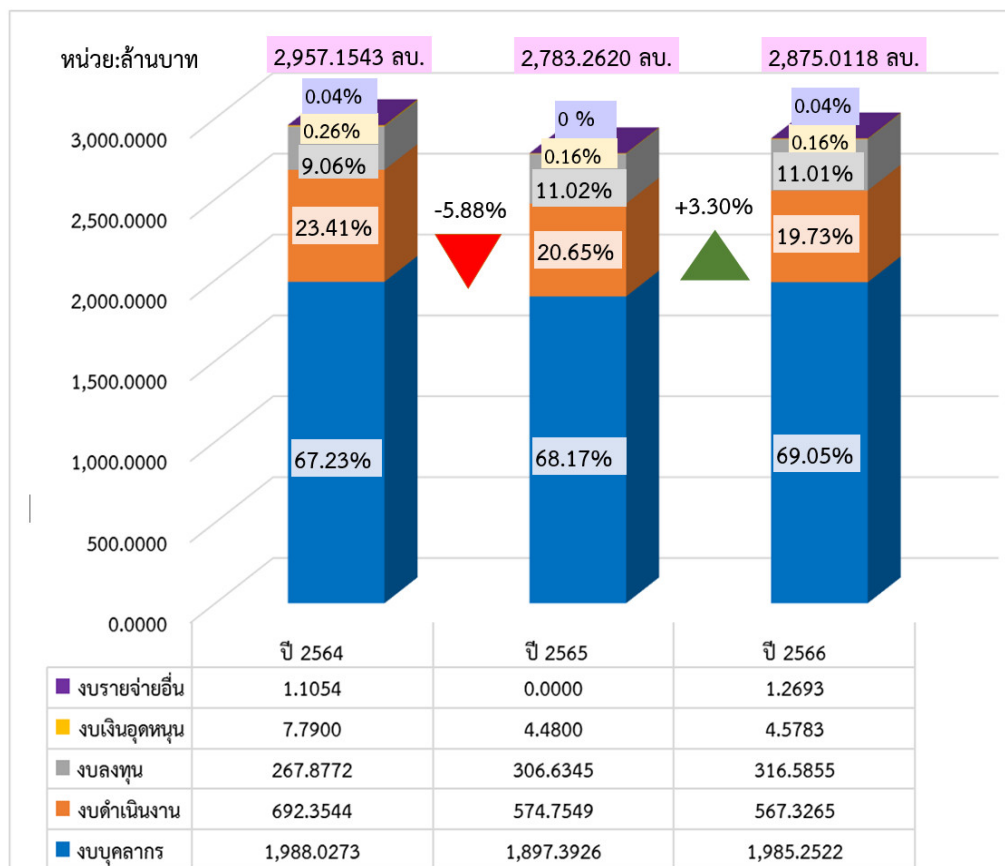
* ตำแหน่งอื่น ๆ คือ ตำแหน่งในสายงานอื่นที่ไม่ใช่สายงานหลักในสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น
วิชาการสถิติ นิติการ โภชนาการ และ จัดการงานทั่วไป เป็นต้น จึงไม่ได้มีการจัดลำดับการนำเสนอในตาราง



3 งบประมาณรายจ่ายประจำปี

1) การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ภาพที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 กรมสุขภาพจิต
จำแนกตามหมวดรายจ่าย



การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 กรมสุขภาพจิต
จำแนกตามหมวดรายจ่าย 5 หมวด พบว่า

1. ภาพรวม งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน -173.8923 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 91.7498 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ -5.88 และร้อยละ 3.30 ตามลำดับ

2. งบบุคลากร มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน -90.6347 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 87.8596 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ -4.56 และร้อยละ 4.63 ตามลำดับ

3. **งบดำเนินงาน** มีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน -117.5995 ล้านบาท และในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน -7.4284 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ -16.99 และ -1.29 ตามลำดับ

4. **งบลงทุน** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 38.7573 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 9.9510 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 14.47 และร้อยละ 3.25 ตามลำดับ

5. **งบเงินอุดหนุน** มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน -3.3100 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 0.0983 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ -42.49 และร้อยละ 2.19 ตามลำดับ

6. **งบรายจ่ายอื่น** มีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 ลดลงจากปี 2564 จำนวน -1.1054 ล้านบาท และในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 1.2693 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ -100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ

2) การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2566 รวมกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกำกับและองค์การมหาชน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2566 รวมกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกำกับและองค์การมหาชน

(หน่วย : ล้านบาท)

ลำดับ	หน่วยงาน	ปี 2565	สัดส่วน (ร้อยละ)	ปี 2566	สัดส่วน (ร้อยละ)	เพิ่ม/ลด จากปี 2565
1	สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	118,384.4076 	76.95	116,292.3395 	76.38	-2,092.0681
2	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	13,140.8454 	8.54	13,140.9369 	8.63	0.0915
3	กรมการแพทย์	7,809.0155 	5.08	8,049.5519 	5.29	240.5364
4	กรมควบคุมโรค	3,558.9437 	2.31	3,636.9301 	2.39	77.9864
5	กรมสุขภาพจิต	2,783.2620 	1.81	2,875.0118 	1.89	91.7498
6	สถาบันพระบรมราชชนก	2,335.0834 	1.52	2,289.4339 	1.50	-45.6495
7	กรมอนามัย	1,812.5514 	1.18	1,778.4989 	1.17	-34.0525



ลำดับ	หน่วยงาน	ปี 2565	สัดส่วน (ร้อยละ)	ปี 2566	สัดส่วน (ร้อยละ)	เพิ่ม/ลด จากปี 2565
8	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	1,284.9892 ↓	0.84	1,390.2533 ↑	0.91	105.2641
9	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1,239.1209 ↓	0.81	1,282.0727 ↑	0.84	42.9518
10	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	908.0331 ↑	0.59	898.0367 ↓	0.59	-9.9964
11	กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	278.4343 ↓	0.18	301.1400 ↑	0.20	22.7057
12	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ	155.4621 ↓	0.10	167.7984 ↑	0.11	12.3363
13	สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล	64.4945 ↓	0.04	67.7074 ↑	0.04	3.2129
14	สถาบันวัคซีนแห่งชาติ	22.2446 ↓	0.01	43.5371 ↑	0.03	21.2925
15	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	35.9707 ↓	0.02	37.3043 ↑	0.02	1.3336
16	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	25.8000 ↑	0.02	13.3375 ↓	0.01	-12.4625
รวมทั้งสิ้น		153,838.6584 ↑	100	152,263.8904 ↓	100	-1,574.7680

ที่มา : เอกสารเปรียบเทียบ พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กับ พ.ร.บ. งบประมาณ
รายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566





02

ส่วนที่

ผลการปฏิบัติราชการ ของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ผลการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต

1 ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กรมสุขภาพจิต มีการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 8 ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติราชการภาพรวมอยู่ที่ 100 คะแนน ซึ่งเทียบกับเกณฑ์การประเมินระดับส่วนราชการแล้ว กรมสุขภาพจิตเป็นส่วนราชการที่อยู่ใน “ระดับคุณภาพ”

ตารางที่ 9 ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		ขั้นต้น	ขั้นมาตรฐาน	ขั้นสูง			
		(50)	(75)	(100)			
องค์ประกอบที่ 1 การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน (Performance Base)							
1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	20	60	65	70	90.02	100	20
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามด้วยระบบดิจิทัล (Retention Rate)	20	90	93	96	96.15	100	20
3.ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	10	45	48	51	80.64	100	10
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)	10	37	40	43	72.10	100	10



ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		ขั้นต้น (50)	ขั้นมาตรฐาน (75)	ขั้นสูง (100)			
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล โดยไม่กลับเป็นซ้ำ	10	40	50	60	95.92	100	10
องค์ประกอบที่ 2 การประเมินศักยภาพในการดำเนินงาน (Potential Base)							
6. การพัฒนาองค์การสู่ดิจิทัล							
6.1 การสร้างนวัตกรรมในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ (e-Service) เรื่อง ระบบการคัดกรองสุขภาพจิตด้วยปัญญาประดิษฐ์ (DMIND)	10	ยื่นเรื่อง/ยื่นคำขอทางออนไลน์ (e-form) แต่ยังไม่สามารถแนบเอกสารพร้อมกันผ่านระบบได้ โดยให้ประชาชนจัดส่งแยกมาในรูปแบบ scan file	มีระบบยื่นเรื่อง/ยื่นคำขอทางออนไลน์ (e-form) ที่ประชาชนมีความปลอดภัย รักษาข้อมูลส่วนบุคคล และแนบเอกสารประกอบการพิจารณาได้	1. กรณีสานบริการที่เชื่อมโยงกับ Biz Portal ขั้นสูง : สามารถให้บริการผ่านระบบ Biz Portal ได้ภายในกันยายน 2566 2. กรณีสานบริการที่เชื่อมโยงกับ Citizen Portal ขั้นสูง : สามารถให้บริการผ่านระบบบริการออนไลน์ของหน่วยงานได้ภายในกันยายน 2566 และมีแผนเชื่อมโยงระบบบริการผ่าน Citizen Portal 3. กรณีสานบริการที่ไม่เชื่อมโยงผ่านระบบ Biz/Citizen Portal ขั้นสูง : สามารถให้บริการผ่านระบบบริการออนไลน์ของหน่วยงานได้ภายในสิงหาคม 2566	ให้บริการระบบ DMIND ผ่าน “หมอพร้อม” ทั้งในรูปแบบ Mobile Application, Line AO, Facebook โดยเปิดให้ทดสอบการใช้งานตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2565	100	10



ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		ขั้นต้น (50)	ขั้นมาตรฐาน (75)	ขั้นสูง (100)			
6.2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานโดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน (Digitalize Process) เรื่อง การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) ผู้ป่วยนอก	5	ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการ จิตเวชในสังกัด กรมสุขภาพจิต มีระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) ผู้ป่วยนอก เทียบเท่า ระดับ 4	ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการ จิตเวชในสังกัด กรมสุขภาพจิต มีระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) ผู้ป่วยนอก เทียบเท่า ระดับ 4	ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการ จิตเวชในสังกัด กรมสุขภาพจิต มีระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) ผู้ป่วยนอก เทียบเท่าระดับ 4	100	100	5
7. การประเมินสถานะของส่วนราชการในการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0)	15	439.16	448.31	457.46	458.57	100	15
คะแนนรวม						100	
สรุปผลการประเมินระดับส่วนราชการ						ระดับคุณภาพ	

* คะแนนการประเมินตนเอง ตามรายงานผลในระบบ e-SAR ของสำนักงาน ก.พ.ร. ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566

หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมินระดับส่วนราชการ

- ระดับคุณภาพ มีคะแนนผลการดำเนินงานอยู่ระหว่าง 90.00 - 100.00 คะแนน
- ระดับมาตรฐาน
 - มาตรฐานขั้นสูง มีคะแนนผลการดำเนินงานอยู่ระหว่าง 75.00 - 89.99 คะแนน
 - มาตรฐานขั้นต้น มีคะแนนผลการดำเนินงานอยู่ระหว่าง 60.00 - 74.99 คะแนน
- ระดับต้องปรับปรุง มีคะแนนผลการดำเนินงานต่ำกว่า 60.00 คะแนน

2 ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กรมสุขภาพจิต มีการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับกระทรวง (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ตัวชี้วัด ซึ่งผลการปฏิบัติราชการ เป็นไปตามเป้าหมายทั้ง 4 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 10 ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	การบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย
1	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90.02	✓
2	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามด้วยระบบดิจิทัล (Retention Rate)	ร้อยละ 96	ร้อยละ 96.15	✓
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)	ร้อยละ 43	ร้อยละ 72.10	✓
4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 95.92	✓



3 ผลการปฏิบัติราชการที่สำคัญภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกรมสุขภาพจิต

ปีงบประมาณ 2566 กรมสุขภาพจิต ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต ภายใต้แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง และโครงการขับเคลื่อนที่สำคัญตามเรือธง (Flagship) 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ประเด็นความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) 2) ประเด็นการป้องกันฆ่าตัวตาย 3) ประเด็นการลดความรุนแรง 4) ประเด็นการฟื้นคืนสุขภาวะ (Recovery) และ 5) ประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน (รพร. + EQ) เพื่อบูรณาการร่วมกับการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

1. โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

หลักการและเหตุผล

ด้วยสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในสังคมไทย และด้วยสายพระเนตรอันกว้างไกล ของทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดีที่จะช่วยให้เยาวชนห่างไกลจากยาเสพติด และปัญหาสังคมอื่น ๆ ทั้งนี้ เพราะปัญหายาเสพติด เป็นสาเหตุเชื่อมโยงให้เกิดปัญหาอื่นในสังคม กอปรทั้งทรงมีความเข้าใจในธรรมชาติ และเชื่อมั่นในพลังของเยาวชนที่จะกำหนดอนาคตของตนเอง จึงทรงพระกรุณาธิคุณรับเป็นองค์ประธานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยทรงมอบหมายให้กรมสุขภาพจิต ทำหน้าที่เลขานุการโครงการ ดำเนินงานภายใต้สโลแกน “เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” กิจกรรมในโครงการมุ่งการเรียนรู้ลักษณะ Play and Learn โดยการประยุกต์กับองค์ความรู้สุขภาพจิต

ภาพที่ 14 พิธีเปิด โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไข

ปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE



ภาพที่ 15 รายการ “TO BE NUMBER ONE VARIETY”

เพื่อส่งเสริมเยาวชนคนรุ่นใหม่ให้ห่างไกลยาเสพติด



ภาพที่ 16 ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี

ทรงเยี่ยมชมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE จ.เพชรบูรณ์



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. จำนวนผู้มารับบริการศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในห้างสรรพสินค้า 4 แห่ง จำนวน 34,442 คน (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.94)

2. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมการประกวด/กิจกรรมสร้างสรรค์ในโครงการ TO BE NUMBER ONE จำนวน 135,000 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5)

3. องค์ประธานโครงการทรงติดตามผลการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ประจำปี 2566 จำนวน 18 แห่ง (18 จังหวัด)

4. ชมรม TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดีเด่น พร้อมเป็นต้นแบบ จำนวนทั้งสิ้น 159 ชมรม และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานต้นแบบ เข้าสู่ระดับประเทศ จำนวน 159 ชมรม

5. ร้อยละ 97.65 ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการ TO BE NUMBER ONE มีความรู้และทักษะในการป้องกันการติดสารเสพติด (มีภูมิคุ้มกันทางจิต)

6. พัฒนานวัตกรรม/องค์ความรู้การดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยเครือข่ายจังหวัด และชมรม TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศ จำนวน 120 เรื่อง

7. ผลิตสื่อองค์ความรู้โครงการ TO BE NUMBER ONE จำนวน 14 เรื่อง

ภาพที่ 17 TO BE NUMBER ONE IDOL รุ่นที่ 13



ภาพที่ 18 ค่ายพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE



ภาพที่ 19 กิจกรรม TO BE NUMBER ONE ณ โรงเรียนตรุนารบุรี



2. โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในวิถีชีวิตใหม่เพื่อเสริมสร้างพลังใจ (Resilience) แก่ประชาชน

หลักการและเหตุผล

การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) กรมสุขภาพจิต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีเป้าหมายยกระดับความรู้สุขภาพจิตให้ประชาชนมีระดับความรู้ในระดับมาก - มากที่สุด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.8 ปี 2565 เป็นร้อยละ 80 ในปี 2570 ผ่านประเด็น “รู้...ก็อยู่รอด” (เข้าถึงข้อมูล สังเกตอารมณ์ ดูแลตัวเองได้และรู้แหล่งช่วยเหลือ) ใน 5 flagship ได้แก่ 1) RQ 2) การป้องกันการฆ่าตัวตาย 3) SMI-V 4) SMI-R และ 5) พัฒนาการเด็ก ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มวัย 4 กลุ่มเฉพาะรวมเป็น 9 กลุ่ม ดังนี้ 5 กลุ่มวัย ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัย 2) เด็กวัยเรียน - วัยรุ่น 3) วัยทำงานตอนต้น (Pre-working) 4) วัยทำงาน 5) วัยสูงอายุ และ 4 กลุ่มเฉพาะ ได้แก่ 1) เด็กออทิสติกและสมาธิสั้น 2) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 3) ผู้ป่วยจิตเวช และ 4) ประชาชนในภาวะวิกฤต

ภาพที่ 20 นวัตกรรม: “เครือข่ายพลเมืองสร้างสุข” ภายใต้ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 10



ภาพที่ 21 สร้างเครือข่ายความรอบรู้ Best practice MHL : การดูแลใจในสถานประกอบการ บริษัท เบทาโกรอุตสาหกรรม จำกัด เขตสุขภาพที่ 7



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ประชาชนได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และได้รับการประเมินผล จำนวน 86,164 คน
2. มีระบบฐานข้อมูลความรู้สุขภาพจิต MHL HUB เว็บไซต์ : www.mhl.dmh.go.th
3. แบบประเมินความรู้สุขภาพจิต สำหรับ 5 กลุ่มวัย 4 กลุ่มเฉพาะที่ได้รับการพัฒนา
4. ผลความรู้สุขภาพจิต 5 กลุ่มวัย 4 กลุ่มเฉพาะ จำนวน 86,164 คน (เป้าหมาย 63,700 คน)

- กลุ่มผู้ประกอบการที่เข้าร่วม Triple-P/เด็กออทิสติก/สมาธิสั้น/ญาติผู้ป่วย/ประชาชนในภาวะวิกฤตมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 58.05 (จำนวน 10,847 คน จากจำนวน 17,847 คน)

- กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด/จิตเวช มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 56.66 (จำนวน 6,388 คนจากจำนวน 11,187 คน)

ภาพที่ 22 Best practice MHL : พื้นที่ 3 ส. Model สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ วัดเชิงกระบือ จันทบุรี



Best practice จากพื้นที่ 33 เรื่อง ชุมชน 8 เรื่อง กลุ่มวัยและสื่อสาร 10 เรื่อง ได้แก่ ปฐมวัย 1 เรื่อง วัยเรียน วัยรุ่น 4 เรื่อง วัยทำงาน 2 เรื่อง วัยสูงอายุ 2 เรื่อง และสื่อสาร 1 เรื่อง พัฒนาการเด็ก 4 เรื่อง และระบบบริการ 9 เรื่อง

3. โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุไทย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (Complete age society) วัยสูงอายุเป็นวัยที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากผู้สูงอายุมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตน้อยจะไม่สามารถยอมรับและปรับตัวได้ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าตามมาได้ โดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย ถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก, 2017) ซึ่งการดูแลและช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มจะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา

จากสาเหตุปัญหาดังกล่าวข้างต้น กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพจิตดี จึงกำหนดดำเนินโครงการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อลดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว โดยสร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงความสำคัญและถ่ายทอดแนวทางการดูแลสุขภาพจิตให้แก่ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในและนอกสถานธนาสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้รับการเสริมสร้างความสุขและพลังใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงลดปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อร่างกาย มีความสุขและสามารถใช้ชีวิตตามศักยภาพ เป็นพลังของสังคมและประเทศชาติต่อไป

ภาพที่ 23 กิจกรรม Kick off ของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2566
ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทยในเขตสุขภาพ



ภาพที่ 24 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงต้นแบบ
ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกัน
ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้กับศูนย์สุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง
- 2) ผลักดันให้เกิดการคัดกรอง 2Q Plus เข้าไปในฐานข้อมูล HDC และในเครื่องมือคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน กระทรวงสาธารณสุข ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล Bluebook Application ของกรมอนามัย, Smart อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- 3) จัดกิจกรรม Kick off ของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทยในเขตสุขภาพ



4) คัดกรองและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือ ครอบคลุมเป้าหมายทั้ง 4 setting ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4,978 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 385 แห่ง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (สถานสงเคราะห์คนชรา) จำนวน 12 แห่ง และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพ (ศพอส.) จำนวน 34 แห่ง

5) ผลิตภัณฑ์/องค์ความรู้สำหรับการดำเนินงานเสริมสร้างและดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) ชุดคู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (2) แผ่นพับ “สร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ” (3) แผ่นพับ “4 อาการบ่งชี้ผู้สูงอายุวัยห่วยโย โสโคร่งเกิด” และ (4) แผ่นพับ “การสื่อสารและสร้างพลังใจสำหรับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

6) ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (พลังใจ : RQ) จำนวน 175,345 คน (เป้าหมาย 100,000 คน) และผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพลังใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.1 (จำนวน 14,059 คน จากผลการสำรวจโดยการสุ่มประชากรเป้าหมาย มากกว่า 400 คน ต่อเขตสุขภาพ) และผู้สูงอายุมีระดับพลังใจลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น

7) ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ ร้อยละ 99.86 (จำนวน 4,877 คน จากจำนวน 4,884 คน) (เป้าหมายร้อยละ 65)

8) ผลการคัดกรองและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือ พบว่า

- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q plus ร้อยละ 98.15 (จำนวน 175,345 คน จากจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 178,641 คน)
- ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ร้อยละ 79.6 (จำนวน 3,882 คน จากจำนวน 4,877 คน)

ภาพที่ 25 สื่อสร้างสุข 5 มิติ (การสื่อสารและสร้างพลังใจสำหรับผู้สูงอายุ)



ภาพที่ 26 การประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในเขตสุขภาพ



4. โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

การสื่อสารและประชาสัมพันธ์เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะสามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้กับประชาชน และสร้างความตระหนักให้สังคมและประชาชนรับรู้และเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากยิ่งขึ้น การสื่อสารและประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่เป็นผลมาจากการสร้างการร่วมแรงร่วมใจทั้งทางด้านทรัพยากร การลงทุน และความร่วมมือต่าง ๆ จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมผ่านสื่อมวลชน มีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนได้รับทราบถึงองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ ๆ ด้านสุขภาพจิต นำไปสู่การให้ประชาชนไทยมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุข ห่างไกลจากความเครียดและการสูญเสียด้านสุขภาพจิต ด้วยเหตุนี้กรมสุขภาพจิตจึงกำหนดใช้กลยุทธ์ด้านการรณรงค์ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของประชาชนให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจ รวมถึงสร้างนวัตกรรมและความร่วมมือต่าง ๆ ผ่านการสื่อสาร ผ่านสื่อมวลชน เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต

ภาพที่ 27 กรมสุขภาพจิต รมรณรงค์สัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ
มีความรู้ก็อยู่รอด”



ภาพที่ 28 Kick off งานสัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ
วัดใจ เต็มพลัง สังคมสุข



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

- 1) รณรงค์งานวันสุขภาพจิตโลก ปี 2566 (World Mental Health Day 2023)
- 2) รณรงค์งานสัปดาห์สุขภาพจิต ประจำปี 2566 โดยจัดกิจกรรมในส่วนกลาง จำนวน 5 ครั้ง ดำเนินงานโดยสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันราชานุกูล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
- 3) สนับสนุนการรณรงค์งานสัปดาห์สุขภาพจิตระดับภูมิภาค 2 แห่ง คือ จ.เชียงใหม่ และ จ.นครราชสีมา
- 4) สนับสนุนการรณรงค์งานสัปดาห์สุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพ ศูนย์สุขภาพจิตทั้ง 13 แห่ง
- 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความรอบรู้สุขภาพจิต
- 6) ระบบการวิเคราะห์ข่าว New Clipping เป็นระยะเวลา จำนวน 9 เดือน
- 7) สื่อสาร และผลิตสื่อในสถานการณ์วิกฤต (กรณีในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู)
- 8) เผยแพร่ข่าวสารสุขภาพจิต จำนวน 180 ข่าว
- 9) จัดทำข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตรูปแบบคลิปวิดีโอความรู้ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตให้กับประชาชน
- 10) สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพจิตกับเครือข่ายสื่อมวลชนให้กับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และสนับสนุนการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต



5. โครงการเสริมสร้างสภาวะและพลังใจ (Resilience) ประชาชนวัยทำงาน

หลักการและเหตุผล

จากรายงานสรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย ไตรมาสที่ 1 ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ที่อยู่ในวัยกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมจะทำงาน จำนวน 38.75 ล้านคน ประกอบด้วยผู้มีงานทำ 37.58 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์แรงงานในช่วงเวลาเดียวกันเมื่อปี 2563 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้มีงานทำลดลง 5 แสนคน ผู้ว่างงานเพิ่มขึ้นมากถึง 7 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานทั้งในระดับบุคคลและองค์กร นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพร่างกายแล้ว ด้านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่มีการติดตามผ่านระบบ Mental Health Check In ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 10 กรกฎาคม 2564 พบว่า ประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) จำนวน 884,923 คน มีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.36 มีความเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 3.51 มีความเครียดสูง ร้อยละ 2.56 และมีพลังใจ RQ ระดับน้อย ร้อยละ 2.16 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.36 (กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของวัยทำงานที่เพิ่มขึ้นแล้วยังพบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีสภาวะที่ดีพร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งหวังให้คนไทยในอนาคตมีความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. วัยทำงานตอนต้น : กลุ่มนักเรียนมหาวิทยาลัยราชภัฏและมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล

1.1 มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการคู่มือช่วยดูแลจิตใจ แก้วสู่คนไทยคุณภาพ จำนวน 2 ครั้ง คือ

1.1.1 กรมสุขภาพจิตกับมหาวิทยาลัยราชภัฏ 38 แห่ง ในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

1.1.2 กรมสุขภาพจิตกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล 9 แห่ง ในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

1.2 มหาวิทยาลัยราชภัฏ (จำนวน 38 แห่ง) และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล (จำนวน 9 แห่ง) มีโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นคู่มือช่วยในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาครบทุกแห่ง และมีมหาวิทยาลัยอื่น ๆ สนใจเข้าร่วมดำเนินงาน 7 แห่ง

1.3 พื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือ นักศึกษาในมหาวิทยาลัย 10 แห่ง

1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงาน ดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

1.5 เทคโนโลยีสุขภาพจิตเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน แก่ภาคีเครือข่ายมหาวิทยาลัย จำนวน 2 เรื่อง

ภาพที่ 29 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงาน ดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



2. วิทยากร : กลุ่มคนวัยทำงานในสถานประกอบการ/องค์กร

2.1 มีบุคลากรที่เป็นภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพใจคนวัยทำงานในสถานประกอบการ/องค์กร ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ให้การปรึกษาเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม จำนวน 66 คน

2.2 มีผู้แทน/บุคลากรที่สามารถเป็น Mental Health Leader จากสถานประกอบการ/องค์กร เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงาน จำนวน 70 คน ช่วยสร้างความตระหนักรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพคนวัยทำงานทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในทุกเขตสุขภาพ

2.3 มีประชาชนวัยทำงานในชุมชนและองค์กร/สถานประกอบการ ในพื้นที่เป้าหมายเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และกรุงเทพมหานคร ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผ่านเครือข่ายภายใต้กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการบูรณาการผ่านโครงการความร่วมมือทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข จำนวน 1,194,199 คน และมีสถานประกอบการ/องค์กร ที่ลงทะเบียน Mental Health Check In จำนวนทั้งสิ้น 2,386 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 14 ก.ย 66) จากผลการสำรวจความสุขและพลังใจของประชาชนวัยทำงาน (Resilience) ในปี 2566 จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนวัยทำงาน ภาพที่ 30 “โครงการคู่มือเครือข่ายดูแลจิตใจ ก้าวสู่คนไทยคุณภาพ” ใน 13 เขตสุขภาพ ผลการประเมินความสุข พร้อมขยายผลแนวทางการดูแลสุขภาพใจให้นักศึกษาไทย (อายุ 15 - 59 ปี) จำนวน 2,154 คน พบว่า มีผลคะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติถึงสูงกว่า จำนวน 1,543 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 และการประเมินความเข้มแข็งทางใจ (อายุ 25 - 60 ปี) จำนวน 1,734 คน พบว่า มีผลคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงสูงกว่า จำนวน 1,607 คน คิดเป็นร้อยละ 92.67 (เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2566)



3. มีการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผ่านนโยบาย/โครงการความร่วมมือระดับกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

3.1 โครงการขับเคลื่อนสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการ อย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living) ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3.2 โครงการสถานประกอบการปลอดภัย ปลอดภัย ใจเป็นสุข ร่วมกับกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย (ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน)

3.3 แนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานประกอบการ 10 Packages ร่วมกับกรมอนามัย

3.4 นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 - 2570 ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4. มีสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพครอบครัวผ่านการเต้น (กิจกรรมทางกาย) ภายใต้กิจกรรม “Family Dance Family Love” ผ่านช่องทางออนไลน์ TIKTOK มีจำนวนผู้เข้าถึง 3,238 คน

ภาพที่ 31 เทคโนโลยีสุขภาพจิตเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานแก่ภาคีเครือข่าย





ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

1. โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง และเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ภายใต้โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ/เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นคุณภาพการจัดระบบดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เพิ่มคุณภาพการเลี้ยงดู การส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/เด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ ทั้งกลุ่มที่เสี่ยงด้านกายภาพและจิตใจ และสังคมแก่พ่อแม่ ผู้ดูแล รวมทั้งมีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานบริการกระตุ้นพัฒนาการให้ได้ตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้า/เด็กกลุ่มเสี่ยงฯ มีพัฒนาการตามวัย ปัญหาด้านการเรียนรู้ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยเรียน ตลอดจนส่งผลต่อการมีระดับสติปัญญาที่ไม่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานสากล สามารถใช้สติปัญญาได้อย่างเต็มที่ และเติบโตเป็นคนดี มีความสุข ประสบความสำเร็จทั้งในวัยเรียนไปจนเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. การดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ/พัฒนาการล่าช้า

1.1 ร้อยละ 97.43 ของเครือข่าย (รพช./สบส./รพท./รพศ.)

มีระบบดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าตามแนวทางที่กำหนด

1.2 ร้อยละ 98.83 ของเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง (Birth

Asphyxia : BA, Low Birth Weight : LBW, แม่วัยรุ่น, แม่ที่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตร) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นจนมีพัฒนาการสมวัย

ภาพที่ 32 กิจกรรมระบบส่งเสริมดูแล
เด็กพัฒนาการล่าช้า



1.3 ร้อยละ 73.68 (เขตสุขภาพที่ 1 - 12), ร้อยละ 25.58 (เขตสุขภาพที่ 13) ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

1.4 ร้อยละ 52.18 (เขตสุขภาพที่ 1 - 12), ร้อยละ 37.09 (เขตสุขภาพที่ 13) ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์

1.5 ร้อยละ 37.24 (เขตสุขภาพที่ 1 - 12), ร้อยละ 86.67 (เขตสุขภาพที่ 13) ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย

2. การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กปฐมวัย

2.1 จำนวนพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กปฐมวัยด้วยกิจกรรมการพัฒนาเด็กไทยคิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยผูกพัน (CPR) หรือ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple - P) ในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 รวมทั้งสิ้น 120 พื้นที่

2.2 จำนวนเด็กและครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ฯ จำนวน 2,253 ครอบครัว

2.3 ร้อยละ 84.38 ของเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ฯ มีระดับ EQ ดีขึ้น

2. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิต ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้หารือแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นร่วมกัน เพื่อใช้ “โรงเรียนและชุมชนเป็นฐาน” ในการพัฒนาระบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในชุมชน เชื่อมโยงสู่ระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชโดยใช้โมเดล Triple - P สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน โมเดล School Health HERO สำหรับเด็กวัยเรียนในโรงเรียน และโมเดลจิตแพทย์พี่เลี้ยงหรือคาราวานจิตเวชเด็กที่ปรับให้เข้ากับ “ภูมิสังคม” ของท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นสินทรัพย์ (Asset) ที่มีคุณค่าของชุมชน สังคมและประเทศ ด้วยการบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับโครงการหรือระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร ช่วยให้เด็กและเยาวชนที่ขาดโอกาสได้เข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นด้วย “โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และสถาบันราชานุกูล ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ขึ้นเพื่อเฉลิมพระเกียรติและสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 และเพื่อเป็นการพัฒนาด้านแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ครบวงจรต่อเนื่อง ตั้งแต่ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาลในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน ในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร ให้มีสุขภาพจิตดี รวมถึงพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพเด็กและวัยรุ่นครบวงจร ให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ โดยในปีงบประมาณ 2566 ดำเนินการ 8 พื้นที่ และในปีงบประมาณ 2567 ขยายเพิ่ม 9 พื้นที่ ให้ครอบคลุมทั้ง 21 แห่งทั่วประเทศ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. เด็กปฐมวัยอายุ 2 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 86.34 (เป้าหมายร้อยละ 80) และมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 95.93 ทักษะผู้ปกครองผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80.95
 2. เด็กวัยเรียน ได้รับการสังเกตปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมด้วย 9S plus จำนวนทั้งสิ้น 28,833 คน พบนักเรียนต้องได้รับการประเมินด้วย SDQ ร้อยละ 10.1 จำนวน 2,916 คน พบกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแล จำนวน 1,943 คน ร้อยละ 66.60 และ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น จำนวน 981 คน ร้อยละ 50.50
 3. การเข้าถึงโรคออทิสติก ร้อยละ 52 พบพื้นที่ดำเนินโครงการที่การเข้าถึงผ่านเกณฑ์ 7 แห่ง จากพื้นที่เป้าหมาย 8 แห่ง ร้อยละ 87.50 ของพื้นที่ทั้งหมด และการเข้าถึงโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 35 พบพื้นที่ดำเนินโครงการที่มีการเข้าถึงผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง จากพื้นที่เป้าหมาย 8 แห่ง ร้อยละ 37.50 ของพื้นที่ทั้งหมด
- ภาพที่ 33 ส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช





3. โครงการการพัฒนาคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS)

หลักการและเหตุผล

กลุ่มอาการออทิสซึม (Autism Spectrum Disorder : ASD) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง โดยมีอาการแสดงที่เป็นความบกพร่องใน 2 ด้านหลัก คือ ด้านการใช้ภาษาสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนพฤติกรรมซ้ำ ๆ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในจำนวนประชากรของประเทศไทย 65 ล้านคน มีประชากรกลุ่มภาวะออทิสซึมประมาณ 6 ใน 1,000 คิดเป็นร้อยละ 0.60 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 650,000 คน ขณะที่การสำรวจอย่างเป็นทางการของไทยในเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีสัดส่วนความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 6 ต่อ 1,000 ปัจจุบันพบว่ายังมีผู้ป่วยโรคออทิสซึมไม่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากปัญหาการกระจายตัวของกุมารแพทย์และจิตแพทย์ในแต่ละพื้นที่ไม่เพียงพอและไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกศรีนครินทร์ได้จัดทำโครงการพัฒนาคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานจิตเวชในกรมสุขภาพจิต ให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ TDAS และผลักดันการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานจิตเวชในกรมสุขภาพจิตและหน่วยบริการสาธารณสุขคู่เครือข่าย และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขคู่เครือข่ายในการใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai Diagnostic Autism Scale; TDAS) ให้มีประสิทธิภาพ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

การใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai Diagnostic Autism Scale ; TDAS) เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนทักษะในการใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้มีความรู้ และทักษะในการใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai Diagnostic Autism Scale ; TDAS) สามารถนำเครื่องมือไปใช้ในการวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ โดยผู้เข้าประชุมประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป บุคลากรสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาล/สถาบันฯ ของกรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 34 การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนโครงการในระดับเขตสุขภาพเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS)



4. โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล

หลักการและเหตุผล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) กำหนดให้การดูแลสุขภาพจิต และสวัสดิภาพของคนทุกกลุ่มอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนประเทศ แต่เด็กและวัยรุ่นปัจจุบันได้รับผลกระทบอย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจ โดยพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 4.10 (ชาย ร้อยละ 2.80, หญิง ร้อยละ 5.30) วัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน และเด็กไทยอายุ 5 - 9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์ สอดคล้องกับผลสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลก

ภาพที่ 35 School Health HERO



กรมสุขภาพจิต ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การดูแลเด็กและเยาวชนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี เป็นเยาวชนที่มีคุณภาพของสังคม โดยมีเป้าหมายให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ และส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันทางสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้ดำเนินโครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล โดยมุ่งเน้นที่จะดูแลสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และสังคมผ่านระบบ School Health HERO และเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม โดยใช้การปฐมพยาบาลทางใจ ดูแลช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิต พร้อมเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก (CPIS) ให้เด็กและเยาวชนไทยมีสุขภาพที่ดี และเป็นประชาชนไทยที่มีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทางสังคมได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ร้อยละ 73.44
2. บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการปฐมพยาบาลทางใจ (PFA)
3. ได้นวัตกรรมดิจิทัล CPIS สนับสนุนการดูแลช่วยเหลือเด็ก

ภาพที่ 36 เครื่องมือสังเกตอาการ 9S



ภาพที่ 37 ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่

School Health HERO





5. โครงการรราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ : การเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชของประเทศไทย (ระยะต่อเนื่อง)

หลักการและเหตุผล

พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดี ศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำริให้มีการจัดตั้งโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เป็นโครงการ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในเรือนจำ ให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งกายและจิตได้ทัดเทียม กับบุคคลภายนอก

จากการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนผู้ต้องขังที่เข้าถึง บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ประมาณ 5,826 ราย จากจำนวน ผู้ต้องขังทั่วประเทศตามรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ สํารวจ ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2564 จำนวน 310,080 ราย ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อยมาก เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ ผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้น เพื่อตอบสนอง พระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังของประเทศไทย จึงได้จัดทำโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ : การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชของประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ 2566 ขึ้น เพื่อวางแผนและดำเนินการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ของประเทศไทย ให้เป็นไปในทิศทาง เดียวกันและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การเข้าถึงบริการของผู้ต้องขังที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเท่าเทียม เช่นเดียวกับบุคคลอื่นต่อไป

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยจิตเวชคดีเข้าถึงบริการในปี 2563 จนถึงปี 2566 ดังนี้ ปี 2563 จำนวน 4,983 คน ปี 2564 จำนวน 5,826 คน ปี 2565 จำนวน 6,222 คน และปี 2566 จำนวน 9,108 คน ตามลำดับ ผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกราย เมื่อพบปัญหาจะได้รับการดูแลรักษา (ผ่านระบบ Tele - Psychiatry หรือ จิตแพทย์เข้าไปตรวจรักษาในเรือนจำ)

ภาพที่ 39 วางแผนและดำเนินการพัฒนางานด้านการดูแล ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชของประเทศไทย



2. มีเรือนจำที่มีระบบการให้บริการ Tele - Psychiatry และพร้อมให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 124 แห่ง จากเรือนจำจำนวน 143 แห่งทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 86.71

3. ผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษกลับสู่ชุมชน จำนวน 3,393 คน ได้รับการติดตามต่อเนื่องบนระบบฐานข้อมูล นิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จำนวน 1,592 คน ร้อยละ 46.62

6. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

หลักการและเหตุผล

ตามแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีความเหมาะสม และเท่าทันกับยุคดิจิทัลในอนาคต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้มอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาความเป็นเลิศด้านซึมเศร้าของโรงพยาบาลวางแผนและกำหนดแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับเป้าหมายการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลด้านโรคซึมเศร้าในอนาคต ตลอดจนพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลเพื่อและเก็บรักษาข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นฐานข้อมูลสนับสนุนการบริหารจัดการและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต่าง ๆ

การดำเนินงานเข้าถึงระบบบริการด้านโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาได้มีการพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือที่ใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การประเมินอาการโรคซึมเศร้า และการติดตามการรักษาแบบออนไลน์ ได้แก่ แบบคัดกรอง 20 แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9Q และนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูลและเริ่มมีการปรับเปลี่ยนแพลตฟอร์มตามยุคสมัยเพื่อจัดทำเป็นสื่อเทคโนโลยีให้ทันสมัย เช่น Web App, Web Page, TikTok เป็นต้น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาและผลักดันให้เพิ่มเข้าถึงระบบบริการทั้งในแบบออนไลน์ และเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Web App : Mental Health Check In, Mood Delight, การสื่อสารหรือให้คำปรึกษาผ่าน Web Page : ศูนย์ ความรู้เทคโนโลยีโรคซึมเศร้าไทย และการใช้ระบบ Tele - Psychiatry เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เท่าทันกับยุคดิจิทัลในปัจจุบัน

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) ร้อยละ 71.91 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
2. บุคลากรมีความเข้าใจในแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานด้านการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีการวางแผนการคัดกรอง และพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ
4. บุคลากรผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการดูแล รักษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. บุคลากรผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของระบบสารสนเทศดำเนินงานดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และการติดตามการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้



7. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจระบบสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ความชุกชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใด ๆ สูงถึงร้อยละ 30.8 และ 13.4 ตามลำดับ ซึ่งพบมากได้แก่ โรคสุราและยาเสพติด โรควิตกกังวล และโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ส่งผลต่อความพิการเรื้อรังและการเป็นภาระทางสังคม ซึ่งแม้การดำเนินโครงการฯ ที่ผ่านมาจะทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มสูงขึ้น แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียง ร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน และพบว่ามีเพียงร้อยละ 21 ที่ได้รับยาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น สำหรับการติดตามต่อเนื่องพบว่ามียาเพียงร้อยละ 39 เท่านั้น

กรมสุขภาพจิต โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จึงได้วางแผนในการดำเนินงานเชิงคุณภาพ โดยจัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการติดตามและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การคัดกรองและการประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 40 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 49.17

2. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 90.28

3. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเข้าถึงบริการและได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนจนสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้เต็มศักยภาพ

4. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Detection)

5. พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและความรุนแรงออนไลน์ (Social Listening) ตามเกณฑ์ได้รับรายงานรายงานสถานการณ์ความรุนแรงทางสังคมและผลกระทบ (DCIR) ผลการดำเนินงาน Alert สถานการณ์ความรุนแรงตามเกณฑ์ สีดำแดง เหลือง จำนวน 609 ข่าว ร้อยละ 100 Response ได้รับรายงานรายงานสถานการณ์ความรุนแรงทางสังคมและผลกระทบ (DCIR) จำนวน 458 ข่าว ร้อยละ 75.21

6. พัฒนาระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน และเสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย/พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ (30 จังหวัด) ขับเคลื่อนระบบ V - Care 76 จังหวัด + 11 เขต กทม. การค้นหาเฝ้าระวัง ครอบคลุมความเสี่ยง ด้วย 5 สัญญาณเตือนและด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อนความรุนแรง Pre - Hos, In - Hos, Post - Hos

ภาพที่ 41 การลงพื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืน



8. โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม

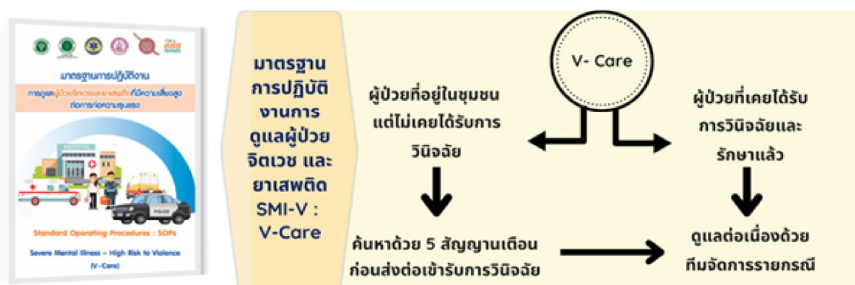
หลักการและเหตุผล

สืบเนื่องจากเหตุการณ์ทำร้ายประชาชนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลอุทัยสวรรค์ อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตทั้งเด็กและผู้ใหญ่เป็นจำนวนมาก ส่วนราชการต่าง ๆ ได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือและเยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบซึ่งรัฐบาลได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นเป็นมูลเหตุของความรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญ และเป็นทั้งผลกระทบจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคม แม้ว่าความรุนแรงส่วนใหญ่จะไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกับเหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดหนองบัวลำภู แต่โรคจิตเวชเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ หากมีระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความครอบคลุมเพียงพอ ผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดภาระของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันแก้ไขความรุนแรง ลดอุบัติเหตุความรุนแรง และจัดการผลกระทบจากความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิต ได้วิเคราะห์บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด เพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรงในสังคม (V-care) และได้จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด SMI-V (Standard Operating Procedures : SOPs Severe Mental Illness - High Risk to Violence : V-Care) โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น นอกจากนั้น ยังได้รับความร่วมมือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งมีนโยบายมอบหมายให้คณะกรรมการระดับจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเหลือทางด้านสังคมแก่ครอบครัว ชุมชนและกลุ่มเปราะบาง ให้ได้รับการเฝ้าระวัง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 95.95 รวมทั้งส่งเสริมและให้ความช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิตในกรณีญาติ ครอบครัว คนใกล้ชิด เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ และต้องการขอรับความช่วยเหลือต่าง ๆ ต่อไป

ภาพที่ 42 มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด SMI-V : V-Care



! บุคคลในครอบครัวต้องระมัดระวังตนเอง

หมั่นสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จดใจข้อหนึ่งตาม SMI-V Scan

- ไม่หลับไม่นอน
- เดินไปเดินมา
- พูดจาคนเดียว
- หงุดหงิดฉุนเฉียว
- เทียวหวาดระแวง



9. โครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

หลักการและเหตุผล

คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง เรื้อรัง รักษาไม่หายมีโอกาสป่วยซ้ำได้ง่ายทำให้มีความผิดปกติทางจิตใจ มีความบกพร่องของการรับรู้ อารมณ์หรือความคิด ส่งผลให้รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภูมิใจ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตลดลงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นกลายเป็นภาระของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายและการดูแลของครอบครัวและชุมชน บางพื้นที่ทอดทิ้งคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือถูกผลักไสออกจากครอบครัว ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดโอกาสการเข้าถึงสิทธิการรักษา อาการทางจิตกำเริบจนก่อความรุนแรงและเป็นอันตรายกับครอบครัวชุมชนและสังคม

ภาพที่ 44 การจ้างงานเชิงสังคมในโรงพยาบาลจิตเวช



กรมสุขภาพจิต ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของผลกระทบจากขาดโอกาสการเข้าถึงการฟื้นฟูทางจิตสังคมและการมีงานทำ จึงได้จัดให้มีโครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมขึ้น เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสามารถเข้าถึงโอกาสการฟื้นฟูทางจิตสังคม รวมถึงโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสู่การมีงานทำ/ทดลองงาน/การจ้างงานเพื่อสามารถพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระกับครอบครัวและสังคม

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. มีหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของผู้ฟื้นฟูทักษะทางจิตสังคมแก่คนพิการทางสุขภาพจิต
2. มีการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสู่การมีงานทำของคนพิการในเชิงนโยบายระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
3. กลุ่มภาคีเครือข่ายหรือภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูคนพิการทางจิตใจ มีร่างชุดสิทธิประโยชน์รายการกิจกรรมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและคนพิการทางจิตใจ

4. ผู้ดูแลคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสู่การมีงานทำ/รักษางานได้ ร้อยละ 98.68 แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการจิตเวชผู้ใหญ่ 14 แห่ง ในหน่วยบริการจิตเวชและชุมชนใกล้บ้านบุคลากรเครือข่าย (สธ., พม., อบต.) มีความรู้และทักษะตามหลักสูตร JOB COACH อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 98.03

ภาพที่ 43 การจ้างงานในร้านเพื่อน (SE)



ภาพที่ 45 โครงการฯ ฟื้นฟูคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสู่การมีงานทำ



10. โครงการพัฒนาระบบดิจิทัลด้านสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาทางเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ทำให้การบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งประยุกต์ใช้เพื่อสร้างระบบทำงานที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น ต้องมีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นระบบการทำงานภายในองค์กร ไปจนถึงการเสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้รับบริการ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล Digital Transformation มุ่งสู่การบริการที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์แก่ประชาชน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 และหลักธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ (Data Governance for Government) ตลอดจนการเปิดเผยข้อมูล Open Government Data และจัดทำ Data Catalog ด้านสุขภาพจิต รวมถึงผลักดันการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต (HIS) ที่เป็นมาตรฐาน และสามารถคืนข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) กลับไปให้แก่ประชาชนผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ จึงได้ดำเนินการจัดทำ Dataset ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้การได้มาและการนำไปใช้ข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มั่นคงปลอดภัย รักษาความเป็นส่วนตัว และสามารถเชื่อมโยงกันได้ โดยมีการกำหนดสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้เสียในการบริหารจัดการข้อมูล ด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 47 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำฐานข้อมูล
ทรัพยากรบุคคล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช



ภาพที่ 46 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบ
ข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชที่สำคัญ



เพื่อให้ผู้บริหาร บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศ ประกอบกับเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบัน ทำให้หน่วยงานพัฒนาคุณภาพช่องทางการให้บริการแก่ประชาชน (การใช้ Mobile Application) ทั้งด้านการบำบัดรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึงบริการครอบคลุมทุกกลุ่มวัย



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชที่สำคัญ ผู้เข้ารับการอบรม ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งสิ้น 42 คน เพื่อนำเข้าและเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญใน Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีรายงานมาตรฐานการเข้าถึงระบบบริการโรคจิตเวชที่สำคัญใน HDC Services กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 48 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเว็บไซต์
ตามมาตรฐานเว็บไซต์ภาครัฐที่ทุกคนเข้าถึงได้
ตามมาตรฐานภาครัฐ WCAG



ตามมาตรฐานเว็บไซต์ภาครัฐที่ทุกคนเข้าถึงได้ ตามมาตรฐานภาครัฐ WCAG (Web Content Accessibility Guideline) จำนวนผู้เข้าอบรม 60 คน เป็นผู้ที่รับผิดชอบเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

4. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำบัญชีข้อมูลภาครัฐ (Data Catalog) ด้านสุขภาพจิต สำหรับศูนย์สุขภาพจิต จำนวนผู้เข้าอบรม 26 คน เพื่อจัดทำชุดข้อมูล คำอธิบายชุดข้อมูล (Metadata) และการจัดทำบัญชีข้อมูลกลางภาครัฐ (Data Catalog) พร้อมนำขึ้นระบบ CKAN ของกรมสุขภาพจิต

5. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในระบบ HIS Gateway หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในระบบ HIS ของหน่วยงาน ในรูปแบบ API ของ Data Center กรมสุขภาพจิตจำนวนผู้เข้าอบรม 61 คน

ภาพที่ 49 รางวัลหน่วยงานที่มีผลงานโดดเด่น ด้านระบบบัญชีข้อมูลหน่วยงานยอดนิยม (Popular Agency Data Catalog) ระดับดีมาก (Silver Award)



2. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการการจัดทำ
ฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
จำนวนผู้เข้าอบรม 39 คน เพื่อดำเนินการจัดทำข้อมูล
ด้านทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวช โดยนำเอาเครือข่าย
ผู้รับผิดชอบงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่
โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคออทิซึม โรคสมาธิสั้น ผู้ปกครอง
ทางสติปัญญา ผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ
ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด และการติดตามผู้ป่วยในชุมชน

3. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเว็บไซต์

11. โครงการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยได้เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตทั้งจากภัยธรรมชาติ ภัยน้ำมีมนุษย และวิกฤตทางสังคมต่าง ๆ ในหลายรูปแบบที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจากข้อมูลการดำเนินงานวิกฤตสุขภาพจิตของทีมปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) หรือทีม MCATT พบว่า มีการปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตรวมจำนวน 143 เหตุการณ์ แบ่งเป็นภัยด้านสาธารณสุขภัย ร้อยละ 60 วิกฤตทางสังคมต่าง ๆ ทั้งจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีต่อตนเอง และความรุนแรงที่กระทำต่อบุคคลอื่น เช่น เหตุการณ์สังหารที่มีความรุนแรงในจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง การฆ่าตัวตายเด็กถูก Bully จนเป็นเหตุทำให้ฆ่าผู้อื่น เป็นต้น ร้อยละ 26.20 และภัยด้านความมั่นคง ร้อยละ 13.80 (ระบบรายงานและฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS), 2565) ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตจะมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และความรู้สึกด้านลบต่อการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของสังคมและชุมชนโดยรวม

ภาพที่ 50 กรมสุขภาพจิต ส่งทีม MCATT ลงพื้นที่เยียวยาจิตใจผู้ประสบเหตุ จังหวัดหนองบัวลำภู



กรมสุขภาพจิต ได้รับมอบหมายให้ดูแลและพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต เห็นความสำคัญของปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ขยายขอบเขตงานสู่การรองรับวิกฤตทางสังคมเพื่อรองรับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปควบคู่กับการดำเนินงานบริหารวิกฤตจากสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการ ผู้ป่วย และผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

ภาพที่ 51 การติดตามเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ รวมทั้งความรุนแรงทางสังคม





ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ รวมทั้งความรุนแรงทางสังคม โดยปีงบประมาณ 2566 มีการแจ้งเตือนในประเด็นวิกฤตทางสังคม (Social Crisis) ไปยังทีม MCATT จำนวน 609 ข่าว และมีการตอบสนองต่อข่าววิกฤตสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์ จำนวน 458 ข่าว ร้อยละ 75.21

2. เครือข่ายสื่อสารและประชาสัมพันธ์มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตและสามารถสร้างสื่อที่ขยายงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต รู้จักช่องทางการให้การช่วยเหลือและสามารถช่วยเหลือแนะนำเบื้องต้นแก่บุคคลอื่นได้

ภาพที่ 53 ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนจิตใจผู้ประสบเหตุ จังหวัดหนองบัวลำภู (2/2)



ผู้อื่นในสังคม โดยพัฒนาขีดความสามารถในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในรูปแบบการซ่อมแผนวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ประจำปี 2566 ระดับภาค

4. บทเรียนจากการบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตและการเยียวยาจิตใจตามหลัก Psychotraumatology ของทีม MCATT ในเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2565 จังหวัดหนองบัวลำภู และกรณีสายไหม นำมาซึ่งการทบทวนคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 มีการติดตามเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยพิบัติ รวมทั้งความรุนแรงทางสังคม จำนวน 355 เหตุการณ์ มีผู้ได้รับผลกระทบทั้งสิ้น จำนวน 6,445 คน ได้รับการดูแลเยียวยาจิตใจ จำนวน 6,099 คน ร้อยละ 94.63 ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 3,279 คน ได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง 3,149 คน ร้อยละ 96.04

ภาพที่ 52 ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนจิตใจผู้ประสบเหตุ จังหวัดหนองบัวลำภู (1/2)



3. ทีม MCATT ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT) ฉบับปรับปรุงและระบบรายงานและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภัยในภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (Crisis Mental Health Surveillance System : CMS) รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมทีม MCATT ทุกระดับเมื่อเผชิญเหตุการณ์กราดยิง หรือสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นมิตร/มุ่งทำร้าย

12. โครงการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ทั่วโลกเริ่มให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากภาวะดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม จากสถิติการเข้าถึงบริการของกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย 2 โรค ได้แก่ ออทิสซึมและสมาธิสั้น

ภาพที่ 54 แนวทางพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้น สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ



พบว่าเมื่ออัตราการเข้าถึงบริการก่อนข้างต้นข้างต้นมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อค้นหาคัดกรองวินิจฉัยและบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพที่ตนเองอาศัยอยู่มีความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ซึ่งจะส่งผลดีต่อการบำบัดรักษาและพัฒนาการทางสติปัญญา สังคม อารมณ์ จิตใจของเด็กต่อไป

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. กุมารแพทย์ ในเขตสุขภาพที่ 3 และ 8 มีความรู้และฝึกปฏิบัติ เรื่องการตรวจวินิจฉัยออทิสติกและสมาธิสั้น, การบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง

2. รมรณัวันออทิสติกโลก ลงนามความร่วมมือ (MOU เพื่อพัฒนาหน่วยร่วมบริการสำหรับบุคคลออทิสติก) ระหว่างกรมสุขภาพจิตกับมูลนิธิออทิสติกไทย วันที่ 2 เมษายน 2566

3. แนวทางพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ส่งให้โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน นำไปทดลองใช้

4. ร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยออทิสติกวัยรุ่น - วัยผู้ใหญ่

5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำเครื่องมือ TDAS ไปใช้เพื่อกำหนดระดับโรงพยาบาลที่เหมาะสมของการใช้เครื่องมือ (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชนและสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต)

6. ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมาย ร้อยละ 52 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 85.53 (เขตสุขภาพที่ 1 - 12) ร้อยละ 29.72 (เขตสุขภาพที่ 13)

7. ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมาย ร้อยละ 35 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 39.60 (เขตสุขภาพที่ 1 - 12) ร้อยละ 11.15 (เขตสุขภาพที่ 13)

ภาพที่ 55 ลงนามความร่วมมือ MOU พัฒนาหน่วยร่วมบริการ สำหรับบุคคลออทิสติก รมรณัวันออทิสติกโลก



ภาพที่ 56 การฝึกปฏิบัติเรื่องการตรวจวินิจฉัยออทิสติกและสมาธิสั้น, การบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง





13. โครงการการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

หลักการและเหตุผล

การดื่มสุราของประชาชนไทยมีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่อง ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 16 ล้านคนเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งผู้ดื่มสม่ำเสมอ (ร้อยละ 90.5) และดื่มนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 9.50) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การดื่มสุราส่งผลต่อการควบคุมตนเอง พร่องด้านการยับยั้งชั่งใจ มีความสามารถในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบคอบลดลง และเมื่อดื่มเป็นประจำต่อเนื่องจะเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

ภาพที่ 57 โรงพยาบาลสวนปรุงได้นำเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (1/2)



ภาพที่ 58 โรงพยาบาลสวนปรุงได้นำเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2/2)



ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมรุนแรง หุนหันพลันแล่นและก้าวร้าว มีรายงานความสัมพันธ์ของการดื่มกับปัญหาสุขภาพจิตที่ระบุว่า การดื่มสุราก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการฆ่าตัวตาย และหากบุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตจะยิ่งทำให้มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาที่ พบว่า ผู้ดื่มสุราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 6.97 เท่า และหากดื่มในปริมาณมากจะเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 37.20 เท่า และบุคคลที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะดื่มสุราสูงขึ้น 1.40 เท่า และ 1.64 เท่าตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานการฆ่าตัวตายของประชากรไทยที่พบว่า หนึ่งในสามอันดับแรก

ของปัจจัยกระตุ้นการตัดสินใจลงมือทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีสุราเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้งพบว่าครอบครัวผู้ดื่มจะพบปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่าคนทั่วไปและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเช่นกัน

โดยที่ผ่านมารการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายดำเนินการในกลุ่มเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายและทางจิต การคัดกรองดำเนินการแบบตั้งรับในสถานพยาบาล การรายงานผลการประเมินและให้ความช่วยเหลือเป็นขั้นตอนและใช้เวลาในการประมวลข้อมูล ซึ่งอาจทำให้กระบวนการช่วยเหลือล่าช้าและไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน และไม่มีกรคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและ

ความเสี่ยงฆ่าตัวตายในประชาชนกลุ่มที่ดื่มสุราเป็นประจำและครอบครัวผู้ดื่มซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย จากช่องว่างการให้บริการดังกล่าว ในปี 2564 โรงพยาบาลสวนปรุงได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และปัญหาสุขภาพจิตอื่นที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Alcohol and Suicide Screening Scale : ASSS) เพื่อให้ประชาชนที่ดื่มสุราสามารถเข้าถึงการคัดกรองด้วยตนเองทุกที่ ทุกเวลาผ่าน QR code และรับทราบผลการคัดกรองทันที หากพบความเสี่ยงต่อปัญหาการดื่ม เครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายจะได้รับคำแนะนำและมีช่องทางขอความช่วยเหลือ ส่งต่อเข้ารับการช่วยเหลือที่เหมาะสม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถติดตาม เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายผ่านโปรแกรมฯ ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ได้นำเครื่อง ASSS และระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบไปใช้ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในจังหวัดเชียงใหม่ และพบว่าประชาชนมีปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 74.30 เครียด ร้อยละ 52.92 ซึมเศร้า ร้อยละ 17.30 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.58 ทั้งหมดได้รับคำแนะนำและติดตามต่อเนื่องตามระดับปัญหา และไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จากผลลัพธ์ดังกล่าว จึงเห็นว่าควรมีการดำเนินโครงการการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบครอบคลุมในพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงจำนวน 29 จังหวัด เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบเข้าถึงบริการการคัดกรอง เฝ้าระวัง และบำบัดติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาการดื่ม ปัญหาสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตายในกลุ่มนี้ต่อไป

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้ดื่มที่เสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดฟื้นฟูจิตใจ ร้อยละ 57.14
2. ผู้ได้รับผลกระทบที่เสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดฟื้นฟูจิตใจ ร้อยละ 44.44
3. ผู้ดื่มที่เสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่อง ร้อยละ 57.14
4. ผู้ได้รับผลกระทบที่เสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่อง ร้อยละ 44.44
5. ผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบที่เสี่ยงฆ่าตัวตายไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ภาพที่ 60 ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มและผู้ได้รับผลกระทบไปใช้ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงใน จ.เชียงใหม่



ภาพที่ 59 โครงการการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 29 จังหวัด





14. โครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในประชากรเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ

หลักการและเหตุผล

การฆ่าตัวตาย ยังคงปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2563 - 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของประเทศ เพิ่มขึ้นที่อัตรา ปี 2563 คือ 7.26, ปี 2564 7.50 และปี 2565 มากถึง 7.75 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มี อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น มากถึง 10.39 ต่อประชากรแสนคน เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยสำคัญประกอบด้วย 1) ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 31.50 2) ป่วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 27.0 (โรคจิต ร้อยละ 12.20, ซึมเศร้า ร้อยละ 11.1 และอื่น ๆ ร้อยละ 5.30) 3) มีการใช้สุรา ร้อยละ 21.10 4) มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 13.7 และ 5) การติด สารเสพติด ร้อยละ 10.50 ในส่วนของปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญประกอบด้วย 1) ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 47.40 (ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 24.0, น้อยใจ คู่ค้า คู่สามี ร้อยละ 21.70 และผิดหวังความรัก ร้อยละ 10.60) และ 2) ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 24.0 เป็นเหตุการณ์ที่ซับซ้อน ทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ จึงควรเสริมสร้างให้ระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีอยู่ยังคงเข้มแข็ง ดำเนินการค้นหา ด้วยการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต เพิ่มการเฝ้าระวัง ดูแลให้เข้าถึงบริการ ให้ได้รับการดูแลบำบัดรักษา ลดปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุม ทั้งมิติกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ภาพที่ 61 โครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบ
บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประชากรเปราะบาง



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ร้อยละของความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการฯ อยู่ในระดับดี ถึงดีมาก ร้อยละ 94.40 และผู้เข้าร่วม ประชุมฯ มีความพึงพอใจต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์และให้ข้อเสนอแนะ ต่อการนำเสนอ กรณีสึกษา อยู่ในระดับดี ถึง ดีมาก ร้อยละ 90.20

2. พื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัด มีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด ตามปัจจัยเสี่ยงปัจจัยกระตุ้นจากการวิเคราะห์ ข้อมูลจากพื้นที่ เพื่อการขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม ลงพื้นที่ สอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 970 ราย และบันทึก ผ่านระบบ Website ได้ครบถ้วน (ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566)

(1) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 98.46

(2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 7.94 ต่อ ประชากรแสนคน

(3) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ ร้อยละ 59.70

ภาพที่ 62 กิจกรรมโครงการลดการฆ่าตัวตาย
เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต
และจิตเวชในประชากรเปราะบาง



15. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน และจัดระบบบริการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากซับซ้อน ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ส่งต่อมารักษาเนื่องจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพไม่สามารถให้บริการได้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วยสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ ในขณะที่สถานบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตยังได้มีการพัฒนาวิชาการด้านการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยการศึกษาวิจัย พัฒนานวัตกรรมเฉพาะโรคเฉพาะทาง เป็นสถานบันผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้บริการในเขตสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นผู้กำหนด

ภาพที่ 63 DIGITAL BOOK งานวิจัยการคาดการณ์อนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ.2567



ภาพที่ 64 กิจกรรมหลักสูตร “Mental Health Pre-incubation 2023 รุ่นบุกเบิก”



นโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในระดับประเทศด้วยการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชระดับที่รุนแรง ยุ่ยากซับซ้อนในระดับประเทศได้รับการดูแลและมีนวัตกรรมการรักษาที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ปี 2566 กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต

และจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต 20 แห่ง มีการพัฒนาระบบบริการและวิชาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง ยุ่ยาก ซับซ้อน และระบบบริการเฉพาะทางทั้งในจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดจิตเวชทั่วไปในระบบ THIP จำนวน 6 ตัวชี้วัด
2. หน่วยบริการจิตเวชมีกระบวนการ Benchmark ในการยกระดับคุณภาพบริการ
3. ร่างแผนการจัดระบบบริการสุขภาพจิต
4. สิทธิประโยชน์บริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน
5. Mental Health Insight Problems จำนวน 12 เรื่อง เพื่อพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
6. หลักสูตรบ่มเพาะนวัตกรรมการด้านสุขภาพจิตขั้นต้น (ระยะสั้น)
7. งานวิจัยการคาดการณ์อนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2567 (Futures of Mental Health in Thailand 2033)



16. โครงการแก้ไขปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบันในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอจังหวัดสงขลา คือ อำเภอเทพา นาทวี จะนะ และสะบ้าย้อย จากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง เดือนมีนาคม 2564 เกิดเหตุการณ์จำนวน 20,971 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 7,233 คน จำนวนผู้บาดเจ็บ 13,441 บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวน 20,674 คน (ข้อมูลกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 25 ธันวาคม 2563) พบว่ามีหญิงหม้ายจำนวน 3,132 คน และเด็กกำพร้าจำนวน 6,687 คน พบว่ามีสถานการณ์ความไม่สงบที่รุนแรง เช่น การลอบยิง การลอบวางระเบิด การวางเพลิงเผาโรงเรียนและสถานที่ราชการต่าง ๆ เกิดขึ้น โรงเรียนหรือสถานศึกษาถูกวางเพลิง 360 แห่ง (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2560)

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ทีมเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยด้านการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติ: จำนวน 7 เรื่อง ได้พัฒนาองค์ความรู้นวัตกรรมการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติจำนวน 21 เรื่อง
2. เด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบ มีต้นทุนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 85 และผู้ปกครองเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบมีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโครงการฯ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น และการจัดทำแผนเพื่อตอบสนองได้สถานการณ์วิกฤต ร้อยละ 82
4. ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้รับคำปรึกษาและส่งต่อ ร้อยละ 98
5. ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่กระตือรือร้นความมั่นคง ได้รับการช่วยเหลือจำนวน 49 คน
6. ชุมชนได้รับการสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนชายแดนใต้เพื่อรองรับวิกฤตสุขภาพจิต เนื้อหา/หลักสูตรการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนชายแดนใต้เพื่อรองรับวิกฤตสุขภาพจิต จำนวน 10 ชุมชน
7. ผู้นำศาสนามีความรู้ ความเข้าใจ แนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสามารถนำไปสื่อสารให้ประชาชนในชุมชนได้ จำนวน 48 คน
8. ได้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเยาวชนในการป้องกันการตั้งครมภ์ตามเพศวิถีในอิสลามระดับประถมศึกษาตอนปลายและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีโรงเรียนนำร่อง จำนวน 10 โรงเรียน
9. เยียวยาจิตใจและเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่บุคลากรทางการศึกษาและนักเรียนโรงเรียนบ้านมูโนะและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลมูโนะ อำเภอสุไหงโก-ลก จำนวน 45 คน

ภาพที่ 65 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ



17. พัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และคาดว่าจะสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2583 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น มีค่าความชุกโดยเฉลี่ยร้อยละ 12.40 และผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัย จนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง หรือรุนแรงแล้วจึงจะได้รับการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 95 และมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วยถึงร้อยละ 90 ปัญหาเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อญาติที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงนาน ๆ ญาติจะมีความรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเหนื่อยล้า ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง มีความเครียด ซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลงตามระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ จากภาวะทางจิตใจที่เผชิญทำให้ส่งผลต่อการทำร้าย

ภาพที่ 66 โครงการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ



ภาพที่ 67 การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 22



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. บุคลากรโรงพยาบาลจิตเวช/สถาบันฯ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการประเมิน และดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตพฤติกรรมที่ผิดปกติได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 81.47
2. บุคลากรที่ดำเนินงานกับผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สามารถประเมิน และดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ และรายงานผลตามแผน
3. มีหลักสูตรสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับนักรับบาล/บุคลากร
4. นักรับบาล/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
5. ขยายผลการจัดบริการด้านสุขภาพจิตในสถานรับบาลผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 68 กิจกรรมนักรับบาล/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ





ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

1. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ผู้ก่อเหตุความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการคุ้มครองสิทธิ และได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ลดอาการความผิดปกติ ความรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของบุคคลนั้น และของผู้อื่นในสังคม การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพจิตของผู้มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนเกิดความตระหนัก และเป็นการสร้างเสริมการรับรู้ของประชาชน จะช่วยส่งผลให้ผู้มีปัญหาด้านจิตและจิตเวชได้เข้าถึงบริการ และช่วยให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ส่งผลให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืนในระยะยาวต่อไปได้

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติและคณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ รวมทั้งหน่วยงานภายในกรมสุขภาพจิต ทั้งศูนย์สุขภาพจิตและหน่วยบริการจิตเวช ในพื้นที่

1. จัดทำอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 พร้อมลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา จำนวน 2 ฉบับ ดังนี้
 - 1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต พ.ศ. 2565
 - 2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566
2. จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2661 - 2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เสนอต่อสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ความเห็นชอบ และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
3. ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตเฉพาะด้าน ได้แก่
 - 1) ขับเคลื่อนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - 2) ขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)
 - 3) การบูรณาการระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน
 - 4) ขับเคลื่อนระบบดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบกิจการ
 - 5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน
 - 6) สนับสนุนการจัดทำมาตรฐานผู้ให้บริการด้านจิตวิทยาการปรึกษา

4. ขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ผ่านหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และคณะกรรมการประสานงานการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ซึ่งมีการดำเนินงานครบทั้ง 76 จังหวัด และมีการดำเนินงานอย่างน้อย 7 ประเด็น ดังนี้

- 1) การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 2) การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
- 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ
- 4) การติดตามดูแลสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์ COVID-19
- 5) การดูแลสุขภาพจิตในผู้ป่วย Long COVID-19
- 6) การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด
- 7) ประเด็นสุขภาพจิตและจิตเวชอื่น ๆ ตามบริบทของจังหวัด

ภาพที่ 69 โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย





2. โครงการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในการจัดทำแนวทางการฟื้นฟูจิตใจประชาชนในสถานการณ์การระบาดของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการมาตรการการป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน โดยอาศัยกระบวนการภายในชุมชน กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและต้นทุนทางสังคมขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและเข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทางสังคม ในสถานการณ์วิกฤตให้ชุมชนมีความเข้าใจการป้องกันโรค มีวิธีรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการดูแลใจทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมถึงช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านความปลอดภัยในชุมชน ลดความตื่นตระหนกและค่อย ๆ ฟื้นฟูให้คนในชุมชนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนขึ้นมา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับประชาชนในทุกระดับ ในส่วนของวัคซีนใจในระดับชุมชนนั้น ได้ใช้มาตรการ “4 สร้าง” ประกอบด้วย 1) สร้างความรู้สึกลดภัยในชุมชน (Safety) 2) สร้างความรู้สึกละวางในชุมชน (Calm) 3) สร้างความหวังในชุมชน (Hope) และ 4) สร้างความเข้าใจและให้โอกาสคนในชุมชน (Care) ร่วมกับการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน และการใช้สายสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนมาเป็นฐานในที่สำคัญในการออกแบบแผนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ประชาชนในระดับชุมชน ผ่านกลไกการขับเคลื่อนภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจเกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในทุกเขตสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี เกิดความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถดูแลจิตใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งผ่านวิกฤตการณ์ระบาดในครั้งนี้ไปได้ด้วยกันทั้งประเทศ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. มีอำเภอ/เขต ใน กทม. ที่เข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับ ปชอ./พช. จำนวน 861 อำเภอ และ 50 เขตใน กทม. (รวม 911 แห่ง) และมีอำเภอ/เขต ใน กทม. ที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับ ปชอ./พช. ที่เข้าร่วมสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี จำนวน 764 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 83.86

2. มีจำนวนบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งหมด จำนวน 8,637 คน และมีบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) จำนวน 8,338 คน คิดเป็นร้อยละ 96.54

3. มีบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นคนกลางที่นำประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต (Gate Keeper) จำนวนทั้งหมด 3,127 คน และมีบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นคนกลางที่นำประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต (Gate Keeper) จำนวน 2,679 คน คิดเป็นร้อยละ 85.67

4. มีจำนวนหมอนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพไปแล้วทั้งสิ้น 13,277 คน แบ่งเป็น หมอนที่ 1 จำนวน 9,057 คน หมอนที่ 2 จำนวน 3,821 แห่ง และหมอนที่ 3 จำนวน 399 คน
 5. มีพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลเวียงเชียงแสน จังหวัดเชียงราย/องค์การบริหารส่วนตำบลดอนมะนาว จังหวัดลพบุรี/องค์การบริหารส่วนตำบลกุดโดน จังหวัดกาฬสินธุ์ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
 6. มีพื้นที่ที่ดำเนินงานขับเคลื่อนนวัตกรรมชุมชนในชุมชนจำนวน 1,982 ตำบล ใน 841 อำเภอ
 7. มีเครือข่ายที่เข้าร่วมการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 2,563 เครือข่าย และมีเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้กลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานตามระบบบริหารจัดการเครือข่ายงานสุขภาพจิต จำนวน 2,563 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100
 8. มีเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมด จำนวน 2,563 แห่ง และมีเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 2,560 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.88
 9. มีจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน จำนวน 77 จังหวัด จากจำนวนจังหวัดทั้งหมด 77 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 100
 10. มีจำนวนเทศบาลตำบล/อบต./สำนักพัฒนาสังคม (กทม.) ที่เข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับ คณะกรรมการที่เข้าร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตตามประเด็นของ พพอ. ในพื้นที่กำหนด 1,642 แห่ง
 11. มีเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น ศูนย์เด็กเล็ก สถานประกอบ จำนวน 921 แห่ง
 12. มีคนที่ได้รับการดูแลติดตามความเสี่ยงเฝ้าระวังความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจากทีม 3 หมอ จำนวน สะสมในปี 2566 ทั้งสิ้น 18,823 คน
 13. มีผู้ที่ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ (กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยจิตเวช ติดสุราสารเสพติด และผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโควิดได้รับการดูแล) จำนวน 191,215 คน
- ภาพที่ 70 อบรมพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น





3. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและการดำเนินการพัฒนา “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” (Primary Care Unit : PCU) ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2560 มาตรา 258 หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้บริการตามแนวคิด “การบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการเพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพภายในระบบสุขภาพของประเทศ ลดช่องว่างในการดูแล ทำให้การดูแลครอบคลุมจากอาการ (Symptoms & Signs) ไปสู่โรค (Disease) ไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ให้การคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพจะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ขึ้น

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการบูรณาการงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งกายและจิต กรมสุขภาพจิตโดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มุ่งเน้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีศักยภาพในการจัดการบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัยและทุกมิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. พัฒนาคู่มือ Transformative Mental Health in Primary Care
2. ทดลองใช้คู่มือ Transformative Mental Health in Primary Care จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จ.นครปฐม จ.พิจิตร จ.ระยอง จ.ปราจีนบุรี จ.ภูเก็ต และ จ.ศรีสะเกษ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) มีบริการด้านสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 2,500 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.42
5. แผนการพัฒนา Transformative Mental Health in Primary Care ในรูปแบบ Implementation Science ตาม AIF Model และ CFIR Model

ภาพที่ 72 การประชุมเพื่อพัฒนา Transformative Mental Health in Primary Care



ภาพที่ 71 คู่มือ สร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว



ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง

1. โครงการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

หลักการและเหตุผล

ด้วยกรมสุขภาพจิตได้จัดตั้งสำนักวิชาการสุขภาพจิต โดยกำหนดให้มีอำนาจหน้าที่หนึ่งคือการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษา ค้นคว้า วิจัย การจัดการความรู้ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สอดคล้องตามประเด็นสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศ รวมทั้งควบคุม กำกับ พัฒนาคุณภาพงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ากรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการจำเป็นต้องมีการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่องทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่ทว่าในการปฏิบัติกรมสุขภาพจิต มีการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเข้มข้นเป็นช่วง ๆ มีความต่อเนื่องในบางหน่วยงาน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิด การพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างทั่วถึง ต่อเนื่องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิตจึงจัดทำโครงการพัฒนาวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้น เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับบุคลากร ระดับหน่วยงานและระดับกรมสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความคิดริเริ่มในการพัฒนาองค์ความรู้ และความสามารถทางด้านการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชฯ และสร้างกระบวนการพัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้ที่หลากหลาย เพื่อลดช่องว่างและพัฒนาการดำเนินงานวิชาการที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 73 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้กรมสุขภาพจิต วันที่ 15 - 16 กุมภาพันธ์ 2566



ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

ด้านการวิจัย	ด้านการพัฒนาระบบและบุคลากร
• ร่าง กรอบยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพจิต • โจทย์/ข้อเสนอการวิจัย • ออกแบบกระบวนการพัฒนางานวิจัย • เครือข่ายนักวิจัยระดับกรม • เส้นทางการพัฒนางานวิจัย การยื่นขอรับ IRB การเผยแพร่ผลงานตีพิมพ์ลงวารสาร	• องค์ความรู้ที่ได้เพื่อการจัดการความรู้ : SMI-V การจัดหอผู้ป่วยต้นแบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน เป็นต้น • ทำเนียบนักจัดการความรู้ระดับกรม • ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต จากทั้งภายในและภายนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต • ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญการอบรม ROI และ SROI และการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)



2. โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

ระบาดวิทยาสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่บอกถึงการกระจาย สถานการณ์ สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวชในประชากรกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ นำไปสู่การได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทราบขนาดความรุนแรง และสาเหตุที่เกิดขึ้นของปัญหา เพื่อนำมาใช้ลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นข้อมูลประกอบตัดสินใจสำหรับผู้บริหารในการให้นโยบาย มาตรการสำคัญสำหรับการควบคุม ป้องกันโรค พัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป ทั้งนี้ปีงบประมาณ 2566 ดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณที่ผ่านมา

ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. เฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีการรายงาน เป็นปกติประจำ (Passive Surveillance)

รายงานสถานการณ์และแนวโน้มของโรคจิตเวชจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) บนเว็บไซต์ hdcservice.moph.go.th >> Service Plan >> สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช >> รายงานที่ 22-24 โดยมี 18 รายงานย่อย ที่เกี่ยวกับอัตราป่วยรายใหม่ ความชุก และมีโรคอื่นร่วมด้วยของกลุ่มโรคและรายโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ภาพที่ 74 รายงานระบาดวิทยา

สุขภาพจิตของคนไทย



2. เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตหลังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Active, Sentinel Surveillance) และ/หรือภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตประชาชนไทยได้

องค์ความรู้เรื่อง “รายงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี พ.ศ. 2563 - 2566”

3. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566

นำเสนอและเผยแพร่ผลสำรวจประเด็น “ความรุนแรงในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 22 ประจำปี 2566 ระหว่างวันที่ 19 - 21 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรม ปรินซ์ พาเลซ กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2567 เพื่อให้ได้องค์ความรู้ของความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย รวมทั้งการเข้าถึงบริการ และภาระโรค (Burden of Disease)

ภาพที่ 75 Hfocus นำเสนอข่าว “น่าห่วง! ผลสำรวจพบคนไทย เป็นโรคติดการพนันเพิ่มขึ้นใช้สารเสพติดมากขึ้น”



ภาพที่ 76 การนำเสนอผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 (เบื้องต้น)





03

ส่วนที่

รายงานการเงิน

กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการเงิน

1 รายงานการเงินของกรมสุภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสุภาพจิต จัดทำรายงานการเงินตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐ โดยรวมรายการบัญชีที่เกิดขึ้นทั้งหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนภูมิภาค จำนวน 21 หน่วย ซึ่งแต่ละหน่วยเบิกจ่ายรับผิดชอบบริหารจัดการเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร โดยรายการบัญชีของหน่วยเบิกจ่ายทุกแห่ง ได้นำมาแสดงรวมไว้ในงบการเงินฉบับนี้ โดยมีกองบริหารการคลังเป็นผู้รับผิดชอบในการเสนอรายงานและจัดทำงบการเงินภาพรวมของกรมสุภาพจิต

นโยบายการบัญชีที่สำคัญ

ลูกหนี้ แสดงด้วยมูลค่าสุทธิที่จะได้รับค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญจะตั้งขึ้นสำหรับลูกหนี้ ส่วนที่คาดว่าจะไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ โดยใช้วิธีคำนวณร้อยละของยอดลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแยกตามประเภทลูกหนี้คงเหลือ ณ วันสิ้นรอบระยะเวลาบัญชี

สินค้าคงเหลือ เป็นสินค้าสำเร็จรูปบันทึกบัญชีโดยวิธีการตรวจนับเมื่อสิ้นงวด และตีราคาสินค้าคงเหลือตามราคาทุนโดยวิธีเข้าก่อนออกก่อน (First in - First out: FIFO) อาคาร และอุปกรณ์

- อาคารและสิ่งปลูกสร้าง รวมทั้งส่วนปรับปรุงอาคาร ทั้งอาคารและสิ่งปลูกสร้างที่กรมสุภาพจิต มีกรรมสิทธิ์และไม่มีกรรมสิทธิ์ แต่กรมสุภาพจิตได้ครอบครองและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน แสดงมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม อาคารที่อยู่ระหว่างการก่อสร้าง แสดงตามราคาทุน

- อุปกรณ์ ได้แก่ ครุภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ แสดงมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม

- ค่าเสื่อมราคา บันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน คำนวณโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับหลักการและนโยบายบัญชีสำหรับหน่วยงานภาครัฐ และกรมสุภาพจิต กำหนดอายุการใช้งาน ดังนี้

- อาคารสำนักงาน	อายุการใช้งาน	25 ปี
- ครุภัณฑ์สำนักงาน	อายุการใช้งาน	8 ปี
- ครุภัณฑ์ยานพาหนะ	อายุการใช้งาน	7 ปี
- ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	อายุการใช้งาน	3 ปี

รายได้จากการขายสินค้าและบริการ เป็นรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่กรมสุภาพจิตได้รับอนุญาตให้เก็บรายได้นั้นไว้ เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินงานของกรมสุภาพจิต จะรับรู้เป็นรายได้เมื่อกรมสุภาพจิตส่งมอบบริการให้กับผู้รับบริการ

กรมสุขภาพจิต งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

(หน่วย: บาท)

สินทรัพย์	2566	2565
สินทรัพย์หมุนเวียน		
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	556,644,727.59	626,032,992.17
ลูกหนี้การค้า	401,565,065.74	437,493,659.46
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	9,230,040.58	10,411,980.45
เงินลงทุนระยะสั้น	23,642,101.37	23,558,458.30
สินค้าคงเหลือ	129,966,153.99	121,079,869.41
วัสดุคงเหลือ	5,855,689.29	9,241,339.62
ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า	10,533.38	10,919.80
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	1,126,914,311.94	1,227,829,219.21
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		
อาคารและอุปกรณ์ - สุทธิ	3,307,162,299.69	3,497,844,343.55
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	8,653,485.41	13,818,132.50
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	3,315,815,785.10	3,511,662,476.05
รวมสินทรัพย์	4,442,730,097.04	4,739,491,695.26

หมายเหตุ ข้อมูลจากระบบ New GFMIS Thai ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2566



กรมสุขภาพจิต งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

(หน่วย: บาท)

หนี้สิน	2566	2565
หนี้สินหมุนเวียน		
เจ้าหนี้การค้า	45,336,228.87	67,972,288.34
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	32,638,223.59	26,328,234.78
เงินรับฝากระยะสั้น	61,925,789.65	69,875,461.00
รายได้แผ่นดินรอนาส่งคลัง	-	-
รวมหนี้สินหมุนเวียน	139,900,242.11	164,175,984.12
หนี้สินไม่หมุนเวียน		
รายได้รอการรับรู้ระยะยาว	43,540,147.62	49,933,472.92
เงินอุดหนุนการรับจากคลังระยะยาว	15,430,000.00	15,430,000.00
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน	58,970,147.62	65,363,472.92
รวมหนี้สิน	198,870,389.73	229,539,457.04
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		
ทุน	2,760,851,263.11	2,760,816,763.11
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสม	1,483,008,444.20	1,749,135,475.11
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	4,243,859,707.31	4,509,952,238.22
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	4,442,730,097.04	4,739,491,695.26

หมายเหตุ ข้อมูลจากระบบ New GFMS Thai ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2566

กรมสุขภาพจิต

งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

สำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566

(หน่วย: บาท)

	2566	2565
รายได้		
รายได้จากงบประมาณ	4,337,235,152.56	4,312,443,973.98
รายได้จากเงินกู้และรายได้อื่นจากรัฐบาล	7,821,392.08	48,408,633.70
รายได้จากการให้บริการ	2,571,649,799.62	2,372,586,142.45
รายได้จากการอุดหนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	34,508,609.64	34,905,026.85
รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	48,355,063.13	42,199,998.06
รายได้อื่น	56,720,597.55	73,160,965.98
รวมรายได้	7,056,290,614.58	6,883,704,741.02
ค่าใช้จ่าย		
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	2,814,672,127.19	2,796,027,680.05
ค่าบำเหน็จบำนาญ	982,450,107.34	879,973,355.45
ค่าตอบแทน	305,218,752.91	314,462,503.09
ค่าใช้สอย	781,811,549.88	796,534,363.81
ค่าวัสดุ	286,076,327.62	323,508,231.87
ค่าสาธารณูปโภค	180,271,641.76	150,727,856.37
ต้นทุนขายสินค้าและบริการ	943,089,397.11	870,878,287.86
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	442,038,620.78	446,232,467.40
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	112,574.31	185,900.88
ค่าใช้จ่ายช่วยเหลือตามมาตรการของรัฐ	69,208,204.01	23,388,271.00
ค่าใช้จ่ายอื่น	510,354,078.14	388,584,740.63
รวมค่าใช้จ่าย	7,315,303,381.05	6,990,503,658.41
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	(259,012,766.47)	(106,798,917.39)

หมายเหตุ ข้อมูลจากระบบ New GFMS Thai ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2566



2

รายงานการวิเคราะห์งบการเงินเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงการคลังได้พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMS Thai) เพื่อทดแทนระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) โดยกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐเริ่มใช้ระบบ New GFMS Thai ได้ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2565 โดยประกอบไปด้วยระบบ 5 ระบบ ได้แก่ ระบบงบประมาณ ระบบจัดซื้อจัดจ้าง ระบบเบิกจ่าย ระบบรับและนำส่งรายได้ ระบบบัญชี แยกประเภทระบบสินทรัพย์ถาวร

รายงานการเงินของกรมสุขภาพจิต ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่เสนอรายงานตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ รวมรายการบัญชีที่เกิดขึ้นทั้งที่หน่วยงานในส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนภูมิภาค จำนวน 21 หน่วย ซึ่งแต่ละหน่วยเบิกจ่ายรับผิดชอบบริหารจัดการเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร รายการบัญชีของหน่วยเบิกจ่ายทุกแห่ง จึงได้นำมาแสดงรวมไว้ในรายงานการเงินฉบับนี้ โดยมีกองบริหารการคลังเป็นผู้รับผิดชอบในการเสนอและจัดทำรายงานการเงินภาพรวมของกรมสุขภาพจิต รายการที่ปรากฏในรายงานการเงินรวมถึงสินทรัพย์ หนี้สิน รายได้ และค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นของรัฐบาล และอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลในภาพรวม แต่ให้หน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาและบริหารจัดการให้แก่รัฐบาล ภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย และรวมถึงองค์ประกอบของรายงานการเงินซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของหน่วยงานที่ใช้เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของหน่วยงานเอง

รายงานการเงินของกรมสุขภาพจิต สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566 และ 2565 จากระบบ New GFMS Thai มีบทวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์การย่อส่วนตามแนวดิ่ง (Common Size Analysis)

1.1 งบแสดงฐานะการเงิน ซึ่งมีสัดส่วนของเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อสินทรัพย์รวม ลดลงจากร้อยละ 13.2 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 12.5 ในปี 2566 สัดส่วนของลูกหนี้ระยะสั้นต่อสินทรัพย์รวม ลดลงจากร้อยละ 9.2 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี 2566 สัดส่วนของสินค้าคงเหลือต่อสินทรัพย์รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 2.9 ในปี 2566 สัดส่วนที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ (สุทธิ) ต่อสินทรัพย์รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.8 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 74.4 ในปี 2566 สัดส่วนเจ้าหนี้การค้า ต่อหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน ลดลงจากร้อยละ 1.4 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 1.0 ในปี 2566

1.2 งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน สัดส่วนของรายได้จากงบประมาณต่อรายได้รวม ลดลงจากร้อยละ 62.6 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 61.5 ในปี 2566 สัดส่วนของรายได้จากการให้บริการต่อรายได้รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.5 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 36.4 ในปี 2566 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายรวม ลดลงจากร้อยละ 40.0 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 38.5 ในปี 2566 สัดส่วนค่าตอบแทนต่อค่าใช้จ่ายรวม ลดลงจากร้อยละ 4.5 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2566 ค่าใช้สอยต่อค่าใช้จ่ายรวม ลดลงจากร้อยละ 11.4 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2566 ต้นทุนขายสินค้าและบริการต่อค่าใช้จ่ายรวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2566

2. การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม (Trend Analysis) จากอัตราส่วนตามแนวโน้ม/จำแนกตามรายได้และค่าใช้จ่าย จะเห็นได้ว่าในปี 2566 กรมสุขภาพจิตมีรายการในงบแสดงฐานะการเงินที่เป็นเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ลูกหนี้ระยะสั้น อาคารและอุปกรณ์ (สุทธิ) และเจ้าหนี้การค้าลดลง ส่วนสินค้าคงเหลือเพิ่มขึ้นในปี 2566

สำหรับรายการในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน จะเห็นได้ว่าในปี 2566 กรมสุขภาพจิตมีรายได้จากงบประมาณ รายได้จากการให้บริการเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายบุคลากรและค่าใช้จ่ายบำเหน็จบำนาญ ต้นทุนขายสินค้าและบริการ และค่าใช้จ่ายอื่นเพิ่มขึ้น

3. การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis) จากสภาพคล่องทางการเงิน (Short - Term Risk or Liquidity Risk) จะเห็นได้ว่า กรมสุขภาพจิต มีสภาพคล่อง Current Ratio เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.48 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 8.06 ในปี 2566 และ Quick Ratio เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.68 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 7.08 ในปี 2566 ความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ โดยระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ ลดลงจากร้อยละ 65.69 วัน ในปี 2565 เป็นร้อยละ 58.73 วัน ในปี 2566 สำหรับการบริหารความเสี่ยงระยะยาว อัตราส่วนหนี้สินรวมต่อสินทรัพย์รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.46 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 4.48 ในปี 2566





1) การวิเคราะห์การย่อส่วนตามแนวดิ่ง (Common Size Analysis) กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 และ 2565

		(พันบาท)	อัตราย่อส่วน ตามแนวดิ่ง	
	2566	2565	2566	2565
สินทรัพย์				
สินทรัพย์หมุนเวียน				
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	556,644,727.59	626,032,992.17	12.5	13.2
ลูกหนี้การค้า	401,565,065.74	437,493,659.46	9.0	9.2
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	9,230,040.58	10,411,980.45	0.2	0.2
เงินลงทุนระยะสั้น	23,642,101.37	23,558,458.30	0.5	0.5
สินค้าคงเหลือ	129,966,153.99	121,079,869.41	2.9	2.6
วัสดุคงเหลือ	5,855,689.29	9,241,339.62	0.1	0.2
ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า	10,533.38	10,919.80	-	-
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	1,126,914,311.94	1,227,829,219.21	25.4	25.9
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน				
อาคารและอุปกรณ์ - สุทธิ	3,307,162,299.69	3,497,844,343.55	74.4	73.8
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	8,653,485.41	13,818,132.50	0.2	0.3
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	3,315,815,785.10	3,511,662,476.05	74.6	74.1
รวมสินทรัพย์	4,442,730,097.04	4,739,491,695.26	100.0	100.0

หมายเหตุ ข้อมูลจากระบบ New GFMS Thai ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2566

กรมสุภาพจิต งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 และ 2565

	(พันบาท)		อัตราย่อยส่วน ตามแนวดิ่ง	
	2566	2565	2566	2565
หนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน				
หนี้สิน				
หนี้สินหมุนเวียน				
เจ้าหนี้การค้า	45,336,228.87	67,972,288.34	1.0	1.4
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	32,638,223.59	26,328,234.78	0.7	0.6
เงินรับฝากระยะสั้น	61,925,789.65	69,875,461.00	1.4	1.5
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง			-	-
รวมหนี้สินหมุนเวียน	139,900,242.11	164,175,984.12	3.1	3.5
หนี้สินไม่หมุนเวียน			-	-
รายได้รอการรับรู้ระยะยาว	43,540,147.62	49,933,472.92	1.0	1.1
เงินทดรองราชการรับ	15,430,000.00	15,430,000.00	0.3	0.3
จากคลังระยะยาว				
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน	58,970,147.62	65,363,472.92	1.3	1.4
รวมหนี้สิน	198,870,389.73	229,539,457.04	4.5	4.8
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน				
ทุน	2,760,851,263.11		57.7	56.1
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	1,483,008,444.20	2,760,816,763.11	37.5	37.7
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	4,243,859,707.31	1,749,135,475.11	95.2	93.8
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	4,442,730,097.04	4,509,952,238.22	100.0	100.0

หมายเหตุ ข้อมูลจากระบบ New GFMS Thai ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2566



กรมสุภาพจิต งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

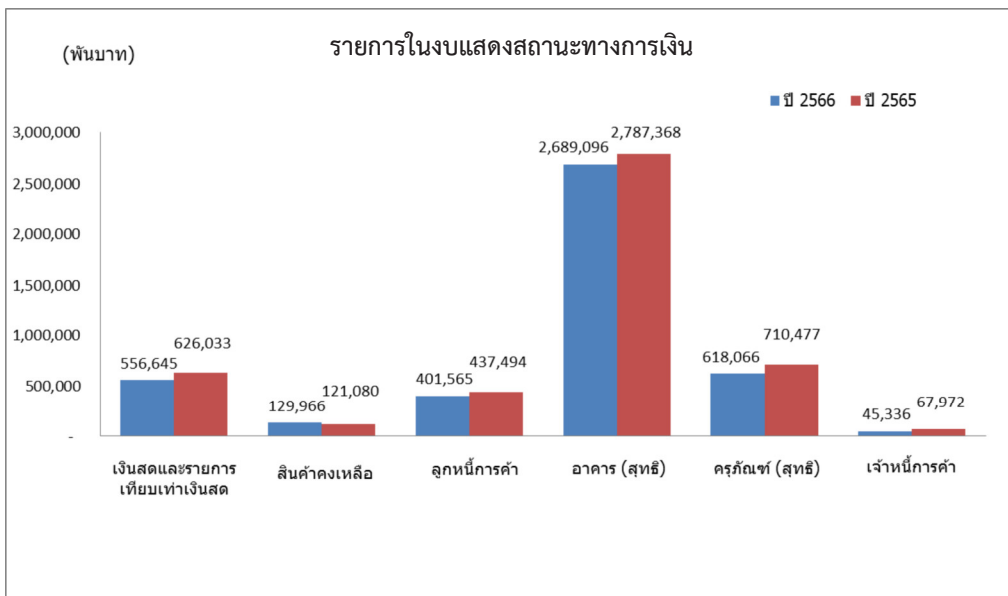
สำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566 และ 2565

	2566	(พันบาท) 2565	อัตราส่วน ตามแนวดิ่ง	
			2566	2565
รายได้				
รายได้จากงบประมาณ	4,312,444.0	4,220,536.3	61.5	62.6
รายได้จากเงินกู้และรายได้อื่นจากรัฐบาล	48,408.6	6,280.4	0.1	0.7
รายได้จากการให้บริการ	2,366,870.7	2,334,625.1	36.4	34.5
รายได้จากการอุดหนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	34,905.0	56,326.4	0.5	0.5
รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	40,686.8	70,091.1	0.7	0.6
รายได้อื่น	73,161.0	48,316.8	0.8	1.1
รวมรายได้	6,876,476.1	6,736,176.1	100.0	100.0
ค่าใช้จ่าย				
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	2,814,672,127.19	2,796,027,680.05	38.5	40.0
ค่าบำเหน็จบำนาญ	982,450,107.34	879,973.355.45	13.4	12.6
ค่าตอบแทน	305,218.752.91	314,462.503.09	4.2	4.5
ค่าใช้สอย	781,811.549.88	796,534.363.81	10.7	11.4
ค่าวัสดุ	286,076.327.62	323,508.231.87	3.9	4.6
ค่าสาธารณูปโภค	180,271.641.76	150,727.856.37	2.5	2.2
ต้นทุนขายสินค้าและบริการ	943,089.397.11	870,878.287.86	12.9	12.5
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	442,038.620.78	446,232.467.40	6.0	6.4
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	112,574.31	185,900.88	0.0	0.0
ค่าใช้จ่ายช่วยเหลือตามมาตรการของรัฐ	69,208.204.01	23,388.271.00	0.9	0.3
ค่าใช้จ่ายอื่น	510,354.078.14	388,584.740.63	7.0	5.6
รวมค่าใช้จ่าย	7,315,303,381.05	6,990,503,658.41	100.0	100.0
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	(259,012,766.47)	(106,798,917.39)		

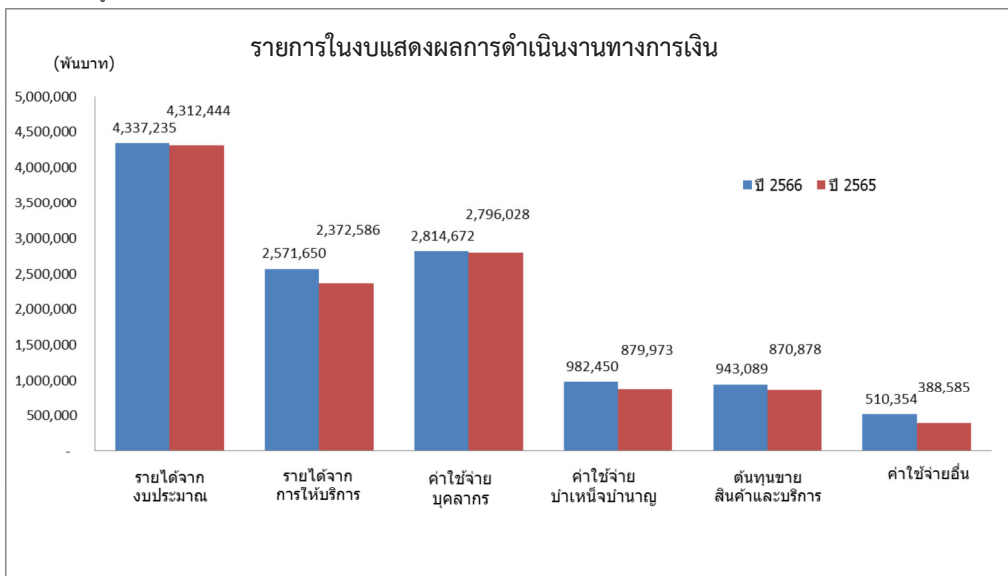
หมายเหตุ ข้อมูลจากระบบ New GFMS Thai ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2566

2) การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม/จำแนกตามรายได้และค่าใช้จ่าย (Trend Analysis)

ภาพที่ 77 รูปกราฟแสดงรายการในงบแสดงสถานะทางการเงิน



ภาพที่ 78 รูปกราฟแสดงรายการในงบแสดงสถานะทางการเงิน





3) การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)

สูตร	ปี 2566	ปี 2565
3.1 การบริหารสภาพคล่อง		
3.1.1 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio		
<u>สินทรัพย์หมุนเวียน</u>	<u>1,126,914,311.94</u>	<u>1,227,829,219.21</u>
หนี้สินหมุนเวียน	139,900,242.11	164,175,984.12
	= 8.06	= 7.48
3.1.2 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio		
<u>สินทรัพย์หมุนเวียน – สินค้าและวัสดุคงเหลือ</u>	<u>991,092,468.66</u>	<u>1,097,508,010.18</u>
หนี้สินหมุนเวียน	161,662,905.28	164,175,984.12
	= 6.99	= 6.68
3.2 ความสามารถในการบริหารสินทรัพย์		
3.2.1 ลูกหนี้ถัวเฉลี่ย		
<u>ลูกหนี้ต้นปี + ลูกหนี้ปลายปี</u>	<u>839,058,725.20</u>	<u>865,445,717.21</u>
2	2	2
	= 419,529,363	= 432,772,859
3.2.2 อัตราการหมุนของลูกหนี้ (ครั้ง)		
<u>รายได้ค่ารักษาพยาบาล</u>	<u>2,517,649,799.4562</u>	<u>2,372,586,142.45</u>
ลูกหนี้ถัวเฉลี่ย	419,529,363	432,722,859
	= 6.13	= 5.48
3.2.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (วัน)		
<u>360 วัน</u>	<u>360 วัน</u>	<u>360 วัน</u>
อัตราการหมุนของลูกหนี้	6.13	5.48
	= 58.73 วัน	= 65.69 วัน
3.3 การบริหารความเสี่ยงระยะยาว		
อัตราส่วนหนี้สินต่อสินทรัพย์รวม		
<u>หนี้สินรวม × 100</u>	<u>198,870,389.73 × 100</u>	<u>164,175,984.12 × 100</u>
สินทรัพย์รวม	4,442,730,097.04	4,739,491,695.26
	= 4.48	= 3.46



04

ส่วนที่
โครงการสำคัญ
ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2567

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข





โครงการสำคัญประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ปีงบประมาณ 2567 กรมสุขภาพจิตได้มีแนวทางในการบริหารโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ภายใต้การบริหารงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ไปพลางก่อน และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิง

1. โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี เป็นโครงการที่ดำเนินงานด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่น ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ในรูปแบบใหม่ที่เข้าถึงจิตวิทยาวัยรุ่น ป้องกันปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปี 2545 ที่สำคัญพบว่าจุดแข็งของโครงการ TO BE NUMBER ONE คือ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้าใจและมองเห็นประโยชน์ที่จะเกิดกับเยาวชน วิธีการดำเนินโครงการที่ยึดเยาวชนเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานการเข้าถึงสาเหตุของปัญหา เข้าใจธรรมชาติ พฤติกรรม และความต้องการของเยาวชนวัยรุ่นอย่างแท้จริง โดยการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ข้างต้น จนถึงปัจจุบัน โครงการได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและธรรมชาติของวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งขยายโอกาสการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นทุกปี เพื่อสร้างกระแสและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้กับเยาวชนอย่างครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและพื้นที่ จนในปัจจุบัน โครงการ TO BE NUMBER ONE มีสมาชิกกว่า 40 ล้านคนทั่วประเทศ จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ในปี 2553 พบว่า เยาวชนสมาชิกและอาสาสมัครแกนนำ TO BE NUMBER ONE ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่อง มีการเรียนรู้และเติบโตขึ้น มีการเรียนรู้หลักคิดของการมีชีวิตที่ดีงาม เช่น เรียนรู้ว่าการให้มีความสำคัญกว่าการรับ มีการพัฒนาความสามารถที่เห็นเด่นชัดในเรื่องความกล้าพูด กล้าคิดกล้าแสดงออก มีจิตอาสา มีภาวะผู้นำ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสถานประกอบการกับชุมชนดีขึ้น มีการทำกิจกรรมร่วมกันและช่วยเหลือกันมากขึ้น การมียุทธศาสตร์และวิธีการดำเนินโครงการที่ยึดเยาวชนเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานการเข้าถึงสาเหตุของปัญหา เข้าใจธรรมชาติ พฤติกรรม และความต้องการของเยาวชนวัยรุ่นอย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นและเยาวชนด้วยการสร้างค่านิยมใหม่ เพื่อให้เห็นคุณค่าของตัวเองภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โครงการ TO BE NUMBER ONE ถือเป็นโครงการรณรงค์ที่ประสบความสำเร็จและสร้างคุณภาพให้แก่เยาวชนตลอดมา และยังคงต้องดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ปัญหายาเสพติด และสร้างกระแสให้กับเยาวชนกลุ่มเป้าหมายที่เติบโตมาจากกลุ่มเด็กเข้าสู่กลุ่มวัยรุ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างกระแส “การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อขยายบริการและกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นและเยาวชน
3. เพื่อจัดบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิก “ใครติดยากมือขึ้น” ตามแนวทางโครงการ

TO BE NUMBER ONE

4. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชน วัยรุ่น ในการดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศชาติ
5. เพื่อสนับสนุนและเพิ่มโอกาส ให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ในการกลับตัวเป็นคนดีของสังคม
6. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันปัญหาเสพติดในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่น สำหรับเครือข่าย หน่วยงาน/องค์กรภาครัฐ/เอกชนและสมาชิก TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
7. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีค่านิยม “การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด”
2. มีบริการและกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต ให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นและเยาวชน
3. มีบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิก “ใครติดยากมือขึ้น” ตามแนวทางโครงการ

TO BE NUMBER ONE

4. กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และ ประเทศชาติ
5. ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการสนับสนุน และเพิ่มโอกาส ในการกลับตัวเป็นคนดีของสังคม
6. เครือข่ายหน่วยงาน/องค์กรภาครัฐ และเอกชน และเครือข่ายสมาชิก TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศได้รับการ พัฒนาในการดำเนินงานด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อย่างต่อเนื่อง
7. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมีขวัญและกำลังใจ





2. โครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถพื้นฐานที่ช่วยให้คนไทยทุกคนใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัวและชุมชนสำหรับการเสริมสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ที่มีความสอดคล้องกับบริบทความต้องการและสภาพปัญหาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละชุมชนจึงเป็นอีกช่องทางที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งนี้การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชนนั้น จำเป็นต้อง ยกระดับระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยการพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนเครือข่าย มีความรู้และสามารถเลือกองค์ความรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาของประชาชน ตลอดจนออกแบบช่องทาง วิธีการที่จะสื่อสารให้กับประชาชนในชุมชนที่เหมาะสม จะทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย และทุกภาคส่วนได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ที่มีความรู้รอบรู้ในระดับต่ำ ได้แก่ ผู้พิการทางสายตา ให้มีความรอบรู้สุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รวมถึงการพัฒนาช่องทางการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตของประชาชนผ่านช่องทางออนไลน์ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้แก่ (กลุ่มปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ) และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตัวเองและคนรอบข้างพร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งหวังให้คนไทยในอนาคตมีความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้แก่ (กลุ่มปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ) กลุ่มเป้าหมายเฉพาะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
2. เพื่อพัฒนาให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่
3. เพื่อพัฒนาเครือข่าย แกนนำในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
4. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านความรอบรู้สุขภาพจิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
2. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่
3. เกิดเครือข่ายในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

3. โครงการพัฒนาระบบบริการสื่อสารสุขภาพจิต

จากสถิติทางระบาดวิทยา พบว่า ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของคนไทยในปี 2564 สูงขึ้นกว่าปี 2563 อย่างมาก โดยเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมตั้งแต่ 2 ถึง 5 เท่า จากสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจิตที่เกิดจากเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกในรูปแบบต่าง ๆ ที่จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมาก การสื่อสารจึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะยับยั้ง และช่วยให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการมีสุขภาพจิตแบบยั่งยืน หรือ Sustainable Mental Health ซึ่งต้องมีการประยุกต์บริบทความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมและโลก เข้าไปกับการสร้างสุขภาพจิตที่ดีด้วย การสร้างความสามารถในการปรับตัวด้านสุขภาพจิต (Ability to Adapt) และการเข้าถึงเครือข่ายสื่อมวลชนในกลุ่มต่าง ๆ เพราะปัจจุบันพลังแห่งโซเชียลสามารถเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ในทุกบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสุขภาพจิตแบบยั่งยืน (Sustainable Mental Health) นี้ โดยมุ่งเน้นที่ความเข้าใจของสังคมในวงกว้างถึงความสำคัญ สนับสนุนและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการสื่อสารสุขภาพจิต เครือข่ายสื่อสารสุขภาพจิตทั้งในระดับกรมสุขภาพจิตและระดับภูมิภาค และประโยชน์ของการมีสุขภาพจิตแบบยั่งยืน (Sustainable Mental Health) เพื่อเพิ่มสุขภาพจิตที่ดี (Increase Mental Well - Being) และลดปัญหาโรคทางจิตเวช (Reduce Mental Illness) ซึ่งผู้ที่สามารถขับเคลื่อนแนวคิดนี้ได้ในวงกว้าง คือ ผู้ที่ทำงานด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และผู้ที่มีผู้ติดตามในสังคมเป็นจำนวนมากการพัฒนาผู้นำการขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตจากภาคสื่อสารประชาสัมพันธ์และบันเทิง เพื่อเสริมสร้างระบบบริการสื่อสารสุขภาพจิตแบบยั่งยืนในโครงการนี้ จึงเป็นก้าวสำคัญแรกในการนำประเทศไทยไปสู่การมีสุขภาพจิตแบบยั่งยืน (Sustainable Mental Health) ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs Sustainable Development Goals ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ที่มีมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพโดยรวมแบบยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่มีศักยภาพสูงจากภาคสื่อสารประชาสัมพันธ์และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. เพื่อให้ผู้นำระบบบริการสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาจากโครงการ นำองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตไปปรับใช้เพื่อสร้างระบบสื่อสารสุขภาพจิตแบบยั่งยืนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้นำระบบบริการสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาจากโครงการ มีความรอบรู้ด้านการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น รู้จักปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่รอบตัว มองเห็นการแก้ปัญหาและรู้จักช่องทางการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นได้
4. เพื่อให้ผู้นำระบบบริการสื่อสารด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาจากโครงการ สามารถมีช่องทางการเชื่อมโยงข้อมูล และกระบวนการทำงานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีระบบบริการที่สามารถสร้างกลไกสื่อสารความเสี่ยงและตอบโต้ปัญหาด้านสุขภาพจิตได้
2. สนับสนุน พัฒนาภาคีเครือข่ายในการเป็นผู้นำการสื่อสารสุขภาพจิตทั้งภายในและภายนอกอย่างเป็นระบบ
3. ประสานงานข้อมูลข่าวสารทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ด้วยความรวดเร็วและแม่นยำ



ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

1. โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่ง ต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้น เด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา จึงมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับการพัฒนาตั้งแต่วัยอยู่ในครรภ์มารดาและต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันราชานุกูล ได้ตระหนักถึงปัญหาพัฒนาการของเด็กไทยที่เกิดขึ้น จึงได้ร่วมมือกับกรมอนามัย นักวิชาการด้านพัฒนาการจากสถาบันการศึกษา และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานด้านเด็ก เพื่อวางแผนบูรณาการงานร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวง ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานภายใต้โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงและปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ/เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีความรู้/ความสามารถ ในการดูแลบุตรหลานของตนเองได้ ซึ่งผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60.44 (เขต 1 - 12 เด็ก 5 ช่วงวัย), ร้อยละ 56.18 (เขต 13 เด็ก 0 - 5 ปีทุกช่วงวัย) ซึ่งเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามเกณฑ์ พบว่ากลับมาพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 42.48 (เขต 1 - 12), ร้อยละ 40.00 (เขต 13) (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 65)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงฯ ได้รับการติดตาม ส่งเสริมพัฒนาการและดูแลต่อเนื่อง
2. เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นจนมีพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องจนมีพัฒนาการสมวัย
3. เพื่อให้หน่วยบริการ รพช.ศบส./รพท./รพศ. มีระบบดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีคุณภาพ

ตามแนวทางที่กำหนด

4. เพื่อให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างเหมาะสม
5. เพื่อให้เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวทางที่กำหนด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง/พัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลจากสถานบริการและครอบครัวอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องเพิ่มขึ้น
2. เด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม ได้รับการดูแลทั้งทางด้านการพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์อย่างครอบคลุมมากขึ้น
3. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

2. โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ข้อ 1.1.3 การเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย โดยพัฒนานคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เป็นคนดี มีสุขภาพพลานามัยที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัยและมีจิตสำนึกที่ดีต่อส่วนรวม มุ่งเน้นด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพในทุกช่วงวัย โดยในวัยรุ่นให้ความสำคัญกับการปลูกฝังให้เป็นคนดี มีวินัย มีทักษะการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 และมีทักษะการเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยทำงานต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของมนุษย์ที่กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศโดยมุ่งพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง มีคุณภาพ มีสุขภาพพลานามัยที่ดี มีคุณธรรม มีระเบียบวินัย มีความรอบรู้ และพร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21

กรมสุขภาพจิต กำหนดนโยบายในการพัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยในกลุ่มวัยรุ่นเน้นการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา การเฝ้าระวัง ป้องกันดูแลช่วยเหลือ และเยียวยาวัยรุ่น ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ พัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั้งในทุกระดับโรงเรียนและในชุมชน สร้างความต่อเนื่องในการพัฒนานักจัดทีมวัยรุ่น (Teen Manager) รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถสร้างทักษะชีวิตเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง สถานการณ์ของวัยรุ่นไทย (Baseline) ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตีمةแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย มีประมาณร้อยละ 30 ด้านการบาดเจ็บรุนแรงที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงสุดในวัยรุ่น คือ อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ นอกจากนี้อัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่มีจำนวนมากขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต และใบมรณะบัตรจากกระทรวงมหาดไทย ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า วัยรุ่นไทยช่วงอายุ 10 - 19 ปี มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายประมาณ 1,500 - 2,000 คน โดยขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ประมาณ 140 - 160 คน ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่มาจากเรื่องสัมพันธ์ภาพ ความน้อยใจ การถูกต่อว่า รองลงมาคือเรื่องโรคทางจิตเวช และยาเสพติดตามลำดับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย
2. เพื่อดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นไทยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายให้มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นไทยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น



3. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

ให้ครอบคลุม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอีก 9 แห่ง (พื้นที่เดิม 12 แห่ง จาก 21 แห่ง) มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร โดยได้นำดิจิทัลแพลตฟอร์ม School Health HERO (Health and Educational Reintegrating Operation) มาใช้ในระบบการทำงานสุขภาพจิตโรงเรียน เป็นการบูรณาการอีกครั้งระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาลบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม ให้เกิด 4 กระบวนการดูแลสุขภาพช่วยเหลือ ได้แก่

- 1) ‘เฝ้าระวัง’ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะสังคม ของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นด้วยคำถาม 9 ข้อ
- 2) ‘เรียนรู้’ เพื่อให้ครูสามารถเรียนรู้ทักษะพื้นฐานด้านสุขภาพจิตที่จำเป็นต่อการดูแลเด็กนักเรียน คือ ทักษะการให้การปรึกษาหรือทักษะการฟังเชิงลึก และทักษะการปรับพฤติกรรม เป็น e-learning
- 3) ‘ดูแล’ ครูดูแลนักเรียนและประเมินผลก่อนและหลังการดูแลด้วยแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ)
- 4) ‘ส่งต่อ’ กรณีครูดูแลด้วยตนเองแล้วยังไม่ดีขึ้น สามารถส่งต่อสู่โรงพยาบาลในพื้นที่ผ่าน Digital platform

ซึ่งจะมี HERO Consultant เป็นบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลอำเภอ/จังหวัด ให้การปรึกษารวมถึงรับส่งต่อเพื่อให้เป็นไปตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ เมื่อครั้งดำรงพระอิสริยยศ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2527 ดังนี้ “ทุกคนที่ทำงานให้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จะต้องไม่ลืมว่า โรงพยาบาลนี้กำเนิดขึ้นจากความปรารถนาอันแรงกล้าของคนไทยทั่วราชอาณาจักร ที่ต้องการจะเห็นผู้อื่นที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารทุกหนแห่งได้รับความเอาใจใส่ รักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ให้ปลอดภัยจากความเจ็บไข้ โดยทั่วถึงเสมอหน้ากัน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาต้นแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ครบวงจร ต่อเนื่องตั้งแต่ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดารให้มีสุขภาพจิตดี เป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าของสังคม
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นครบวงจร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมต่อการเรียนรู้
2. พ่อแม่ผู้ดูแลมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์
3. เด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ได้รับการดูแลในโรงเรียนอย่างเหมาะสม
4. เด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
5. เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ที่มีภาวะซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

4. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในพื้นที่โครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ในพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ตามที่สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีพระราชดำริให้ดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร มาตั้งแต่ปี 2523 เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งมีโอกาสดูแลเรียนในระดับที่สูงขึ้น การดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็ก ได้มีความก้าวหน้ามาโดยลำดับ แต่ยังมีชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่ผู้ปกครองยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการเลี้ยงดูดูแลเด็ก ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการศึกษาและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ในวันที่ 23 ธันวาคม 2563 สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้มีพระราชกระแส ณ ศูนย์การเรียนรู้ตำรวจตระเวนชายแดนบ้านที่วะเบยทะ ตำบลแม่ตืน อำเภอมะรุมมาต จังหวัดตาก “ให้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมโรงเรียนในพื้นที่ห่างไกล นอกจากจะช่วยเหลือปัญหาของเด็กแล้ว ยังจะเป็นตัวอย่างให้แก่โรงเรียนต่าง ๆ ทั่วประเทศ” ทางสำนักงานโครงการส่วนพระองค์สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รับสนองพระราชกระแสและประสานกรมสุขภาพจิต เพื่อร่วมขับเคลื่อนงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในปี 2569 เพื่อเป็นการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายร้อยละ 30 ในปี 2566 และร้อยละ 50 ในปี 2567 - 2568 สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกจึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในพื้นที่โครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ในพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนในพื้นที่ห่างไกลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่โครงการ ผ่านการพัฒนาพ่อแม่ผู้ปกครองให้มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม มีคุณภาพ
2. เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมและการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ในการเลี้ยงดูเด็กโดยไม่ใช้ความรุนแรง
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงกระบวนการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ผ่านการพัฒนาพ่อแม่ผู้ปกครอง
4. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรระดับตำบล ในการทำกลุ่มกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ผ่านการพัฒนาพ่อแม่ผู้ปกครอง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมต่อการเรียนรู้
2. พ่อแม่ผู้ดูแลมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ เกิดเป็นวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กโดยไม่ใช้ความรุนแรง



5. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตามแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต เป้าประสงค์ตามแผนปฏิบัติราชการ 5 ปี คือประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นประชาชนในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีเป้าหมายร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะครึ่งแผนปฏิบัติราชการ ในปี 2568 เท่ากับร้อยละ 90 และระยะสิ้นแผนปฏิบัติราชการในปี 2570 เท่ากับร้อยละ 100 ดังนั้นโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้มอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาความเป็นเลิศด้านซึมเศร้าของโรงพยาบาลวางแผนและกำหนดแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับเป้าหมายการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลด้านโรคซึมเศร้าในอนาคต ตลอดจนพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลเพื่อเก็บรักษาข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นฐานข้อมูลสนับสนุนการบริหารจัดการ การตรวจราชการและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานเข้าถึงระบบบริการด้านโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาได้มีการพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือที่ใช้ คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การประเมินอาการโรคซึมเศร้า และการติดตามการรักษาด้วยแบบ อนุโลก ได้แก่ แบบคัดกรอง 2Q แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9Q และนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูล และเริ่มมีการปรับเปลี่ยนแพลตฟอร์มตามยุคสมัยเพื่อจัดทำเป็นสื่อเทคโนโลยีให้ทันสมัย เช่น Web App, Web page, TikTok เป็นต้น จนทำให้การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศในปัจจุบันเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2566 เป็นจำนวน 1,201,386 คน คิดเป็นร้อยละ 88.07 (ข้อมูลจากระบบ HDC ปีงบประมาณ 66 สะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึง 30 กันยายน 66 ไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร) และทำให้การหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,527 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.10 (รายงานฐานข้อมูลที่รายงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2566) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาและผลักดันให้เพิ่มเข้าถึงระบบบริการทั้งในแบบอนุโลกและเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เท่าทันกับยุคดิจิทัล ในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งยังพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้หายทุเลาด้วยเทคนิคที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ขยายผลครอบคลุมได้ทุกเขตสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 ที่ผ่านมามีพบว่า บุคลากรในพื้นที่บางส่วนยังไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จึงได้จัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้น เน้นการเพิ่มบริการโรคซึมเศร้าอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ (Effective Coverage) การพัฒนานวัตกรรมดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการป้องกันและบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า (R&D) การพัฒนาระบบสารสนเทศโรคซึมเศร้าให้มีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อสร้างมูลค่าของระบบบริการ และเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางการนโยบายในอนาคต (MIS) รวมถึงการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายและการกำกับดูแลการขยายผลระบบบริการโรคซึมเศร้า เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพสำหรับคนไทยทั่วประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองแนวโน้มการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินอาการโรคซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และถูกส่งต่อไปรับบริการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษา
3. เพื่อให้ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าได้รับบริการบำบัดรักษาที่ทันทั่วถึง การบำบัดรักษาที่ครบตามมาตรฐาน การบำบัดต่อเนื่องจนอาการทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบริการมีความปลอดภัย ลดการฆ่าตัวตาย ลดความรุนแรง ไม่ได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
5. เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
6. เพื่อให้เกิดการเชื่อมฐานข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายสุขภาพจิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองแนวโน้มการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินอาการโรคซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และถูกส่งต่อไปรับบริการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษา
3. ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าได้รับบริการบำบัดรักษาที่ทันทั่วถึง การบำบัดรักษาที่ครบตามมาตรฐาน การบำบัดต่อเนื่องจนอาการทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบริการมีความปลอดภัย ลดการฆ่าตัวตาย ลดความรุนแรง ไม่ได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
5. เครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
6. ฐานข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายสุขภาพจิตมีการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน



6. โครงการ Rebrand การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตเวชด้วย Recovery Model ผ่านกลไกการจ้างงาน คนพิการทางจิต ในระดับประเทศ

กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรที่มีบทบาทหลักเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ โดยมีแผนปฏิบัติการฉบับปี พ.ศ. 2566 - 2570 มีเป้าหมายเพื่อทำให้ประชาชนภายในประเทศมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถไปสู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง การพัฒนาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (Rehabilitation) จะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดนวัตกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ขององค์กร ที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ระดับประเทศ และสามารถผลิตผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ช่วยผลักดัน ให้เกิดสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชในระดับประเทศ มีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายใหม่ในการจัดตั้ง ศูนย์บริการคนพิการทางจิต เพื่อผลักดันให้ประชาชนสุขภาพจิตดีและไปสู่สังคมที่เป็นเศรษฐกิจมูลค่าสูง จัดระบบบริการที่พร้อมใช้และตอบสนองเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยปรับเปลี่ยนการบริการ ของหน่วยงานบริการจิตเวชให้เป็น Virtual Hospital และ Metaverse Hospital

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิตผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และผลักดันให้เกิดสิทธิประโยชน์ ของผู้ป่วยในระดับประเทศ และหาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายใหม่ในงานด้านสุขภาพจิต สนับสนุน บุคลากรของเครือข่ายให้มีความเชี่ยวชาญในการถ่ายทอดความรู้
2. เพื่อพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
3. เพื่อพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเรื่องหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของผู้ฟื้นฟูทักษะทางจิต สังคมคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสู่การมีงานทำ (JOB COACH)
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน เพื่อการดำรงชีวิตอิสระ/การมีงานทำ ของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
5. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูและสิทธิประโยชน์ของคนพิการทางจิตจากนวัตกรรมและเทคโนโลยี ดิจิทัล อันส่งต่อการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
6. เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเข้าถึงและใช้ประโยชน์อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม จากนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลตลอดจนสามารถเข้าถึงช่องทางในการจ้างงาน/มีงานทำ/การดำรงชีวิตอิสระ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
2. มีนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเรื่องหลักสูตรแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต-สังคม สำหรับบุคลากร สาธารณสุข/ภาคีเครือข่ายเรื่องหลักสูตรการฟื้นฟูสมอง จิตใจ ครอบวงจร สำหรับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์
3. ภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนมีศักยภาพในการฟื้นฟูคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
4. เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เรื่องสิทธิคนพิการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม
5. สามารถเปิดศูนย์บริการคนพิการทางจิต เพื่อเป็นหน่วยงานภาคประชาชนที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย จิตเวชในพื้นที่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7. โครงการแก้ไขปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

จากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอจังหวัดสงขลา เกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่สำคัญเด็กได้รับผลกระทบในด้านของพฤติกรรม ความรุนแรง ระยะเวลาในการเรียนไม่เพียงพอส่งผลให้ระดับสติปัญญาเฉลี่ยของเด็กในพื้นที่ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของประเทศ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ได้ดำเนินโครงการแก้ไขปัญห สุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยลงนามข้อตกลงในการใช้ฐานข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนใต้ร่วมกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้และกระทรวงศึกษาธิการ โดยใช้รูปแบบของ HUGS Model การซ่อมแผนเผชิญเหตุในโรงเรียนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ การป้องกันการตั้งครรภ์ตามเพศวิถีในอิสลามวัยรุ่น และการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ และพัฒนาศักยภาพสมองเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนใต้

วัตถุประสงค์

1. บูรณาการระบบและการให้บริการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข
2. สร้างความเข้มแข็งของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน สังคม และเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วน ในการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ
3. พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทีมปฏิบัติการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ให้มีความรู้ทักษะและการลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS
4. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพและร่วมลงนามข้อตกลง ในการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
6. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่น เด็กกำพร้าและผู้พิการในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดระบบและการให้บริการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจด้านวิกฤตสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้กับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
2. เครือข่ายทุกระดับมีความเข้มแข็งและสามารถเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแล และฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต จากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ภายหลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตได้
3. บุคลากรด้านการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัด ชายแดนใต้ สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยได้อย่างมีมาตรฐาน
4. มีระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพและสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
5. ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต
6. ผู้ประสบภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้กลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในฐานข้อมูล เฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Health Surveillance : CMS) ไม่เป็นโรคจิตเวชหลัก



8. โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการดูแล ผู้เฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence : SMI-V) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกรณีที่ผู้ป่วยไปก่อความรุนแรง โดยมีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับชุมชน ในระดับโรงพยาบาลเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลจิตเวช รวมถึง การบูรณาการความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย เช่น ตำรวจ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ในการป้องกันผู้เฝ้าระวัง ดังนั้นการดำเนินงานในปี 2565 และ 2566 มุ่งเน้นให้การดูแลทุกระดับมีความเข้มแข็ง ตั้งแต่การป้องกัน ค้นหา ผู้เฝ้าระวังในชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลและส่งต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รวมถึงพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลในชุมชนในระดับเขตสุขภาพ ให้มีมาตรฐานตามแนวทางของสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ไร้รอยต่อโดยมีเป้าหมายสำคัญคือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการ การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการติดตาม ผู้เฝ้าระวัง ในระบบอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังครอบครัว ชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชุมชนและสังคมมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีมาตรฐาน
2. เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการจิตเวชที่รับผิดชอบเขตสุขภาพมีระบบการติดตาม ผู้เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่องในชุมชน
3. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยบริการจิตเวชสามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างมีมาตรฐาน
2. หน่วยบริการจิตเวชที่รับผิดชอบเขตสุขภาพมีระบบการติดตาม ผู้เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่องในชุมชน
3. เครือข่ายทุกระดับมีความเข้มแข็งและสามารถติดตาม ผู้เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน

9. โครงการเสริมสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุข

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และคาดว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2583 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ขณะที่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7) ความวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5) (องค์การอนามัยโลก, 2560) ขณะเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูงขึ้น เปรียบเทียบในปี 2560 มีร้อยละ 7.9 และในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.6 สาเหตุสำคัญมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ วิตกกังวลว่าจะไม่มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ต้องหาเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง รวมทั้งการขาดความมั่นคงด้านรายได้ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นมีค่าความชุก โดยเฉลี่ยร้อยละ 12.4 และผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง หรือรุนแรงแล้วจึงจะได้รับการวินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 95 และมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วยถึงร้อยละ 90

กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีสุขภาพจิตดี ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2567 จึงกำหนดดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และสมรรถนะทางใจ มีความสามารถในการฟื้นตัว มีความทนทานสามารถปรับสมดุลจิตใจและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ต้องเผชิญ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุและญาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพจิตดี มีแรงจูงใจเพื่อดูแลสุขภาพกายตนเอง สามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพสามารถยังประโยชน์ และควมมีคุณค่าได้อย่างสูงสุดและยาวนานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
3. เพื่อขยายผลการจัดบริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริบาลผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต
4. เพื่อพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายได้รับการดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจนดีขึ้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ผิดปกติได้รับการดูแล ฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับการดูแล ฟื้นฟูสภาพ และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างสุขภาพจิต



10. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์ และผู้ได้รับผลกระทบ

ความผิดปกติจากแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพ เนื่องจากวงจรการเจ็บป่วยด้วยความผิดปกติจากแอลกอฮอล์จะพบว่าผู้ป่วยมักวนกลับไปดื่มสุรารายหลังการบำบัดรักษาจนกลับมาซ้ำบ่อย การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตใจ มีอารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์ที่พบบ่อย คือ แสดงออกทางอารมณ์มากกว่าปกติ และมีพฤติกรรมแสดงออกที่หุนหันพลันแล่น และหาทางออกของปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้ดื่มจะมีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้ไม่ดื่ม 1.86, 3.13, 2.59 เท่าตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 80 เป็นการฆ่าตัวตายซ้ำ ทั้งนี้ การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้ครอบครัวมีปัญหาหนี้สิน เกิดความอับอาย ถูกทำร้ายร่างกาย บังคับขึ้นใจทางเพศ และทำร้ายจิตใจ ทำให้บุคคลในครอบครัวมีปัญหสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายสูง จึงได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการดื่มสุรา ในระยะหลังการจำหน่ายแบบเรียลไทม์ (Real Time) ซึ่งดำเนินการประเมิน คัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ในผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวต่อเนื่อง 1 ปี และหากประเมินพบความเสี่ยงด้านใด ด้านหนึ่ง ข้อมูลจะแจ้งเตือนผ่าน Line Official ของบุคลากรผู้รับผิดชอบทันที ทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็ว ดังนั้น เพื่อให้การจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น จึงควรนำระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบนี้ไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ดูแลเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบได้รับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่องภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบที่เสี่ยงการฆ่าตัวตายไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสุขภาพในการค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้บำบัดฟื้นฟูด้านจิตใจ และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรสุขภาพ รพช./รพท., และ รพช. ในพื้นที่ 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 1 สามารถให้การบำบัดฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบได้รับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบที่เสี่ยงการฆ่าตัวตายไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจุบัน ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น และเลือกฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงได้กำหนดกรอบคิดและกลวิธีเพื่อจะแก้ไขและจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายที่คำนึงถึงบริบทของสังคมไทยในรูปแบบของการบูรณาการองค์ความรู้ทางคลินิก มาผสมผสานกับเทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกมาใช้เป็นฐานในการพัฒนาเทคโนโลยี และรูปแบบการบริการ ภายหลังจากจำหน่ายคืนสู่ชุมชน ผู้ทำร้ายตนเองยังได้รับการดูแลติดตามเฝ้าระวัง จนปลอดภัยไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ สนับสนุนให้หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสาธารณสุขร่วมกับการประสานงานในระดับพื้นที่ ท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล ในการช่วยให้ผู้มีพฤติกรรมกำเริบการฆ่าตัวตาย ได้รับการดูแล และความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน กระแสสังคม ต่อเจตคติที่ดีต่อผู้เจ็บป่วยทางจิต ช่วยให้กลับมาฟื้นฟูจิตใจที่เข้มแข็งเผชิญหน้าและปรับตัวใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการเฝ้าระวังป้องกันตามแนวทางที่กำหนด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวัง
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เป้าหมาย มีความรู้ความสามารถในการอบรมให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ ให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้
4. เพื่อพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ด้านการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด
5. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ญาติผู้ดูแล มีช่องทางติดต่อสื่อสารที่สะดวกกับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน และมีจุดรับแจ้งเหตุการณ์กระทำรุนแรงต่อตนเองที่เชื่อมต่อกับทีม MCATT และทีมสอบสวน
6. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่แบ่งบอกลักษณะประชากรที่ฆ่าตัวตายทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตระดับประเทศ ที่ทันสมัยและแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาจำแนกตามรายจังหวัดและหน่วยบริการได้
7. เพื่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เป้าหมายได้รับการติดตามนิเทศงานและได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายแต่ละจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ
8. เพื่อพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้/เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายตามลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการเฝ้าระวังป้องกันตามแนวทางที่กำหนด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ
2. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวัง
3. เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เป้าหมาย มีความรู้ความสามารถในการอบรมให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ ให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้
4. หน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ด้านการสอบสวนโรครณิฆ่าตัวตาย ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด
5. ประชากรกลุ่มเสี่ยง ญาติผู้ดูแล มีช่องทางติดต่อสื่อสารที่สะดวกกับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน และมีจุดรับแจ้งเหตุการกระทำรุนแรงต่อตนเองที่เชื่อมต่อกับทีม MCATT และทีมสอบสวน
6. ระบบฐานข้อมูลด้านระบาวิทยาที่แบ่งบอกถึงลักษณะประชากรที่ฆ่าตัวตายทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ระดับประเทศ ที่ทันสมัยและแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาจำแนกตามรายจังหวัดและหน่วยบริการได้
7. เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เป้าหมายได้รับการติดตามนิเทศงานและได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายแต่ละจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ
8. มีนวัตกรรมองค์ความรู้/เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายตามลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



12. โครงการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพจิต

ในปัจจุบันประเทศไทย ประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 และธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ (Data Governance for Government) ตลอดจน Open Government Data เพื่อให้การได้มาและการนำไปใช้ข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มั่นคงปลอดภัย รักษาความเป็นส่วนตัว และสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและมั่นคงปลอดภัยได้จริง โดยมีการกำหนดสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้เสียในการบริหารจัดการข้อมูล กรมสุขภาพจิต พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพจิต มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้บริหาร บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศด้านสุขภาพจิตอย่างมีคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตให้มีความมั่นคงปลอดภัย ตามแนวทางพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562
2. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้ใช้มาตรฐาน HL7 - FHIR รองรับการแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงข้อมูลได้
3. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการ Big Data และ Data Center ในรูปแบบ Dashboard สนับสนุนการตัดสินใจระดับนโยบาย
4. เพื่อพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) ช่วยในการวิเคราะห์ วินิจฉัย และวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
5. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว แม่นยำ และปลอดภัย
6. เพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย
7. เพื่อดำเนินการจัดทำ Data Governance ของกรมสุขภาพจิต Meta Data, Data Catalog, Dataset ด้านสุขภาพจิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. กรมสุขภาพจิตมี Data Center ที่แสดงผลตัวชี้วัดสำคัญ ในรูปแบบ Dash Board on Mobile Devices
2. หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีชุดข้อมูลมาตรฐาน แลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ
3. หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจากระบบ PHR
5. โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่ง เป็น Smart Psychiatric Hospital ตามหลักเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต เพื่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
6. ศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็น Smart Mental Health Center ตามหลักเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต เพื่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น



13. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลคู่มือช่วยในการใช้เครื่องมือ TDAS เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (ASD)

กรมสุขภาพจิตมีแผนปฏิบัติการ แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทฯ ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (11) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต แผนแม่บทย่อย : 11.2 การพัฒนาเด็กตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัยเป้าหมาย 110201 เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัย สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Y1) โดยได้เน้นถึงครอบคลุม/ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (Coverage Access) มุ่งเน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยออทิสติก และโรคทางจิตเวชเด็กเข้ากับระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข

ดังนั้น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และหน่วยงานร่วมดำเนินการ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลคู่มือช่วยในการใช้เครื่องมือ TDAS เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (ASD) เพื่อให้แพทย์และสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการ สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลคู่มือช่วย สามารถวินิจฉัยใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai Diagnostic Autism Scale; TDAS) ให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยออทิสซึมได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำตั้งแต่อายุน้อย (Early Diagnostic) จะส่งผลดีต่อเด็กที่จะได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น รวมถึงเสริมสร้าง ความรู้และทักษะทีมสหวิชาชีพให้สามารถ ดูแล บำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยออทิสติก รวมทั้งเกิดความเข้าใจในระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง อันจะทำให้บุคลากรสาธารณสุขเห็นความสำคัญในการวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยออทิสติกได้อย่างมีคุณภาพ เกิดระบบการติดตามการรักษาอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องในสถานบริการของพื้นที่คู่มือช่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai Diagnostic Autism Scale; TDAS)
2. เพื่อจัดตั้งคลินิกประเมินภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือ TDAS ในเขตสุขภาพ (Service Unit) ทุกเขตสุขภาพมีหน่วยการให้บริการในรัศมี 100 กิโลเมตร
3. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัล TDAS (Digital TDAS Database) และ Telemedicine Consultant

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

โรงพยาบาลคู่มือช่วยสามารถจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS)

14. โครงการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับความเป็นสังคมเมืองรวมทั้งการเข้าสู่การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ พัฒนาประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งกลยุทธ์พัฒนาความเป็นเลิศในงานบริการ/วิชาการสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามมาตรฐานที่กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 มีสาระสำคัญที่มุ่งเน้นที่การพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง สร้างสมดุลในการพัฒนาทุก ๆ มิติ เพื่อให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เพื่อให้สอดคล้องกับสาระสำคัญของแผนฯ ฉบับที่ 12 ที่มุ่งเน้นให้สังคมมีความเสมอภาคและเป็นธรรม กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขโดยเฉพาะการจัดการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบบริการด้วยการดำเนินการจัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อให้เกิดมีการบริหารจัดการในเขตพื้นที่ได้ตามบริบท สอดคล้องกับความต้องการและจำเป็นของเขตสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2561 - 2565 จัดทำขึ้นภายใต้หลักการและกรอบแนวคิดคือการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Service Network) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self - Contain) และระบบส่งต่อภายในเขต (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการคือลดอัตราป่วยลดอัตราตายลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอยกระบวนการดำเนินงานคือวิเคราะห์ส่วนขาด (Gap Analysis) และวางแผนสนับสนุนเพื่อให้มีศักยภาพในการดำเนินการจัดการบริการสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดภายในปี พ.ศ. 2565 โดยมีสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นสาขาหนึ่งที่เขตสุขภาพจะต้องพัฒนาเพื่อให้สามารถจัดการบริการที่ได้ตามมาตรฐานในเขตสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมไปถึงการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นด้วยปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นหากเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาศักยภาพของเด็ก หากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะเกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องยาวนานต่อศักยภาพในการเรียน ความสามารถในการพัฒนาตนเองของเด็กเพื่อให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งกายและใจ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อความเครียด ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้เลี้ยงดูและครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรเข้าสังคม และการใช้ชีวิตหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต้องมีการวางระบบให้เด็กเหล่านี้ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เท่าเทียมปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ทั่วโลกเริ่มให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากภาวะดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อเนื่องยาวนานทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว สังคม และมีความจำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาปัญหาและโรคดังกล่าวรวมถึงภาวะหรือโรคที่เกิดขึ้นตามมาจากโรคทางจิตเวชนั้น



จากการสำรวจทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2001 รายงานว่ามีความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 และในจำนวนร้อยละ 20 นี้มีเด็กและวัยรุ่นที่มีผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและบำบัดรักษาด้วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ประมาณร้อยละ 5 - 6 (WHR, 2001) และเกินครึ่งของโรคทางจิตเวชทั่วไปที่มีอาการไปจนถึงตลอดชีวิตจะเริ่มมีอาการปรากฏครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 14 ปี (Kessler et al, 2005)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีคุณภาพในการจัดบริการที่เหมาะสมในเขตสุขภาพของตน
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพ
3. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี สนับสนุนการให้บริการประชาชนในหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานกรมสุขภาพจิตให้มีศักยภาพในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและวิทยากรเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตให้กับบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. เพื่อประเมินผล นิเทศติดตาม ให้การดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเครือข่ายบริการสุขภาพ
6. เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนและสามารถนำไปวางแผนกำหนดนโยบายได้อย่างถูกต้อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นมีความรู้ความสามารถในการบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
2. เด็กออทิสติกและเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เด็กอาการติชชั่น ใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า
3. ผู้ปกครองและครูสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น
4. มีระบบสารสนเทศการบริการผู้ป่วยจิตเวชในเครือข่ายบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นระบบ



15. โครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านระบบดิจิทัลฯ

พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำริให้มีการจัดตั้งโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เป็นโครงการ ที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในเรือนจำ ให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งกายและจิต ได้ทัดเทียมกับบุคคลภายนอก เพื่อมุ่งเน้นในการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ การจัดบริการทางการแพทย์ สำหรับสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง และการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) โดยความร่วมมือจากทุกกระทรวง ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขต้องจัดทีมแพทย์ จิตแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชแพทย์ เข้าไปดูแลผู้ต้องขัง ในเรือนจำอย่างสม่ำเสมอในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล ส่วนเรือนจำในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบ จากการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนผู้ต้องขังที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ประมาณ 4,000 ราย จากจำนวนผู้ต้องขังทั่วประเทศตามรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ สำหรับ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 จำนวน 377,722 ราย ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อยมากเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ต้องขังมีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้น เพื่อตอบสนองพระราชดำริ ในพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดี ศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังของประเทศไทย จึงได้จัดทำโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ : การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ต้องขัง ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ขึ้น เพื่อวางแผนและดำเนินการพัฒนางาน ด้านการดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชของประเทศไทย ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและยั่งยืน อันจะนำไปสู่ การเข้าถึงบริการของผู้ต้องขังที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเท่าเทียมเช่นเดียวกับบุคคลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสาธารณสุข เครือข่ายในกระบวนการยุติธรรม และเครือข่าย ทางสังคมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวช
2. เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ได้รับการบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสาธารณสุข เครือข่ายในกระบวนการยุติธรรม และเครือข่าย ทางสังคมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชของประเทศไทย
2. เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ได้รับการบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน



16. โครงการศูนย์บริหารวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน

กรมสุขภาพจิต ได้รับมอบหมายให้ดูแลและพัฒนาระบบงานวิกฤตสุขภาพจิต และการพัฒนาดำเนินงานภายใต้สถานการณ์วิกฤตให้ครอบคลุมวิกฤตสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ทั้งจากสาธารณสุข และจากวิกฤตทางสังคมต่าง ๆ ที่เพิ่มสูงขึ้น จึงได้จัดทำโครงการศูนย์บริหารวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉินขึ้น โดยมุ่งเน้นขยายขอบเขตงานสู่การรองรับวิกฤตทางสังคมและจิตเวชฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปควบคู่กับการดำเนินงานบริหารวิกฤตจากสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทันทั่วถึง ในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระยะแรกเริ่ม (early intervention) ให้พร้อมสำหรับการติดตาม เฝ้าระวัง แจ้งเตือน ป้องกันและแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. 2558 - 2573 โดยมีแนวคิดหลักในการเข้าใจความเสี่ยงจากภัยพิบัติ การเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ ตามแนวคิดการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิด Resilience “รู้รับ ปรับตัว พ้นเร็วทั่ว อย่างยั่งยืน” แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) และมีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

1. บูรณาการระบบและการให้บริการด้านวิกฤตสุขภาพจิตกับงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์ งานสาธารณสุขและจิตเวชฉุกเฉินระดับประเทศอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
2. สร้างความเข้มแข็งของชุมชน สังคม และเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วนในการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบจากสังคม
3. พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขและทีมปฏิบัติการจิตเวชฉุกเฉิน/เฉพาะกิจให้มีมาตรฐาน เพื่อรองรับการปฏิบัติงานด้านวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูล, ระบบจัดการข้อมูลและการติดตามประเมินสถานการณ์วิกฤตให้มีความเชื่อมโยง
5. พัฒนาด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ และเผยแพร่องค์ความรู้ให้กับประชาชน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ระบบการให้บริการด้านวิกฤตสุขภาพจิตที่บูรณาการกับงานป้องกัน บรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์ สาธารณสุขและจิตเวชฉุกเฉินอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
2. ความเข้มแข็งของชุมชน สังคม และเครือข่ายทุกระดับ สามารถเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแล และฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตภายหลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสาธารณสุขทางการแพทย์และสาธารณสุขและจิตเวชฉุกเฉิน
3. บุคลากรด้านวิกฤตสุขภาพจิตและทีมปฏิบัติการจิตเวชฉุกเฉิน/เฉพาะกิจ สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน
4. ระบบฐานข้อมูล และระบบจัดการข้อมูลการติดตามประเมินสถานการณ์วิกฤตให้มีความเชื่อมโยง
5. มีระบบสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ที่ได้มาตรฐาน ประชาชนมีความรอบรู้ด้านวิกฤตสุขภาพจิต

17. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ

กรมสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน และจัดระบบบริการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าถึงบริการด้วยการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป รวมถึงกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่ต้องได้รับการเยียวยาเข้าสู่ระบบและต้องได้รับการในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเรื้อรัง ผู้ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการเสกภัยและประชาชนทั่วไป โดยในปีงบประมาณ 2567 จะมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต และจัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ โดยพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานและระบบบริการของสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกแห่งในเขตสุขภาพ และพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายข้างต้น ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย สามารถอยู่รวมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่กลับมาป่วยซ้ำ ได้รับการดูแลและมีนวัตกรรมการรักษาที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะที่รองรับการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
4. เพื่อพัฒนาระบบบริการ Smart Psychiatric Hospital ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
5. เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติด้วยระบบดิจิทัล
2. ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยี
3. บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพบนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยี
4. บุคลากรผู้ให้คำปรึกษาศึกษาทางคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีสมรรถนะและความสามารถในการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ตามมาตรฐาน



18. โครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวช ในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)

การพัฒนานวัตกรรมบริการทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิตมีเป้าหมายในการสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมที่มีต่อการรับบริการด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในบริบทของสังคมเมืองที่เทคโนโลยีการสื่อสารบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น ประกอบกับแนวโน้มผู้มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี การสร้างระบบนวัตกรรมเพื่อบริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่ม และสามารถลดความรู้สึกกังวลใจของผู้รับบริการในประเด็นการถูกตีตราทางสังคม (Social Stigma) จะทำให้ผู้รับบริการยินดีเข้าสู่ระบบบริการมากยิ่งขึ้น การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้จากทุกที่ ทุกเวลาอย่างเต็มใจโดยการพัฒนานวัตกรรมโดยใช้เทคโนโลยียังช่วยสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการลดการรอคอย และไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับบริการ ซึ่งในอนาคตมีแนวโน้มได้รับความนิยม และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น กรมสุขภาพจิต จึงเล็งเห็นเป็นก้าวสำคัญของการพัฒนางานบริการจิตเวชและสุขภาพจิตเพื่อมุ่งสู่การเป็น Virtual Hospital ซึ่งในอนาคต เทคโนโลยีมาช่วยพัฒนาช่องทางการรับบริการจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมด้านต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุข ถือเป็นการยกระดับการรักษาให้ไม่ถูกจำกัดอยู่แค่ในโรงพยาบาลอีกต่อไป รวมถึงช่วยให้คนไข้เป็นศูนย์กลางในการรักษาอย่างแท้จริงในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในระยะแรกเริ่ม
2. เพื่อสร้างระบบสนับสนุนการทำงานบริการสุขภาพจิตดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในระยะแรก แก่บุคลากรด้านสุขภาพจิต
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการสร้างระบบสนับสนุนการทำงานและนวัตกรรมบริการสุขภาพจิตดิจิทัล
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ รพ.สต./รพช./รพท./รพศ./รพจ. และกรุงเทพมหานคร ให้สามารถบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรม/เทคโนโลยีดิจิทัล
2. จำนวนนวัตกรรมสุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างมูลค่าได้
3. บุคลากรมีศักยภาพในการผลิตและพัฒนานวัตกรรม/องค์ความรู้/สื่อต่าง ๆ ด้านระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล

19. โครงการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ

ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรอนมีจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มักพบเห็นในที่สาธารณะ เช่น ป้ายรถโดยสาร ตลาด ใช้ชีวิตอยู่บนท้องถนน เก็บเศษอาหารจากขยะมารับประทาน แต่งกายมอมแมม เดินพูดพึมพำคนเดียว บุคคลเหล่านี้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง อันเกิดจากปัญหาความรุนแรงจากอาการของโรคที่ไม่ได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง พบปัญหาการเข้าถึงระบบบริการเนื่องจากบางรายไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่สามารถบอกที่อยู่ได้ เกิดการสูญเสียโอกาสในการได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง อีกทั้งขาดการเชื่อมต่อจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมด้วยเหตุนี้จึงควรมีการช่วยให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผ่านการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์แบบครบวงจรในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรอนที่มาร่วมงานภารกิจพิเศษ และการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจิตเวชเรื้อรอนที่มีคุณภาพและเพิ่มช่องทางการพัฒนาระบบส่งต่อที่ได้มาตรฐาน รวดเร็วปลอดภัย ส่งเสริมบทบาทของชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสามารถช่วยกันดูแลรักษาสุขภาพที่ดีให้กับคนในชุมชน ผ่านระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน/ท้องถิ่น มีกลไกการแก้ไขปัญหาและวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชเรื้อรอนที่มีคุณภาพ
2. เพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบ มีการแก้ไขปัญหาและวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชเรื้อรอนที่มีคุณภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ไขปัญหาและวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชเรื้อรอนที่มีคุณภาพ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรอนเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาตามระบบสาธารณสุข
5. เพื่อให้ทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการผลักดันสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรอน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดระบบและการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่บูรณาการกับภาคีเครือข่ายทางสังคม
2. เกิดความเข้มแข็งของชุมชน สังคม และเครือข่ายทุกระดับ สามารถให้การเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแล และฟื้นฟูจิตใจให้กับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรอน เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่
3. บุคลากรด้านสุขภาพจิตสามารถดำเนินการได้อย่างมีมาตรฐาน
4. ระบบฐานข้อมูล และระบบจัดการข้อมูลการติดตามประเมินสถานการณ์วิกฤตให้มีความเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพ
5. มีระบบสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งประชาชนมีความรอบรู้ด้านวิกฤตสุขภาพจิต



ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพและสมรรถภาพจิตใจประชาชนวัยทำงาน

จากรายงานสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี 2563 แสดงให้เห็นสัดส่วนการพึ่งพิงวัยแรงงานในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าจากวัยแรงงาน 3.6 คนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเหลือวัยแรงงาน 1.8 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ส่งผลต่ออัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี 2583 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) และจากผลการดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตคนวัยทำงานที่ผ่านมามุ่งเน้นการเสริมสร้างความสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ประชาชน โดยดำเนินการได้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ผลการประเมินความสุขคนวัยทำงานภายใต้โปรแกรมสร้างสุขฯ พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไปถึงสูงกว่า ร้อยละ 85.49 และประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ ร้อยละ 88.94 ซึ่งมีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในสถานประกอบการผ่านการดำเนินงานตามเกณฑ์บูรณาการระดับกระทรวงส่งเสริมให้ชุมชนและสถานประกอบการมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับคนวัยทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ตลอดจนประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 Packages กระทรวงสาธารณสุข ความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกอบการในสถานประกอบการ ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน โครงการขับเคลื่อนสุขภาพคนทำงานในสถานประกอบการอย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living) ซึ่งเป็นความร่วมมือระดับนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม สสส. และหอการค้าไทย เพื่อมุ่งมั่นส่งเสริมให้คนวัยทำงานมีความสุข มีความเครียดและความขัดแย้งลดลง เกิดการดูแลสุขภาพจิตให้แก่คนวัยทำงานอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลต่อขวัญกำลังใจในการทำงาน สามารถเพิ่มผลผลิต คุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกได้มากยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ 2567 จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีสุขภาวะที่ดีพร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งหวังให้คนไทยในอนาคตมีความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงาน
2. เพื่อพัฒนาและขยายเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ
3. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและสมรรถภาพจิตใจแก่ประชาชนวัยทำงาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนวัยทำงาน
2. เพิ่มเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ

2. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย

จากผลการดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตคนวัยทำงานที่ผ่านมามุ่งเน้นการเสริมสร้างความสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ประชาชน โดยดำเนินการได้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ผลการประเมินความสุขคนวัยทำงานภายใต้โปรแกรมสร้างสุขฯ พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไปถึงสูงกว่า ร้อยละ 85.49 และประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ ร้อยละ 88.94 ซึ่งดำเนินการในปี 2564 ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และมีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในสถานประกอบการผ่านการดำเนินงานตามเกณฑ์บูรณาการระดับกระทรวงส่งเสริมให้ชุมชนและสถานประกอบการมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับคนวัยทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ตลอดจนประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 Packages กระทรวงสาธารณสุข ความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกอบการในสถานประกอบการร่วมกับสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน โครงการขับเคลื่อนสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการอย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living) ซึ่งเป็นความร่วมมือระดับนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม สสส. และหอการค้าไทย เพื่อขับเคลื่อนงานผ่านกลไกการบูรณาการทุกมิติ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งมั่นส่งเสริมให้คนวัยทำงานมีความสุข มีความเครียดและความขัดแย้งลดลง เกิดการดูแลสุขภาพจิตให้แก่คนวัยทำงานอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลต่อขวัญกำลังใจในการทำงาน สามารถเพิ่มผลผลิต คุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกได้มากยิ่งขึ้น ในปีงบประมาณ 2567 จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีสุขภาวะที่ดีพร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งหวังให้คนไทยในอนาคตมีความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงาน
2. เพื่อพัฒนาและขยายเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ
3. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและสมรรถภาพจิตใจแก่ประชาชนวัยทำงาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนวัยทำงาน
2. เพิ่มเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ



3. โครงการกลไกการดูแลสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในการจัดทำแนวทางการฟื้นฟูจิตใจประชาชนในสถานการณ์การระบาดของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการมาตรการการป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน โดยอาศัยกระบวนการภายในชุมชน กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและต้นทุนทางสังคมขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและเข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทางสังคม ในสถานการณ์วิกฤต ให้ชุมชนมีความเข้าใจการป้องกันโรค มีวิธีรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการดูแลใจทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมถึงช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านความปลอดภัยในชุมชน ลดความตื่นตระหนก และค่อย ๆ ฟื้นฟูให้คนในชุมชนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนขึ้นมา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับประชาชนในทุกะดับในส่วนของวัคซีนใจในระดับชุมชนนั้น ได้ใช้มาตรการ “4 สร้าง” ประกอบด้วย

1. สร้างความรู้สึกปลอดภัยในชุมชน (Safety)
2. สร้างความรู้สึกสงบในชุมชน (Calm)
3. สร้างความหวังในชุมชน (Hope)
4. สร้างความเข้าใจและให้โอกาสคนในชุมชน (Care)

ร่วมกับการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน และการใช้สายสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนมาเป็นฐานในที่สำคัญในการออกแบบแผนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้แก่ประชาชนในระดับชุมชน ผ่านกลไกการขับเคลื่อนภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจเกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในทุกเขตสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี เกิดความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถดูแลจิตใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งผ่านวิกฤตการณ์การระบาดในครั้งนี้อย่างดีด้วยกันทั้งประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้
2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและได้รับบริการที่มีมาตรฐานภายใต้กลไกของระบบสุขภาพปฐมภูมิ
3. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเกิดความร่วมมือของภาคีทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมในการดำเนินงานสุขภาพจิต
4. เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการและนำฐานข้อมูลสุขภาพจิตของประเทศไปใช้ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพจิตภายใต้กลไกในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่รวดเร็ว เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและสอดคล้องกับบริบทปัญหา ความต้องการ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต นำไปสู่ความสามารถในการปรับตัวจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

4. โครงการบูรณาการการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเขตเมือง

จากสถานการณ์ประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเมืองกรุงเทพฯ จากรายงาน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข โรคจากการดื่มสุรา (Alcohol use Disorders) มีจำนวนผู้ป่วย คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 201,418 คน เข้าถึงบริการ 3,979 คน (ร้อยละ 2.09) โรคจิตเภท 38,101 คน เข้าถึงบริการ 10,901 คน (ร้อยละ 28.51) และโรคซึมเศร้า 242,893 คน เข้าถึงบริการ 35,960 คน (ร้อยละ 14.8) และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนกรุงเทพฯ มีมากขึ้นต่อเนื่อง จาก 2.12 คนต่อแสนประชากรในปี 2562 เป็น 4.51 คนต่อแสนประชากร ในปี 2564 ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับ บริการสุขภาพจิตของผู้มีปัญหาโรคจิตเวชในกรุงเทพฯ นั้น ยังมีช่องว่างของการเข้าถึงบริการมาก ซึ่งอาจเกิดจาก การขาดความเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องและการบริหารฐานข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

กรมสุขภาพจิตซึ่งมีนโยบายทั้งในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูเพื่อเยียวยาแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตในสังคม เห็นความสำคัญของการสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต การมีแนวทางดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงกระบวนการรักษา รวมไปถึงเมื่อผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชน จำเป็นต้องมี กระบวนการสร้างรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ให้สังคม ยอมรับและให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในสังคม มีการฟื้นฟูในชุมชน ตามศักยภาพ โดยในบริบทของความเป็นเมืองขนาดใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร จำเป็นจะต้องมีการพิจารณาถึงความต้องการ ของประชากรที่หลากหลาย ความแตกต่างของพื้นที่ ความแตกต่างของรูปแบบชุมชน อาศัยการทำงานร่วมกับ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างสังกัด เพื่อให้เกิดรูปแบบการทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบองค์รวมในสังคมเมือง เป็นรูปแบบต้นแบบสู่การพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมเมืองของจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมเมือง
2. เพื่อพัฒนาระบบความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูเพื่อเยียวยาแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตในสังคมเมือง รวมถึงพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในสังคมเมือง
3. เพื่อพัฒนาวิชาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมเมือง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยบริการจิตเวช/ศูนย์สุขภาพจิตมีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเขตเมือง ระดับประเทศ
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในเขตเมืองได้รับการแก้ไขปัญห และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง

1. โครงการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จากกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 มีการปรับโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ และปรับบทบาทภารกิจในด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชในภาพรวมให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับกรมสุขภาพจิต ระดับประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้งสำนักวิชาการสุขภาพจิต โดยกำหนดให้มีอำนาจหน้าที่คือการส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา ค้นคว้า วิจัย การจัดการความรู้ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้สอดคล้องตามประเด็นสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศ รวมทั้งควบคุม กำกับ พัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการ จำเป็นต้องมีการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่องทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่ทว่าในการปฏิบัติกรมสุขภาพจิตมีการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเข้มข้นเป็นช่วง ๆ มีความต่อเนื่องในบางหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างทั่วถึง ต่อเนื่องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิตจึงจัดทำโครงการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับบุคลากรระดับหน่วยงาน และระดับกรมสุขภาพจิต
2. เพื่อพัฒนาความความคิดริเริ่มในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เพื่อสร้างและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถทางด้านการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป
4. เพื่อสร้างกระบวนการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ต่อเนื่องไปในทิศทางเดียวกัน
5. เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่หลากหลาย และสามารถนำไปใช้ในการลดช่องว่างและพัฒนาการดำเนินงานทั้งระดับหน่วยงานและระดับกรมได้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

องค์ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สร้างเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี ลดการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบัน

2. โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต

ระบาดวิทยาสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่บอกถึงลักษณะของปัญหา ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การแก้ไข เฝ้าระวังที่นำไปสู่การตอบโต้ภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ได้อย่างทันเหตุการณ์ และนำไปสู่การได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสาเหตุที่เกิดขึ้นของปัญหา เพื่อนำมาใช้ลำดับความสำคัญของปัญหา เป็นข้อมูลประกอบตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร ในการให้นโยบาย มาตรการสำคัญสำหรับการควบคุม ป้องกันโรค พัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวทาง Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการจิตเวชจะต้องลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย ตามหลักการ EMS และเป็น Smart Hospital

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีการรายงานเป็นปกติประจำ (Passive Surveillance) และเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเชิงรุก กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Active, Sentinel Surveillance) หรือภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตประชาชนไทย (Active, Sentinel Surveillance)

2. พัฒนาระบบสอบสวนโรค กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และติดตามดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบ

3. พัฒนาระบบศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตและการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 เพื่อเก็บข้อมูล จัดการข้อมูล วิเคราะห์ และรายงานผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้และนวัตกรรมจากการเฝ้าระวัง และการศึกษาทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวช ปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. รายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตจากการเฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีการรายงานเป็นปกติประจำ (Passive Surveillance) และเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเชิงรุก กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Active, Sentinel Surveillance) หรือภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตประชาชนไทย การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการติดตามผลกระทบสุขภาพระยะยาวจากป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต อย่างน้อย 4 เรื่อง

3. มีเครือข่ายทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อย่างน้อย 50 คน

4. มีชุดข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตจากการเฝ้าระวังและการศึกษาทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต อย่างน้อย 4 ชุดข้อมูล



3. โครงการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของการรักษาโรคจิตเภท

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของผลกระทบดังกล่าว จึงได้จัดทำการศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังขึ้น โดยจะมีการศึกษาทางระบาดวิทยา ศึกษาความชุก อุบัติการณ์ เพื่อให้เห็นภาวะของโรคศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ และศึกษามุมมองของระบบสุขภาพ มุมมองของผู้ให้บริการ มุมมองของผู้ป่วย มุมมองทางสังคม เพื่อเป็นใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว โครงการนี้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ แผนระดับต่าง ๆ ของประเทศ และนโยบายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ประเด็น การป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และประเด็น การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม อีกทั้งโครงการนี้จะสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานวิชาการที่จะผลักดันระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน สนับสนุนในการขับเคลื่อนงานเชิงบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนของการรักษาโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูล การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เกิดความเชื่อมโยงทุกภาคส่วนและมีประสิทธิภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขความคุ้มค่าคุ้มทุนของโรคจิตเภท
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจนดีขึ้น





01

ภาคผนวก

สถานการณ์สุขภาพจิต ข้อมูลสถิติที่สำคัญ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข





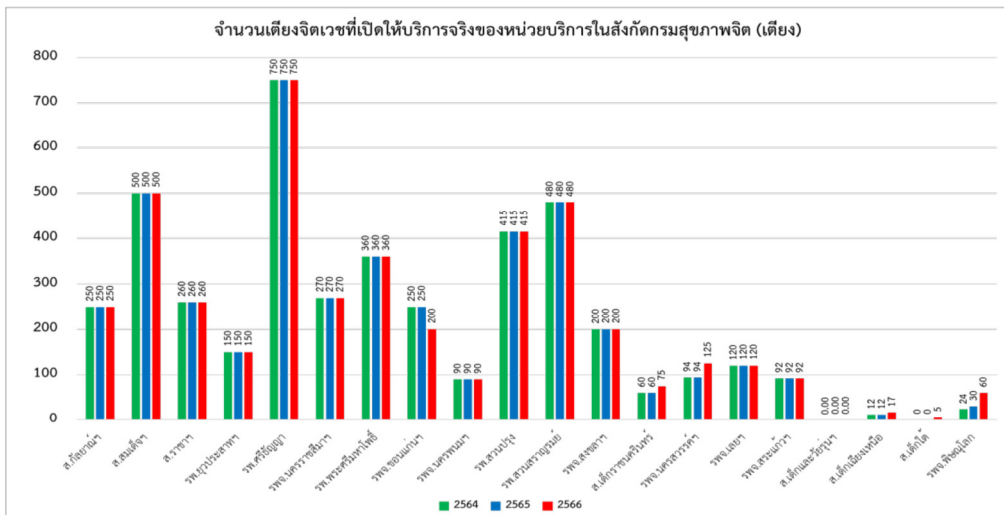
1 จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 12 จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : เตียง

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	250	250	250
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	500	500	500
3	12246	สถาบันราชานุกูล	260	260	260
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	150	150	150
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	750	750	750
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	270	270	270
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	360	360	360
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	250	250	200
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	90	90	90
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	415	415	415
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	480	480	480
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	200	200	200
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	60	60	75
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	94	94	125
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	120	120	120
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	92	92	92
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12	12	17
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	5
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	24	30	60
รวม			4,377	4,383	4,419

ภาพที่ 79 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



- หมายเหตุ :**
1. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ยังไม่เปิดให้บริการผู้ป่วยใน
 2. หน่วยงานที่ปรับจำนวนเตียงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้แก่
 - โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ปรับเพิ่มจำนวนเตียงจาก 24 เตียง เป็น 30 เตียง
 3. หน่วยงานที่ปรับจำนวนเตียงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้แก่
 - (1) โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ปรับเพิ่มจำนวนเตียงจาก 30 เตียง เป็น 60 เตียง
 - (2) สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ปรับเพิ่มจำนวนเตียงจาก 60 เตียง เป็น 75 เตียง
 - (3) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ปรับเพิ่มจำนวนเตียงจาก 94 เตียง เป็น 125 เตียง
โดยให้ใช้จำนวนเตียงที่ปรับใหม่คิดอัตราครองเตียง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
 - (4) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปรับลดจำนวนเตียงจาก 250 เป็น 200 เตียง
 - (5) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปรับเพิ่มจำนวนเตียงจาก 12 เตียง เป็น 17 เตียง
 - (6) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ขอแจ้งเปิดการให้บริการผู้ป่วยในเตียงจริง 5 เตียง
 4. หน่วยงานที่ปรับจำนวนเตียงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้แก่
 - โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ขอปรับเพิ่มจำนวนเตียงจาก 200 เตียง เป็น 210 เตียง
- ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต 4,429 เตียง

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566



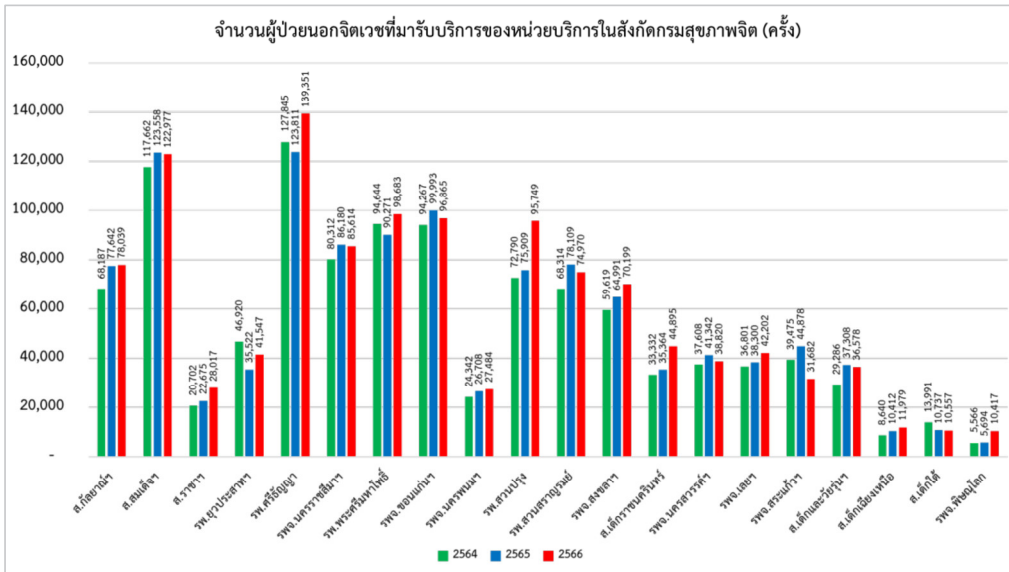
2 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ครั้ง

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	68,187	77,642	78,039
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	117,662	123,558	122,977
3	12246	สถาบันราชานุกูล	20,702	22,675	28,017
4	12251	โรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์	46,920	35,522	41,547
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	127,845	123,811	139,351
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	80,312	86,180	85,614
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	94,644	90,271	98,683
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	94,267	99,993	96,865
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	24,342	26,708	27,484
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	72,790	75,909	95,749
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	68,314	78,109	74,970
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	59,619	64,991	70,199
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	33,332	35,364	44,895
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	37,608	41,342	38,820
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	36,801	38,300	42,202
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	39,475	44,878	31,682
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	29,286	37,308	36,578
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8,640	10,412	11,979
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	13,991	10,737	10,557
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	5,566	5,694	10,417
รวม			1,080,303	1,129,404	1,186,625

ภาพที่ 80 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.07 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมจึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา รองลงมา คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คิดเป็นร้อยละ 11.74, 10.36 และ 8.32

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





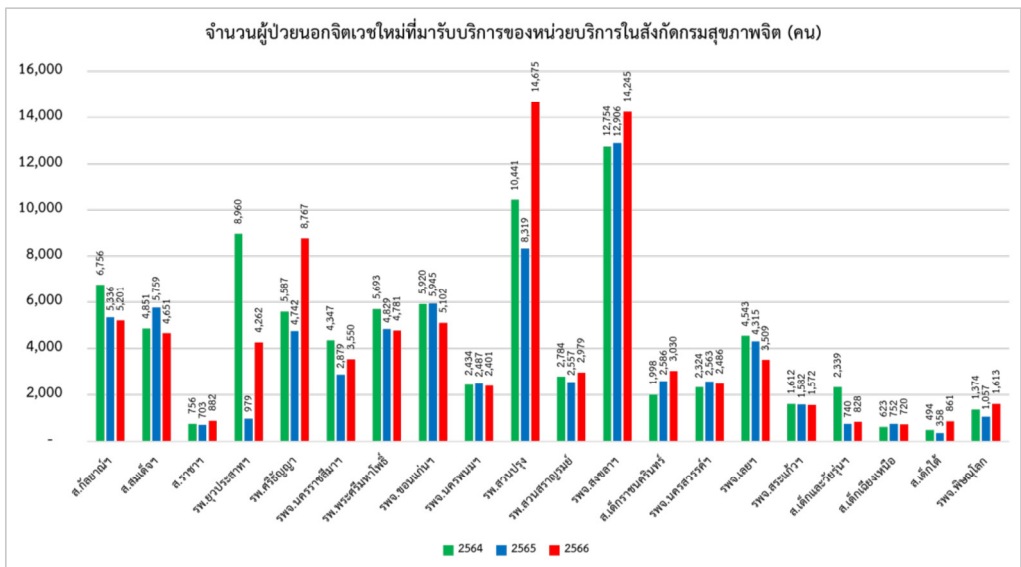
3 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่ได้รับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่ได้รับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : คน

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	6,756	5,336	5,201
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	4,851	5,759	4,651
3	12246	สถาบันราชานุกูล	756	703	882
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	8,960	979	4,262
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	5,587	4,742	8,767
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	4,347	2,879	3,550
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	5,693	4,829	4,781
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	5,920	5,945	5,102
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	2,434	2,487	2,401
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	10,441	8,319	14,675
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	2,784	2,557	2,979
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	12,754	12,906	14,245
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	1,998	2,586	3,030
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	2,324	2,563	2,486
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	4,543	4,315	3,509
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	1,612	1,582	1,572
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	2,339	740	828
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	623	752	720
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	494	358	861
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	1,374	1,057	1,613
รวม			86,590	71,394	86,115

ภาพที่ 81 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มีารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 ผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มีารับบริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20.62 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิต จึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และ ใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มีารับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลสวนปรุง รองลงมา คือ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา คิดเป็นร้อยละ 17.04, 16.54 และ 10.18

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.รจ. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





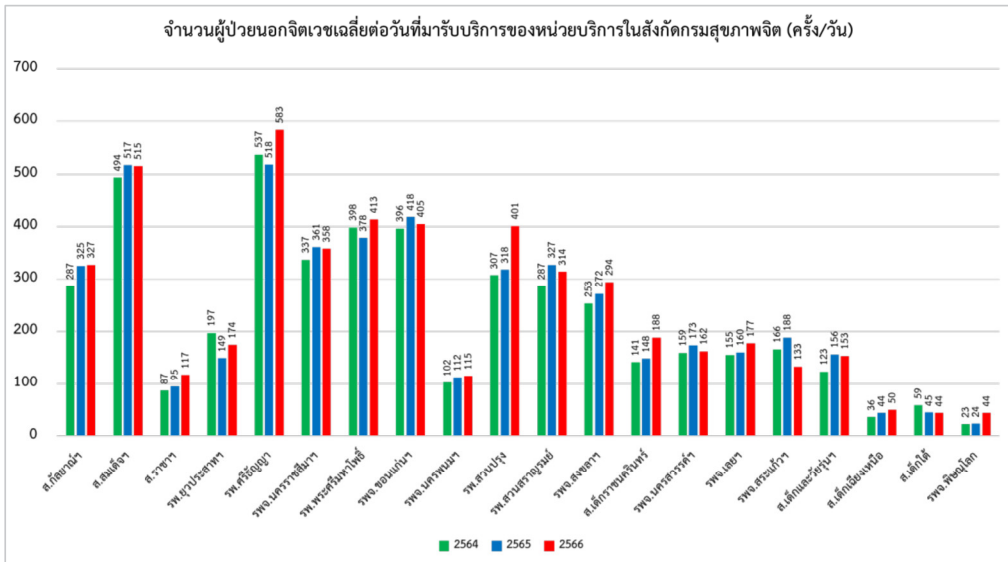
4 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 15 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ครั้ง/วัน

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	287	325	327
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	494	517	515
3	12246	สถาบันราชานุกูล	87	95	117
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	197	149	174
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	537	518	583
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	337	361	358
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	398	378	413
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	396	418	405
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	102	112	115
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	307	318	401
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	287	327	314
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	253	272	294
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	141	148	188
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	159	173	162
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	155	160	177
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	166	188	133
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	123	156	153
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	36	44	50
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	59	45	44
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	23	24	44
รวม			4,539	4,726	4,965

ภาพที่ 82 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 ผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.06 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช และจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา รองลงมาคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คิดเป็นร้อยละ 11.74, 10.37 และ 8.32

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





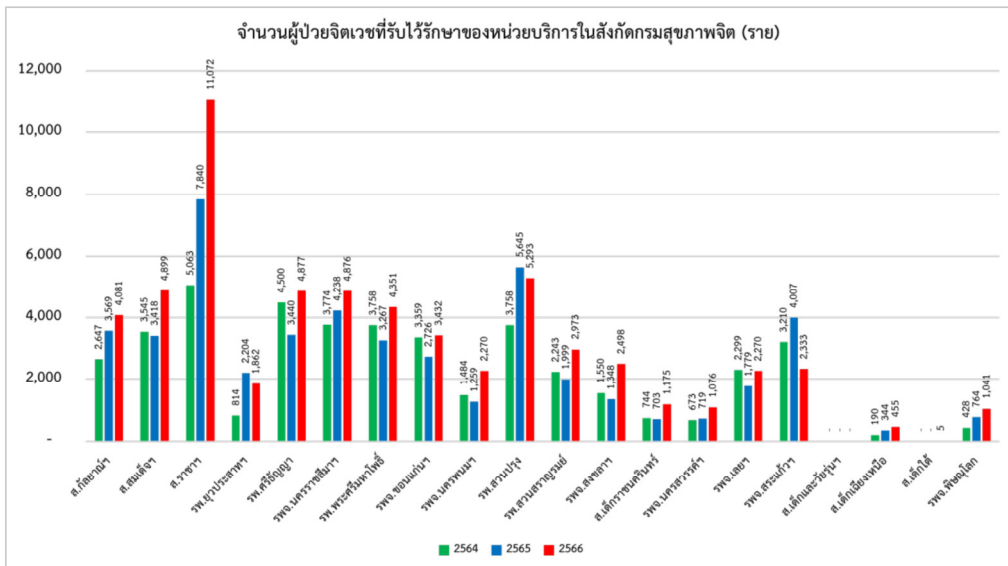
5 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ราย

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	2,647	3,569	4,081
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	3,545	3,418	4,899
3	12246	สถาบันราชานุกูล	5,063	7,840	11,072
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	814	2,204	1,862
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	4,500	3,440	4,877
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	3,774	4,238	4,876
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	3,758	3,267	4,351
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	3,359	2,726	3,432
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	1,484	1,259	2,270
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	3,758	5,645	5,293
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	2,243	1,999	2,973
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1,550	1,348	2,498
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	744	703	1,175
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	673	719	1,076
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	2,299	1,779	2,270
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	3,210	4,007	2,333
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	190	344	455
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	5
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	428	764	1,041
รวม			44,039	49,269	60,839

ภาพที่ 83 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.48 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมจึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษามากที่สุด คือ สถาบันราชานุกูล รองลงมาคือ โรงพยาบาลสวนปรุง และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คิดเป็นร้อยละ 18.20, 8.70 และ 8.05

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





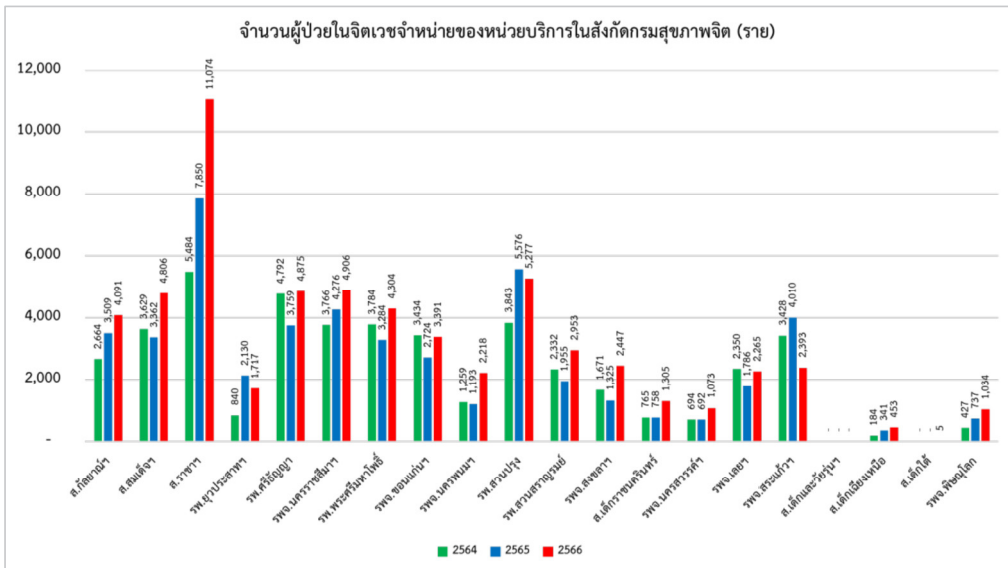
6 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 17 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ราย

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	2,664	3,509	4,091
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	3,629	3,362	4,806
3	12246	สถาบันราชานุกูล	5,484	7,850	11,074
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	840	2,130	1,717
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	4,792	3,759	4,875
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	3,766	4,276	4,906
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	3,784	3,284	4,304
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	3,434	2,724	3,391
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	1,259	1,193	2,218
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	3,843	5,576	5,277
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	2,332	1,955	2,953
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1,671	1,325	2,447
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	765	758	1,305
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	694	692	1,073
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	2,350	1,786	2,265
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	3,428	4,010	2,393
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	184	341	453
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	5
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	427	737	1,034
รวม			45,346	49,267	60,587

ภาพที่ 84 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 22.98 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่รับไว้รักษา หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช จำหน่ายมากที่สุด คือ สถาบันราชานุกูล รองลงมา คือ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 18.28, 8.71 และ 8.10

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.รจ. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





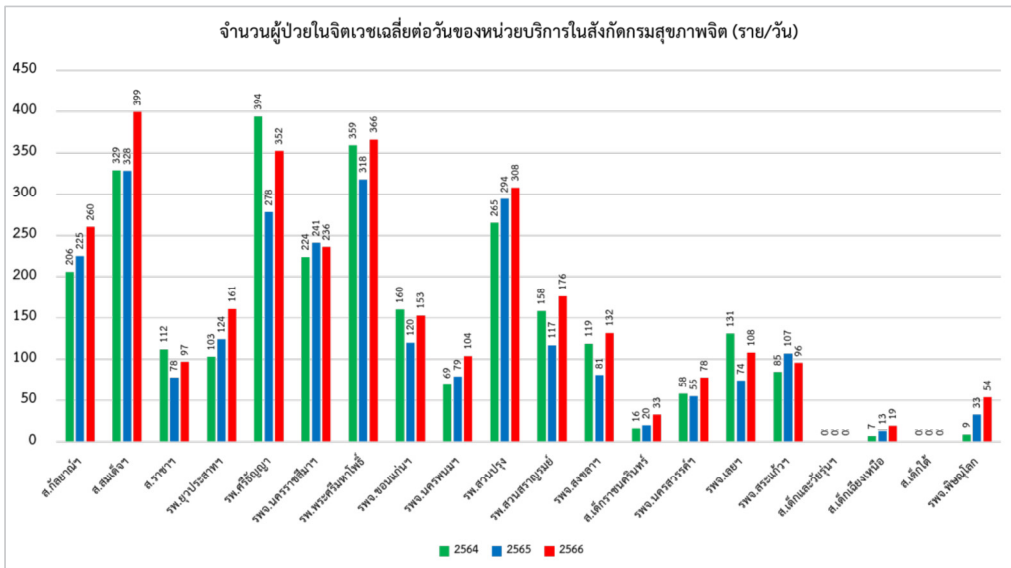
7 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 18 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ราย/วัน

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	206	225	260
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	329	328	399
3	12246	สถาบันราชานุกูล	112	78	97
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	103	124	161
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	394	278	352
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	224	241	236
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	359	318	366
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	160	120	153
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	69	79	104
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	265	294	308
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	158	117	176
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	119	81	132
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	16	20	33
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	58	55	78
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	131	74	108
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	85	107	96
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7	13	19
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	-
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	9	33	54
รวม			2,805	2,586	3,132

ภาพที่ 85 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 21.13 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษา และจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่าย หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันมากที่สุดคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รองลงมาคือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา คิดเป็นร้อยละ 12.74, 11.69 และ 11.24

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.รจ. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





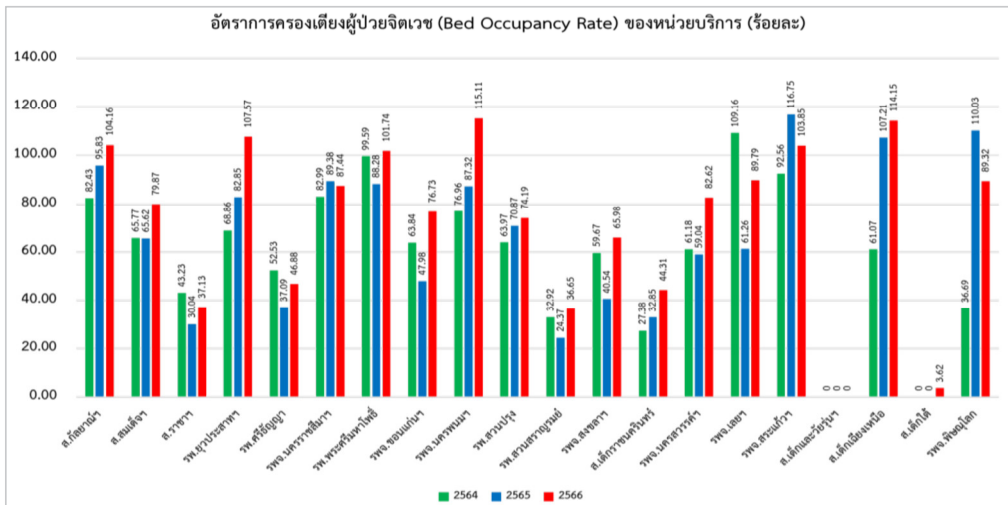
8 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 19 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ร้อยละ

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	82.43	95.83	104.16
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	65.77	65.62	79.87
3	12246	สถาบันราชานุกูล	43.23	30.04	37.13
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	68.86	82.85	107.57
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	52.53	37.09	46.88
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	82.99	89.38	87.44
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	99.59	88.28	101.74
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	63.84	47.98	76.73
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	76.96	87.32	115.11
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	63.97	70.87	74.19
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	32.92	24.37	36.65
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	59.67	40.54	65.98
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	27.38	32.85	44.31
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	61.18	59.04	82.62
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	109.16	61.26	89.79
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	92.56	116.75	103.85
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	61.07	107.21	114.15
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	3.62
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	36.69	110.03	89.32
รวม			64.09	59.20	71.37

ภาพที่ 86 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20.56 เนื่องจากหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมจึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิต ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุขสามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 71.37 แต่เมื่อแยกหน่วยงานแล้วพบว่า มีบางหน่วยบริการยังอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก, โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ หน่วยบริการที่มีอัตราการครองเตียงมากกว่า 100 ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

หมายเหตุ : ตามหลักสถิติสาธารณสุข ให้หลักการว่า การใช้ประโยชน์จากเตียงผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงการใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ในสถานบริการสุขภาพว่ามีความคุ้มค่ากับการลงทุนในภาพรวมดังนี้

- อัตราการครองเตียงมากกว่า 120 หมายถึง ผู้ป่วยมีเตียงไม่พอ แอด
- อัตราการครองเตียงมากกว่า 80 - 100 หมายถึง เหมาะสม
- จำนวนเตียงที่นำว่าคิดอัตราการครองเตียง คือ 4,388 เตียง

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566



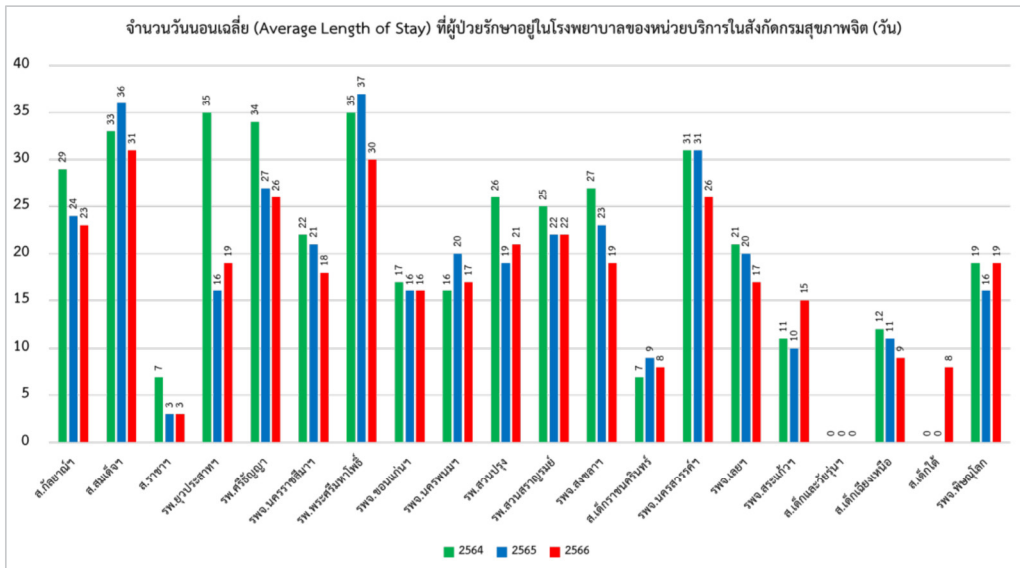
9 จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 20 จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : วัน

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	29	24	23
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	33	36	31
3	12246	สถาบันราชานุกูล	7	3	3
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	35	16	19
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	34	27	26
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	22	21	18
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	35	37	30
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	17	16	16
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	16	20	17
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	26	19	21
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	25	22	22
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	27	23	19
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	7	9	8
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	31	31	26
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	21	20	17
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	11	10	15
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12	11	9
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	8
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	19	16	19
รวม			23	19	18

ภาพที่ 87 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 5.26 เนื่องจากหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมจึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว หน่วยบริการที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และรองลงมา คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





10 จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

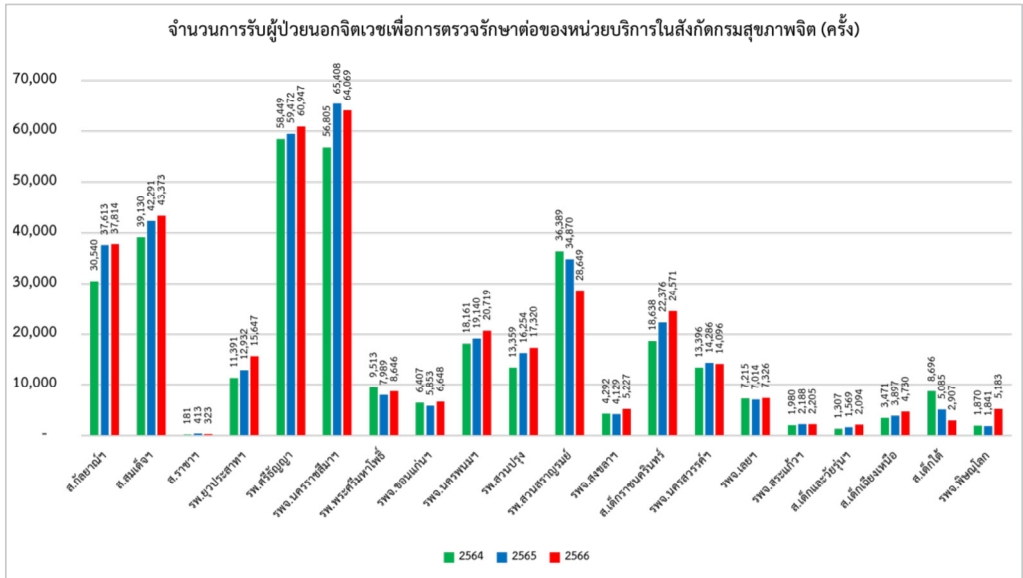
ตารางที่ 21 จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ครั้ง

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	30,540	37,613	37,814
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	39,130	42,291	43,373
3	12246	สถาบันราชานุกูล	181	413	323
4	12251	โรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโยธัมภ์	11,391	12,932	15,647
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	58,449	59,472	60,947
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	56,805	65,408	64,069
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	9,513	7,989	8,646
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	6,407	5,853	6,648
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	18,161	19,140	20,719
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	13,359	16,254	17,320
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	36,389	34,870	28,649
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	4,292	4,129	5,227
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	18,638	22,376	24,571
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	13,396	14,286	14,096
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	7,215	7,014	7,326
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	1,980	2,188	2,205
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	1,307	1,569	2,094
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,471	3,897	4,730
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	8,696	5,085	2,907
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	1,870	1,841	5,183
รวม			341,190	364,620	372,494

ภาพที่ 88 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 2.16 หน่วยบริการที่มีจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อมากที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ร้อยละ 17.20, รองลงมาคือ โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คิดเป็นร้อยละ 16.36 และ 11.64

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





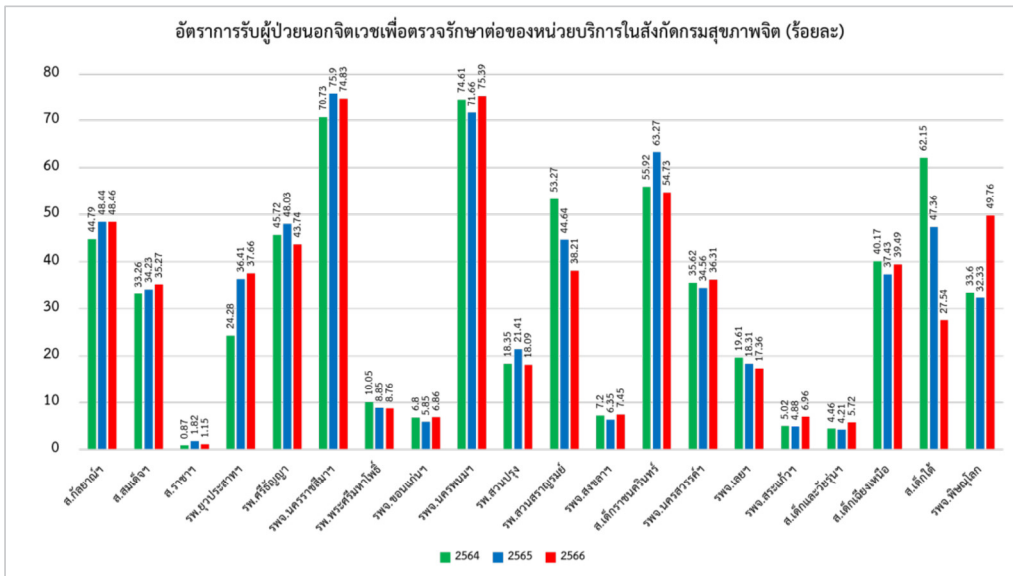
11 อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 22 อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ร้อยละ

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	44.79	48.44	48.46
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	33.26	34.23	35.27
3	12246	สถาบันราชานุกูล	0.87	1.82	1.15
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	24.28	36.41	37.66
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	45.72	48.03	43.74
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	70.73	75.90	74.83
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	10.05	8.85	8.76
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	6.80	5.85	6.86
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	74.61	71.66	75.39
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	18.35	21.41	18.09
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	53.27	44.64	38.21
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	7.20	6.35	7.45
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	55.92	63.27	54.73
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	35.62	34.56	36.31
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	19.61	18.31	17.36
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	5.02	4.88	6.96
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	4.46	4.21	5.72
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	40.17	37.43	39.49
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	62.15	47.36	27.54
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	33.60	32.33	49.76
รวม			31.58	32.28	31.39

ภาพที่ 89 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 2.76 หน่วยบริการที่มีอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อ มากที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์ รองลงมา คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ และสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ คิดเป็นร้อยละ 75.39, 74.83 และ 54.73

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





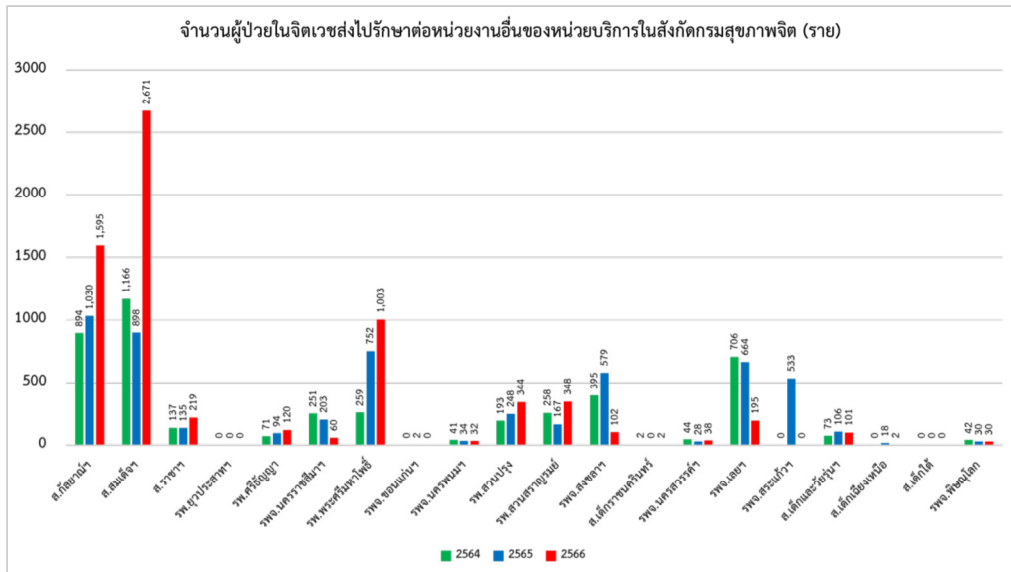
12 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 23 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ราย

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	894	1,030	1,595
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	1,166	898	2,671
3	12246	สถาบันราชานุกูล	137	135	219
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	-	-	-
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	71	94	120
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	251	203	60
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	259	752	1,003
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	-	2	-
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	41	34	32
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	193	248	344
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	258	167	348
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	395	579	102
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	2	-	2
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	44	28	38
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	706	664	195
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	-	533	-
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	73	106	101
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-	18	2
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	-
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	42	30	30
รวม			4,532	5,521	6,862

ภาพที่ 90 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 17.91 หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นมากที่สุด คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รองลงมาคือ สถาบันกัลยาณมิตรราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คิดเป็นร้อยละ 38.92, 23.24 และ 14.62 หน่วยบริการที่ไม่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.รจ. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





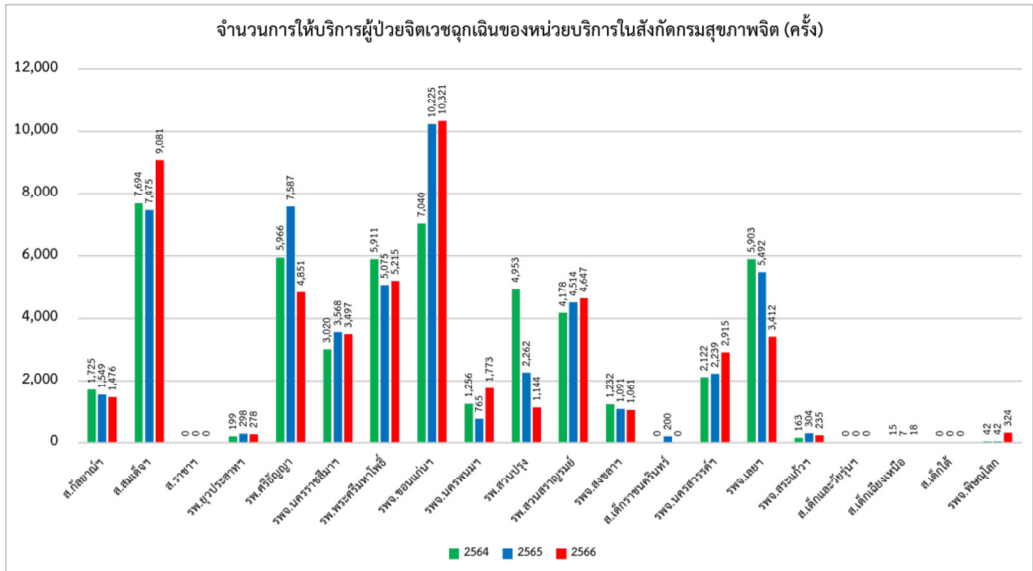
13 จำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 24 จำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

หน่วยนับ : ครั้ง

ลำดับ ที่	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	1,725	1,549	1,476
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	7,694	7,475	9,081
3	12246	สถาบันราชานุกูล	-	-	-
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	199	298	278
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	5,966	7,587	4,851
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	3,020	3,568	3,497
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	5,911	5,075	5,215
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	7,040	10,225	10,321
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	1,256	765	1,773
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	4,953	2,262	1,144
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	4,178	4,514	4,647
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1,232	1,091	1,061
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	-	200	-
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	2,122	2,239	2,915
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	5,903	5,492	3,412
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	163	304	235
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	-	-
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	15	7	18
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	-	-
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	42	42	324
รวม			51,419	52,693	50,248

ภาพที่ 91 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 4.64 หน่วยบริการที่มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รองลงมาคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คิดเป็นร้อยละ 20.54, 18.07 และ 10.38 หน่วยบริการที่ไม่มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ สถาบันราชานุกูล, สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

ที่มา : รายงานด้านสุขภาพจิต > การบริการด้านสุขภาพจิตรายงาน (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566





14 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิต และข้อมูลสถิติที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ตารางที่ 25 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิต และข้อมูลสถิติที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566

ลำดับ ที่	รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
1	จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : เตียง)	4,377	4,383	4,419
2	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีมารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ครั้ง)	1,080,303	1,129,404	1,186,625
3	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มีมารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : คน)	86,590	71,394	86,115
4	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีมารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ครั้ง/วัน)	4,539	4,726	4,965
5	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ราย)	44,039	49,269	60,839
6	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ราย)	45,346	49,267	60,587
7	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ราย/วัน)	2,805	2,586	3,132
8	อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ร้อยละ)	64.09	59.20	71.37
9	จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : วัน)	23	19	18
10	จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ครั้ง)	341,190	364,620	372,494
11	อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ร้อยละ)	31.58	32.28	31.39
12	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ราย)	4,532	5,521	6,862
13	จำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (หน่วยนับ : ครั้ง)	51,419	52,693	50,248

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2566



02

ภาคผนวก

สื่อและเทคโนโลยี สุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



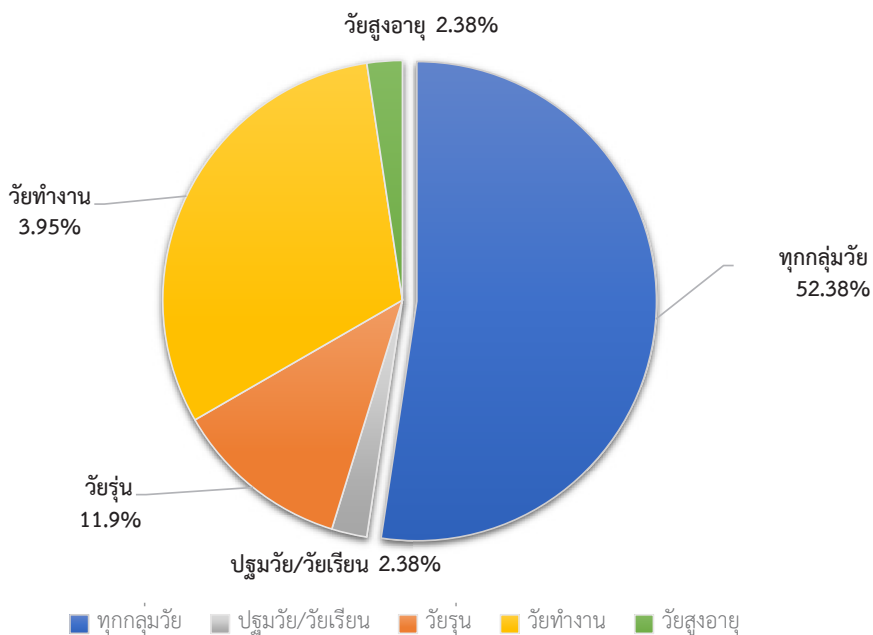


รายชื่อสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ที่ผลิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานที่ดำเนินงานบริการด้านสุขภาพจิต มีการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต เพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ ป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต บำบัด ฟื้นฟู สมรรถภาพทางจิตและสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 42 รายการ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมายของการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายที่มีการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ตามลำดับ ได้ดังนี้

● ทุกกลุ่มวัย	จำนวน 22 สื่อ	ร้อยละ 52.38
● ปฐมวัย/วัยเรียน	จำนวน 1 สื่อ	ร้อยละ 2.38
● วัยรุ่น	จำนวน 5 สื่อ	ร้อยละ 11.9
● วัยทำงาน	จำนวน 13 สื่อ	ร้อยละ 3.95
● วัยสูงอายุ	จำนวน 1 สื่อ	ร้อยละ 2.38

ภาพที่ 92 แสดงร้อยละของสื่อและเทคโนโลยีที่ผลิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย



รายชื่อสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ที่ผลิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตารางที่ 26 รายชื่อสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ที่ผลิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
ทุกกลุ่มวัย				
1	เรียนรู้ ยอมรับ ปรับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต ใช้ชีวิตกับผู้ป่วยอย่างเข้าใจ (หมายเหตุ : ผลิตในปี 2564 และยังมีการใช้งานอยู่ในปัจจุบัน)	Video	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	 https://moph.cc/63ubWLDzo
2	รวมกฎหมายอนุบัญญัติตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	หนังสือ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	 https://moph.cc/ozTvYIK5m
3	e-Learning หลักสูตรสาระ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต และการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวช ในภาวะฉุกเฉิน	Self- Learning	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	 https://moph.cc/gYoQ9N6rL
4	คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	หนังสือ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	 https://moph.cc/EtVNoc9uH
5	สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่)	แผ่นพับ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	 https://moph.cc/UgypObH3B



ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
6	กฎหมายสุขภาพจิตที่ประชาชนควรรู้	แผ่นพับ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	 https://moph.cc/Han577Hf8
7	รายงานวิจัย การพัฒนานวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหามรณะทางจิต ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย	เล่ม และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/W8F7hWLEE
8	รายงานวิจัย การพัฒนารูปแบบ ความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย	เล่ม และ e-Book	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ และสำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/WzqWGfWx
9	รายงานวิจัย การพัฒนารูปแบบ การป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหา พฤติกรรมฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย	เล่ม และ e-Book	กองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต และสำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/Co4-Zlatf
10	รายงานวิจัย การเสริมสร้างวัคซีนใจ ในชุมชนภายใต้สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	เล่ม และ e-Book	กองส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต และสำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/QXEZbl6nu

ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
11	รายงานวิจัย การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19	เล่ม และ e-Book	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ และสำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/-r8IOdoAV
12	คู่มือการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	เล่ม และ e-Book	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ และสำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/HztpxFXjA
13	รายงานวิจัย การวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ	เล่ม และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/bFghkSCRg
14	บทสรุปผู้บริหารแผนงานการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย	หนังสือ และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/hVtr2T9gp
15	แนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	หนังสือ และ e-Book	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ และสำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/AJr_Exwdk



ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
16	หนังสือแนวทางการให้คำปรึกษา แบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน	หนังสือ และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/dKHokJhkc
17	วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย - ปีที่ 30 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2565 - ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2566 - ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 - ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2566	e-Journal	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/JmgvyZvfE
18	TikTok เคล็ดลับใจฟูง่าย ๆ เรื่อง... - เตือนวัยรุ่นอย่างไรให้ได้ผล - เคล็ดลับดำเนินชีวิตให้มีความสุข ความสำเร็จ - สร้างกำลังใจผู้สูงอายุ ยากไหม? - เข้าใจกัน เพิ่มพลังรักของวัยรุ่น กับพ่อแม่ - ดูแลใจอย่างไรให้เข้มแข็ง - และเรื่องอื่น ๆ ที่น่าสนใจ	Video	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/hmosLOYaV
19	ลักษณะการใช้บริการ ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและ พฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติด (F12.xx) ปี พ.ศ. 2565	หนังสือ และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/yXhTdWxni
20	วิดีโอ 3 M ประชุมวิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ ครั้งที่ 22	Video	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/_6ITcl0gL

ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
21	สื่อเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริม สัมพันธภาพครอบครัว ยุค New Normal - Infographic - คลิป VDO	แผ่นพับ 2 แผ่น 1 คลิป	กองส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต	 https://moph.cc/chQQspAtJ
22	หนังสือแผนเผชิญเหตุวิกฤต สุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย	หนังสือ	กองส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต	 https://moph.cc/TsrB4pype
ปฐมวัย/วัยเรียน				
23	สถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565 - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 : การเฝ้าระวังโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต จากคลังข้อมูล สุขภาพ (Health data center : HDC)	หนังสือ และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/GYs24aly9
วัยรุ่น				
24	คู่มือ เพราะการกลั่นแกล้ง ไม่ใช่เรื่องล้อเล่น Stop Bullying	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/wOaOSYwRT
25	คู่มือ รู้เท่าทัน Hate Speech สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/z4bLr641M



ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
26	คู่มือ วัยรุ่นน้อย...มีอะไรจะบอก	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/FLQy_8ZCw
27	คู่มือ วัยรุ่นน้อย..วัยของการค้นหาและ เข้าใจตนเอง	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/ciymYqTHc
28	คำปรึกษาพระราชทาน องค์ประธาน โครงการ TO BE NUMBER ONE ฉบับปี 2566	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/34B_73rc9
วัยทำงาน				
29	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในจังหวัด	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/CxWp-BXVk
30	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในอำเภอ	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/0XIIjScWS

ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
31	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในชุมชนภูมิภาค	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/g0y8z_bfU
32	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับการศึกษาขั้น พื้นฐาน	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/RLtgnj5R-
33	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/x3pKyU1Oo
34	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในสถานประกอบการ	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/Z_hwmd3JA
35	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและ เยาวชน	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/FWw_N4Da5
36	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในเรือนจำและทัณฑสถาน	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/VSSalmd_H



ลำดับ	รายชื่อสื่อ/เทคโนโลยี	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น (QR Code)
37	คู่มือ การบริหารจัดการและ การรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในสำนักงานคุมประพฤติ	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/EYaP40VuK
38	คู่มือ การบริหารจัดการและการ รายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในกรุงเทพมหานคร	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	 https://moph.cc/S3DgNv6r0
39	โปรแกรมหลักสูตรห้องเรียนวัยรุ่น CPS (e-Learning)	e-Learning	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/b1a36t7m2
40	แนวปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือด้าน สังคมจิตใจกลุ่มเปราะบางทาง เศรษฐกิจและสังคมที่มีความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย สำหรับนักสังคม สงเคราะห์	หนังสือ และ e-Book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/CMwKfzBxr
41	ความรู้สุขภาพจิตชุมชน หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ	Video	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/sZ0vdYG9F
วัยสูงอายุ				
42	การส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุ	Video	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	 https://moph.cc/zJlwVra4o



ภาคผนวก

การดำเนินการสุขภาพจิต ระหว่างประเทศ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



การดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ

กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ ทั้งด้านการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ และการพัฒนาบุคลากร ณ ต่างประเทศ โดยมีผู้บริหาร ข้าราชการ บุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตเดินทางไปประชุม และศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ ทั้งด้านวิชาการและด้านการบริหารด้วยเงินงบประมาณรายจ่ายอื่นของกรมสุขภาพจิต เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตกับนานาชาติ ตลอดจนความร่วมมือ การบริการ การมีส่วนร่วม องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนศักยภาพของบุคลากรและองค์กรสู่ความเป็นสากล สามารถติดตามความก้าวหน้าของงานสุขภาพจิตในประชาคมโลก รวมทั้งเป็นโอกาสอันดีที่จะได้นำเสนอ ประชาสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และสร้างความร่วมมือกับนานาชาติ นอกจากนี้ ในแต่ละปีกรมสุขภาพจิตได้ให้การต้อนรับผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร นักวิชาการด้านสุขภาพจิตจากองค์กรต่าง ๆ ในหลากหลายประเทศที่เดินทางมาเยือน อบรม ศึกษาดูงานทั้งที่มีและไม่มีข้อตกลงความร่วมมือต่อกันอีกด้วย ซึ่งผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีการดำเนินการ ดังนี้

1 โครงการประชุม Global Mental Health Summit ครั้งที่ 4 ณ กรุงโรม สาธารณรัฐอิตาลี ระยะเวลา 6 วัน ระหว่างวันที่ 12-17 ตุลาคม 2565

หลักการและเหตุผล

การประชุม Global Mental Health Summit ครั้งที่ 4

ในหัวข้อ Skill, Rights, Care : Time To Act Lessons Learned From The Emergency ระหว่างวันที่ 12 – 17 ตุลาคม 2565 ณ กรุงโรม สาธารณรัฐอิตาลี จัดโดยสาธารณรัฐอิตาลีและองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เพื่อเสริมสร้างการดำเนินงาน ในระดับโลกจากรัฐบาล องค์กรระหว่างประเทศ และภาคประชาสังคมในการแก้ไขปัญหาสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพจิตให้ได้รับการบริการอย่างครอบคลุม เพียงพอ และทั่วถึง และเปิดโอกาส ให้ผู้แทนจากรัฐบาลด้านการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ได้หารือแลกเปลี่ยนประเด็นด้านสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในภาพรวม

ภาพที่ 93 การประชุม Global Mental Health Summit ครั้งที่ 4



ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิต ได้ส่งเสริมบทบาทของประเทศไทยในการบริหารจัดการกับประเด็นสุขภาพจิตในเวทีระดับนานาชาติ สามารถส่งผลดีต่องานสุขภาพจิตในอนาคต
2. ผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต สามารถนำความรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ มากำหนดเป็นนโยบาย ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย พัฒนาให้เจริญก้าวหน้า ทันสมัย เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

2 โครงการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 76 (76th World Health Assembly : WHA 79) ระยะเวลา 7 วัน ระหว่างวันที่ 22-29 พฤษภาคม 2566

หลักการและเหตุผล

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 76 (76th World Health Assembly : WHA76) จัดขึ้นในเดือน พฤษภาคม 2566 ณ สำนักงานองค์การสหประชาชาติ (Palais des Nations) นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้แทนจากรัฐบาลของประเทศสมาชิก จำนวน 193 ประเทศ เข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้บริหารระดับสูงของประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศสมาชิก ได้เป็นหัวหน้าคณะในการเข้าร่วมประชุมเป็นประจำทุกปี โดยผู้บริหารและนักวิชาการของกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ เพื่อนำเสนอและอภิปรายประสบการณ์ การทำงานด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย เพื่อสนับสนุน แลกเปลี่ยน ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งทางด้านการบริหารและด้านวิชาการสุขภาพจิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมการประชุม สามารถพัฒนาความก้าวหน้าในงานสุขภาพจิต และจิตเวชต่อไปในอนาคต

ภาพที่ 94 การเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 76 (76th World Health Assembly : WHA76)



ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิต ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทางด้านการบริหารและวิชาการใหม่ ๆ ด้านสุขภาพจิตกับผู้เข้าร่วม ประชุมจากนานาชาติ

2. ผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิต ได้มีโอกาส เข้าร่วมประชุมในระดับนานาชาติ ได้แสดงบทบาทการเป็นผู้แทน ระดับประเทศ เป็นการพัฒนาศักยภาพให้มีส่วนร่วมกับผู้เข้าประชุม จากนานาชาติได้

3. ผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต สามารถนำความรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และนโยบายใหม่ ๆ จากที่ประชุม มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย

4. งานสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้า ทันสมัย เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประชาชนโดยทั่วไป และนำชื่อเสียงมาสู่ประเทศไทย

ภาพที่ 95 การเข้าร่วมประชุมสมัชชา
อนามัยโลก สมัยที่ 76





3 โครงการประชุม The Third Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants ณ กรุงราบัต ราชอาณาจักรโมร็อกโก

ระยะเวลา 7 วัน ระหว่างวันที่ 11-17 มิถุนายน 2566

หลักการและเหตุผล

การประชุม The Third Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants ณ กรุงราบัต ราชอาณาจักรโมร็อกโก ระหว่างวันที่ 13 - 15 มิถุนายน 2566 จัดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) และสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) เป็นการประชุมเพื่อหารือด้านนโยบายการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้ลี้ภัย ผู้อพยพโยกย้ายถิ่น เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าจากอดีตจนถึงปัจจุบัน และเน้นตัวอย่างของนวัตกรรมด้านสุขภาพผู้ลี้ภัยและผู้อพยพเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินงานเป็นลำดับตามความสำคัญทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และภูมิภาค รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สนับสนุน และมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ภาพ 96 การเข้าร่วมประชุม The Third Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants



ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารของกรมสุขภาพจิตได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะทางนโยบายด้านวิกฤตสุขภาพจิต กับผู้เข้าร่วมประชุมจากนานาชาติ
2. ผู้บริหารของกรมสุขภาพจิตได้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและนโยบายใหม่ ๆ ด้านวิกฤตสุขภาพจิตจากที่ประชุม มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย
3. ผู้บริหารได้พัฒนางานด้านวิกฤตสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตให้ก้าวหน้า ทันสมัย เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ สามารถนำชื่อเสียงมาสู่ประเทศไทยต่อไป

ภาพ 97 การเข้าร่วมประชุม The Third Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants ณ กรุงราบัต ราชอาณาจักรโมร็อกโก





04

ภาคผนวก

รายชื่อหน่วยงาน กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 27 รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
1	กรมสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2149-5555-60, 0-2590-8000 โทรสาร : 0-2149-5512 www.dmh.go.th
2	สำนักงานเลขาธิการกรม	อาคาร 3 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2149-8148, 0-2149-5513 โทรสาร : 0-2149-5512 www.secret.dmh.go.th
3	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	อาคาร 2 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8324 โทรสาร : 0-2149-5518 www.hr.dmh.go.th
4	กองบริหารการคลัง	อาคาร 3 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8140 โทรสาร : 0-2149-5520 www.finance.dmh.go.th
5	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	อาคาร 3 ชั้น 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8126 โทรสาร : 0-2149-5524 www.plan.dmh.go.th
6	กองส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพจิต	อาคาร 2 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2149-5548-50, 0-2589-3787 โทรสาร : 0-2149-5549 www.sorpsor.com
7	สำนักวิชาการสุขภาพจิต	อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2149-5537 โทรสาร : 0-2149-5539 www.dmh-bmha.com
8	กองบริหารระบบบริการ สุขภาพจิต	อาคาร 2 ชั้น 3-4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8184-5, 0-2590-8220 โทรสาร : 0-2149-5533 www.mhtech.dmh.go.th
9	กลุ่มตรวจสอบภายใน	อาคาร 4 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8136 โทรสาร : 0-2149-5543-4 www.audit.dmh.go.th
10	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	อาคาร 4 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8196 โทรสาร : 0-2589-0974 www.psdg.dmh.go.th

รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (ต่อ)

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
11	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	อาคาร 4 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8181 โทรสาร : 0-2149-8157 www.tobenumber1.net
12	สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	อาคาร 3 ชั้น 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8085 โทรสาร : 0-2590-8572 www.ict.dmh.go.th
13	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการสุขภาพจิต แห่งชาติ	อาคาร 4 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8130, 0-2590-8041, 0-2590-8043, 0-2590-8046 โทรสาร : 0-2149-5584 www.omhc.dmh.go.th
14	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	อาคาร 4 ชั้น 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8550 โทรสาร : - http://www.mhl.prdmh.com
15	สถาบันราชานุกูล	4737 ถ.ดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400	โทรศัพท์ : 0-2248-8900 โทรสาร : 0-2248-2944 www.rajanukul.go.th
16	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600	โทรศัพท์ : 0-2442-2500-8 โทรสาร : 0-2437-7092 www.somdet.go.th
17	สถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	75/5 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400	โทรศัพท์ : 0-2248-8999 โทรสาร : 0-2248-8998 www.new.camri.go.th
18	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170	โทรศัพท์ : 0-2441-6100 โทรสาร : 0-2441-6101 www.galya.go.th
19	สถาบันพัฒนาการ เด็กราชนครินทร์	196 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180	โทรศัพท์ : 0-5390-8300 -49 โทรสาร : 0-5390-8330 www.ricd.go.th
20	โรงพยาบาลศรีธัญญา	47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2528-7800 โทรสาร : 0-2528-7834 www.srithanya.go.th



รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (ต่อ)

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
21	โรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยปถัมภ์	61 ซอยเทศบาล19 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270	โทรศัพท์ : 0-2384-3381-3, 0-2380-5601-3, 0-2380-5605-6 โทรสาร : 0-2394-1845 www.ycap.go.th/
22	โรงพยาบาลสวนปรุง	131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100	โทรศัพท์ : 0-5390-8500 โทรสาร : 0-5390-8595 www.suanprung.go.th
23	โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์	2 หมู่ 4 ตำบลท่าน้ำน้อย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ 60130	โทรศัพท์ : 0-5621-9444 โทรสาร : 0-5621-9400 www.nph.go.th
24	โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์	86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000	โทรศัพท์ : 0-4423-3999 โทรสาร : 0-4423-3997 www.jvkorat.go.th
25	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000	โทรศัพท์ : 0-4535-2500 โทรสาร : 0-4535-2513 www.prasri.go.th
26	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์	169 ถนนชาติสงฆ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	โทรศัพท์ : 0-4320-9999 โทรสาร : 0-4322-4722 www.jvkk.go.th
27	โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์	210 หมู่ 11 ถนนนครพนม - ท่าอุเทน ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000	โทรศัพท์ : 0-4253-9000 โทรสาร : 0-4253-9001 www.jvnkp.net
28	โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์	176 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำใส อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว 27160	โทรศัพท์ : 0-3726-2994-8 โทรสาร : 0-3726-2999 www.jvsakaeo.go.th
29	โรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์	440 หมู่ 4 ตำบลนาอาน อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000	โทรศัพท์ : 0-4280-8100 โทรสาร : 0-4281-4890 www.rploei.go.th
30	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	298 ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130	โทรศัพท์ : 0-7791-6500 โทรสาร : 0-7731-1844 www.suansaranrom.go.th

รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (ต่อ)

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
31	โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์	472 ถนนไทรบุรี ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000	โทรศัพท์ : 0-7431-7400 โทรสาร : 0-7432-3202 www.skph.go.th
32	โรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก	999 หมู่ที่ 2 ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65220	โทรศัพท์ : 0-5500-2050 โทรสาร : 0-5500-2054 www.pph.go.th
33	สถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	282 หมู่ 15 ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	โทรศัพท์ : 0-4391-0770-1 โทรสาร : 0-4391-0772 www.necam.go.th
34	สถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นภาคใต้	298 ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130	โทรศัพท์ : 0-7731-0688 โทรสาร : 0-7731-2147 www.sicam.go.th
35	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	131 ถนนช่างหล่อ ตำบลห้วยยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100	โทรศัพท์ : 0-5320-3675 โทรสาร : 0-5328-0556 www.mhc01.net
36	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	อาคารในโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก 999 หมู่ที่ 2 ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65220	โทรศัพท์ : 0-5590-6361 โทรสาร : 0-5590-6362 www.mhc2.go.th
37	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	2 หมู่ 4 ตำบลท่าน้ำอ้อย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ 60130	โทรศัพท์ : 0-5626-7289-9 โทรสาร : 0-5626-7405 www.mhc03.go.th
38	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4	94/1 หมู่ 3 ถนนรังสิต - ปทุมธานี ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000	โทรศัพท์ : 0-2147-0902 โทรสาร : 0-2147-0903 www.mhcr4.go.th
39	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5	230 หมู่ 3 ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000	โทรศัพท์ : 0-3471-0552 โทรสาร : 0-3471-0554 www.mhc5.go.th



รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (ต่อ)

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
40	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	59/168 หมู่ 3 ถนนพระยาสุรเสนา - ศิริ ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000	โทรศัพท์ : 0-3819-9656-8 โทรสาร : 0-38199-9656 www.mhc06.org
41	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	169 หมู่ 4 ถนนชาติตระการ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	โทรศัพท์ : 0-4342-4739 โทรสาร : 0-4342-4738 www.mhc7.go.th
42	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8	389 หมู่ 1 ถนนมิตรภาพ ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41330	โทรศัพท์ : 0-4211-1412 โทรสาร : 0-4211-1413 www.mhc8.go.th
43	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9	86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000	โทรศัพท์ : 0-4425-6729 โทรสาร : 0-4425-6730 www.mhc9dmh.com
44	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000	โทรศัพท์ : 0-4535-2500 ต่อ 61591-4 www.mhc10.go.th
45	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	298 ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุรินทร์ 84130	โทรศัพท์ : 0-7738-0461-6 โทรสาร : 0-7738-0460 www.mhc11.dmh.go.th
46	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	472 ถนนไทรบุรี ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000	โทรศัพท์ : 0-7432-4782 โทรสาร : 0-7432-4781 www.mhc12.go.th
		300/127-128 หมู่ 4 ซอยจอมทอง ถนนหนองจิก ตำบลสุระสะมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000	โทรศัพท์ : 0-7333-7462 โทรสาร : 0-7333-7463
47	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13	1 ซอยเจริญกรุง 34 (วัดม่วงแค) ถนนเจริญกรุง แขวงบางรัก เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500	โทรศัพท์ : 0-2236-9445-6 โทรสาร : 0-2236-9448 (ฝ่ายบริหาร) โทรสาร : 0-2236-9447 (ฝ่ายวิชาการ) www.mhc13.dmh.go.th



05



ภาคผนวก

รางวัล

แห่งความภาคภูมิใจ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ผลงานรางวัลเลิศรัฐของกรมสุขภาพจิต

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต มุ่งมั่น ปฏิบัติราชการและบริหารจัดการองค์การอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีผลงานการพัฒนาระบบบริการประชาชน การพัฒนาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม สามารถส่งมอบ บริการที่มีคุณค่าและตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้รับบริการ จนได้รับรางวัลเลิศรัฐ จากสำนักงาน ก.พ.ร. ใน 2 สาขา รวม 6 รางวัล จาก 5 ผลงาน ประกอบด้วย สาขาบริการภาครัฐ จำนวน 2 ผลงาน และสาขาการบริหารราชการ แบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ผลงาน โดยกรมฯ ได้รับมอบรางวัล จากศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร. วิษณุ เครืองาม และ นายไมตรี อินทุสุต กรรมการพัฒนาระบบราชการ เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2566 ณ อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี

ภาพ 98 กรมสุขภาพจิตคว้า 6 รางวัล



ผลงานการพัฒนาระบบบริการประชาชน และการพัฒนาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่กรมสุขภาพจิต มุ่งมั่นพัฒนาและบริหารจัดการองค์การอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด จนได้รับรางวัลเลิศรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีดังนี้

1 รางวัลบริการภาครัฐ จำนวน 2 ผลงาน

- **ประเภทพัฒนาการบริการ ระดับดีเด่น** ในผลงานเรื่อง “School Health HERO ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่” โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต และสำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

สาระสำคัญของผลงาน

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสำนักวิชาการ และมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการได้ร่วมพัฒนา ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO : Health and Educational Reintegrating Operation หรือเรียกว่า HERO) คือ ระบบที่ออกแบบให้เป็นแอปพลิเคชันบนเว็บไซต์ เพื่อให้ครูใช้เฝ้าระวัง เรียนรู้ และ รับคำปรึกษาเพื่อดูแลนักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม โดยมีจุดเด่นของระบบ คือ

1. ระบบการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนรูปแบบ Platform online ที่สามารถใช้ประเมินนักเรียนในระบบ School Health HERO ได้

2. ลดภาระครูด้วยเครื่องมือคัดกรองนักเรียนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ เครื่องมือแบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ) ใน Application HERO และเครื่องมือ 9S เฝ้าระวังอาการปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย

3. HERO Consultant คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ให้คำปรึกษาแก่ครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง โดยครูสามารถขอคำปรึกษาผ่านระบบ Digital Chat room

4. ลดคอขวดระบบบริการสุขภาพจิต การที่นักเรียนกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มมีปัญหาถูกส่งต่อในระบบบริการทั้งหมด ทำให้เกิดปัญหาภาวะคอขวดของการบริการ โดยระบบ HERO จะสามารถช่วยดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

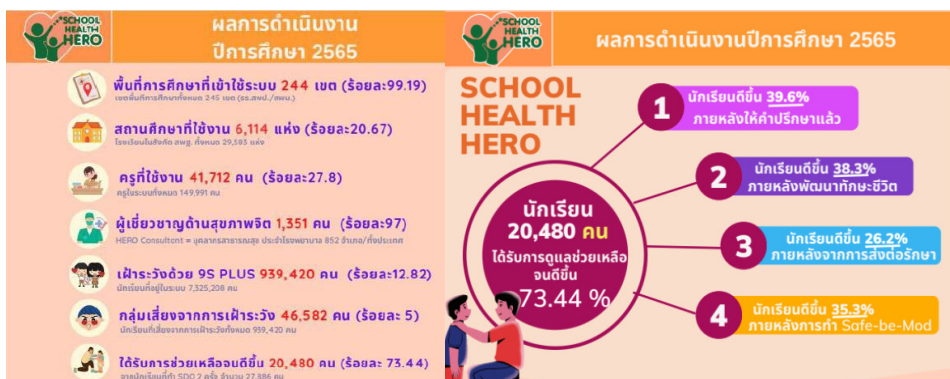
ภาพ 99 แนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่นในวัยรุ่น



สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ได้ร่วมกันพัฒนาระบบ HERO โดยเริ่มพัฒนาช่วงปีงบประมาณ 2563 และดำเนินงานมาตั้งแต่ช่วงปีงบประมาณ 2564 จนถึงปัจจุบัน การดำเนินงานระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะทางสังคมเป็นรูปแบบ Digital Platform เป็นการพลิกโฉมรูปแบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในระบบเดิมที่เน้นงานเอกสาร เป็นระบบ HERO ใหม่ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาแนวทางการดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยงร่วมกันระหว่างครูและ HERO Consultant ให้ครูได้รับคำปรึกษาและแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับปัญหา หรือมีแนวทางการส่งต่อรักษาในกรณีที่เหมาะสม

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ภาพ 100 ผลการดำเนินงาน (School Health HERO)





1. บูรณาการความร่วมมือกับสถานศึกษาสังกัดอื่น ๆ ในการขยายผลการใช้โปรแกรม HERO เพื่อดูแลสุขภาพจิตวัยเรียนวัยรุ่น ไม่เพียงแต่โรงเรียนในสังกัด สพฐ. แต่จะขยายไปโรงเรียนสังกัดอื่น ๆ เช่น โรงเรียนเอกชน อปท. อาชีวะ มหาวิทยาลัย เป็นต้น

2. พัฒนา HERO Consultant ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ และสามารถรับนักเรียนที่ต้องการบริการแบบผู้ป่วยในมาดูแลรักษาได้ รวมทั้งมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนมีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อให้มีบุคลากรสาธารณสุขประจำที่ดูแลนักเรียนผ่าน HERO Consultant ครบทุกอำเภอและดูแลได้ต่อเนื่อง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ที่ตั้ง 75/5 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02 - 248 - 8999 โทรสาร 02 - 248 - 8998 Website : www.camri.go.th E - mail : camribkk@dmh.mail.go.th

ภาพ 101 เข้าร่วมรับรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2566 รางวัลบริการภาครัฐ ระดับดีเด่น



● **ประเภทพัฒนาการบริการ ระดับดี ในผลงานเรื่อง “ระบบบริการจิตเวชทางไกล เพื่อคนไทย สุขภาพจิตดี (Tele - Psychiatry)”** โดยสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

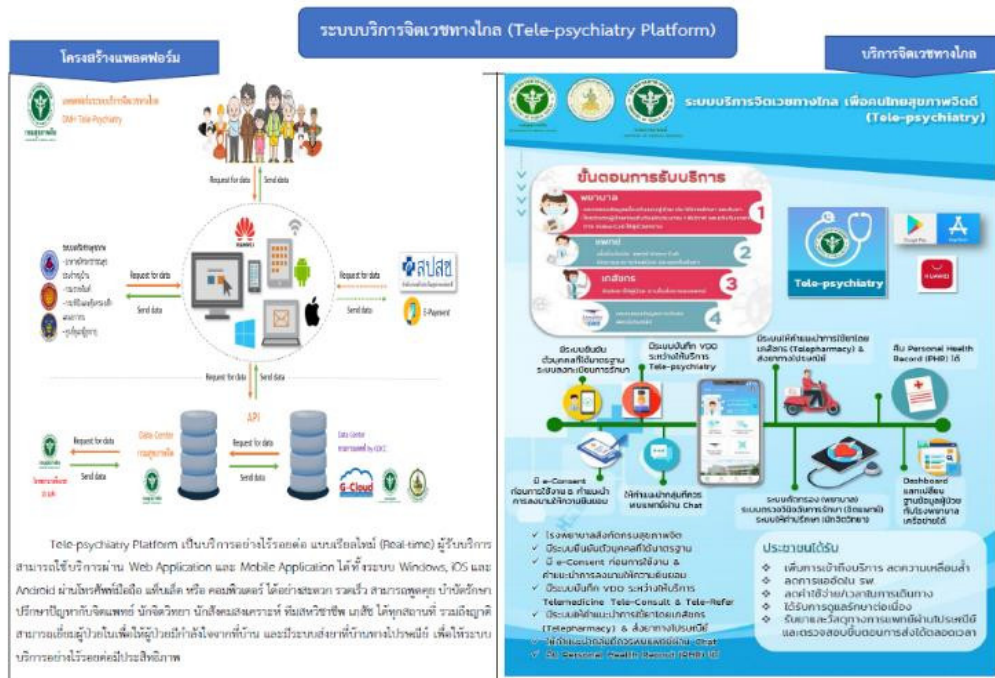
สาระสำคัญของผลงาน

ในปัจจุบันจากภาวะเศรษฐกิจ สังคม และความเห็นต่างในสังคมรวมถึงสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ ทำให้ประชาชนมีภาวะความเครียดส่งผลให้เกิดโรคทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนผู้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลลดลง และพบว่าผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.70 ประกอบกับเหตุการณ์สะท้อนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมไทย พบว่าผู้ก่อความรุนแรงส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงจากผลวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงบริการซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง พบว่า 1) ความแออัดและเสียเวลารอคอยในการรักษา ผู้ป่วยใช้เวลาทั้งวันประมาณ 7 - 8 ชม. ในสถานพยาบาล เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาในปริมาณมากถึง 3.99 ล้านคน ไม่สอดคล้องกับแพทย์ที่มีปริมาณน้อย 2) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชจากปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์และนักจิตวิทยาในไทย พบว่า อัตราการเข้าถึงจิตแพทย์ที่มีจำนวน 845 คน คิดเป็น 1.28 คนต่อแสนประชากร ส่วนนักจิตวิทยา 1,037 คน คิดเป็น 1.57 คนต่อแสนประชากร (จากข้อมูลศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ กรมสุขภาพจิต ปี 2565) และยังพบว่า ผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าจังหวัดอื่น ๆ ในอัตราส่วนจิตแพทย์ 4.90 คนต่อแสนประชากร และมีเพียง 14 จังหวัดเท่านั้นที่มีอัตราส่วนสูงค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 3) อุปสรรคในการเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการ จากสาเหตุการคมนาคมที่มีความเหลื่อมล้ำ สภาพภูมิประเทศในภูมิภาคชนบทประชาชนต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ 6 - 7 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง (ประมาณ 500 - 5,000 บาท ขึ้นกับบริบทของพื้นที่) อีกทั้งกลุ่มเปราะบาง อาทิเช่น นักโทษในเรือนจำ 142 แห่ง ทั้งประเทศมีจำนวนถึง 289,332 คน ไม่สะดวกในการเดินทางมารับรักษาที่หน่วยบริการ มีความยุ่งในการป้องกันการหลบหนี การรักษาความปลอดภัยของประชาชน ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้การรักษา 4) มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัส COVID - 19 ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.70 ดังนั้น กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายในการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ครอบคลุมประชาชนอย่างเท่าเทียม โดยพัฒนาระบบบริการจิตเวชทางไกล (Tele - Psychiatry) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการจิตเวชทางไกล (Tele - Psychiatry) ที่มีมาตรฐานเดียวกัน ให้บริการครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย ของผู้รับบริการ ตลอดจนให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ปี พ.ศ. 2562 และ พ.ร.บ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ สามารถเชื่อมโยงและใช้ข้อมูลร่วมกันในระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้รับบริการในทุกพื้นที่สามารถใช้บริการจิตเวชใน Tele - psychiatry ที่เป็นแพลตฟอร์มเดียวกัน ผ่าน Application “Tele - Psychiatry” ในอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตได้อย่างสะดวก รวดเร็ว โดยใช้เทคโนโลยีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแบบ API ทำให้ระบบมีความปลอดภัย



มีเสถียรภาพ โดยระบบนี้ ผู้รับบริการสามารถพูดคุย บำบัดรักษา ปรึกษาปัญหาจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร หรือทีมสหวิชาชีพได้ทุกสถานที่แบบเรียลไทม์ (Real - time) มีระบบการนัดหมาย มีระบบยืนยันตัวตน ระบบคัดกรอง ระบบตรวจรักษา ระบบการปรึกษาด้านยา และส่งยาทางไปรษณีย์และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการจิตเวช และติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ภาพ 102 ระบบบริการจิตเวชทางไกล (Tele - Psychiatry Platform)



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1. ระบบบริการรักษาทางไกล Tele - Psychiatry ส่งผลให้เพิ่มขึ้นจำนวนผู้เข้ารับบริการจิตเวช นอกเหนือจากการให้บริการ ณ สถานบริการ โดยมีจำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Tele - Psychiatry ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 454,704 ราย และ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 535,433 ราย ซึ่งส่งผลให้ อัตราขาดการรักษาต่อเนื่อง ลดลงจากเดิม ร้อยละ 23.7 เป็นอัตราร้อยละ 8.34 ในปี 2565

2. ลดระยะเวลารอคอย (Service Time) ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 110 นาที (เสียเวลารวม 158.4 ล้านนาที หรือ 2.64 ล้านชั่วโมงต่อปี)

3. ลดความแออัดในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกลง จำนวน 4,746 รายต่อวัน (นัด ร้อยละ 75 Walk in ร้อยละ 25) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ภาวะวิกฤตได้รับคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น และยังช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID - 19

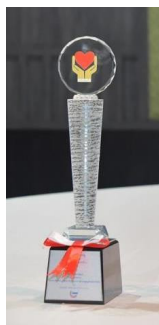
การต่อยอดพัฒนา

มีแผนการขยายกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก (อยู่ระหว่างการทำวิจัยในการรักษาเนื่องจากเด็กพิเศษต้องมีวิธีการกำกับเพื่อให้อยู่ในกระบวนการรักษา) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ญาติ/ผู้ดูแล และระบบเครือข่ายสาธารณสุขในสังกัดอื่น ๆ อาทิเช่น โรงเรียน จำนวน 5,637 แห่ง ทีมเฝ้าระวังติดตามการฆ่าตัวตาย จำนวน 1,451 เครือข่าย ทีมช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต MCATT (รพ.สต. อปท. รพช. รพท.) จำนวน 89,718 เครือข่าย และทีมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (รพ.สต. อปท.) จำนวน 8,789 เครือข่าย เพื่อบูรณาการทรัพยากรด้านจิตเวชในพื้นที่เขตสุขภาพ และการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน

สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต ที่ตั้ง 88/20 กรมสุขภาพจิต อาคาร 3 ชั้น 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2590 8124 โทรสาร 0 2590 8572 Website : <https://ict.dmh.go.th> E - mail : ict@dmh.mail.go.th

ภาพ 103 รางวัลบริการภาครัฐ ผลงาน “ระบบบริการจิตเวชทางไกล เพื่อคนไทยสุขภาพจิตดี (Tele - Psychiatry Platform)”





2 รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ผลงาน

● ประเภทสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม และผู้นำหุ้นส่วนความร่วมมือ ระดับดีเด่น
ในผลงานเรื่อง “Sati App กับการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต”
โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ที่มาของการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

กรมสุขภาพจิต มีหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรง
ในการพัฒนางานสุขภาพจิตของประเทศ โดยมีภารกิจหลัก
เกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี
การส่งเสริมป้องกันปัญหาอาเสพติด บำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพ รวมทั้งจัดให้มีบริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย
ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและประชาชน ปัจจุบันพบผู้ประสบปัญหา
สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจึงมีการพัฒนาการบริการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่มิมีปัญหา/
มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ที่ผ่านมามีประชาชนต้องการคำปรึกษาจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ค่อนข้างมาก จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการ
ประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ภาพที่ 104 Sati App



กลไกการสร้างความร่วมมือ

1. **ร่วมรับรู้** สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตาย แลกเปลี่ยนข้อมูล การคาดการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในอนาคต
2. **ร่วมคิด** ออกแบบแพลตฟอร์ม Sati App เพื่อเป็นทางเลือกในการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา
3. **ร่วมพิจารณา** เข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อขับเคลื่อนและพัฒนางานด้านสุขภาพจิต
4. **ร่วมดำเนินการ** สร้างการรับรู้ให้กับประชาชนโดยจัดกิจกรรมเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานของ Sati App
5. **ร่วมติดตามและประเมินผล** รายงานข้อมูลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อติดตามให้การรักษาหรือนำเข้าสู่ระบบ

โดยการดำเนินงาน มีคุณอมรเทพ สัจจะมนูวงศ์ เครือข่ายภาคประชาชนผู้ก่อตั้ง มูลนิธิสติแอฟ
ผู้ซึ่งเคยประสบปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจากโรคซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย ในขณะที่
เกิดความรู้สึกหดหู่ อยากฆ่าตัวตาย ต้องการคำปรึกษาจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 แต่ไม่สามารถติดต่อได้
จึงทำให้เกิดความคิดที่จะหาช่องทางให้ผู้ที่มีภาวะเช่นนี้ได้รับการช่วยเหลือ โดยได้นำเรื่องราวที่ตนเอง
พบเจอมาปรึกษากรมสุขภาพจิตเพื่อหาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต
และมีความคิดฆ่าตัวตาย คุณอมรเทพจึงได้ริเริ่มพัฒนาแอปพลิเคชันที่ชื่อว่า “Sati App” เพื่อพัฒนาเครือข่าย
ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้เป็นแหล่งรวมองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สามารถถ่ายทอด
สู่สังคม

ผลผลิต/ผลลัพธ์การดำเนินงาน

เกิดหลักสูตร “การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (PEA) (E - Learning) สำหรับอาสาสมัครผู้ฟัง (Listeners)” และเกิดเครือข่ายอาสาสมัครผู้ฟัง (Listeners) จำนวน 357 คน ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่พร้อมให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา/มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาสาสมัครดังกล่าวให้บริการรับฟังให้คำปรึกษากับผู้ใช้งานมากกว่า 10,826 คน หรือ 4,478 สาย คิดเป็นจำนวนเวลาให้บริการถึง 44,400 นาที

ภาพที่ 105 หลักสูตร “การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (PEA) (E - Learning)



ความยั่งยืน

Sati App ได้กลายเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ที่มีความทุกข์ทางใจสามารถเข้าถึงโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างสะดวกและทั่วถึง สามารถระบายความเครียดหรือความรู้สึกเศร้าของตัวเองได้โดยไม่ต้องเกรงกลัวที่จะถูกตัดสิน ทำให้สุขภาพจิตเป็นเรื่องของทุกคนอย่างไม่มีการแบ่งแยก และชุมชน/สังคมสามารถร่วมเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วยการสอดส่องมองหาโดยมองหาใครก็ตามที่อาจต้องการความช่วยเหลือทันที สมัครใจรับฟังโดยเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังจากใจ ใส่ใจ ใจเวลา แสดงออกให้รู้ว่าเราอยู่เคียงข้างคอยสนับสนุนเสมอ และสื่อสารแสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อพูดคุยกับอีกฝ่าย ตลอดจนช่วย ส่งต่อเชื่อมโยง โดยส่งต่อบุคคลให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สร้างสัมพันธ์ เพื่อเชื่อมต่อเครือข่ายสังคมที่ดีให้กับผู้มีปัญหาตามความสนใจ หลักการดังกล่าวทำให้ Sati App สามารถสร้างเครือข่ายชุมชน/สังคมที่ใส่ใจ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ตั้ง 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 0 - 2441 - 6100 โทรสาร 0 - 2441 - 6101 Website : www.galya.go.th
E - mail : galyains@dmh.mail.go.th

ภาพที่ 106 กรมสุขภาพจิต...ได้รับรางวัลการบริการราชการแบบมีส่วนร่วม ระดับดีเด่น





- ประเภทสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม ระดับดี ในผลงานเรื่อง “เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่งสรรค์สร้างใจแกร่งอย่างยั่งยืน” โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต

ที่มาของการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหาวัยรุ่นอย่างมาก ซึ่งอำเภอทุ่งสง มีจำนวนวัยรุ่นและเยาวชนเฉลี่ยปีละ 36,000 คน โดยพบปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นในอำเภอทุ่งสง ดังนี้ 1) ปี 2558 - 2560 พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อพันประชากร เท่ากับ 32.69, 33.99 และ 40.31 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) ปี 2559 - 2561 พบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 38 , 68 และ 85 ราย ตามลำดับ และวัยรุ่น มารับบริการด้วยอาการจากสุราและสารเสพติด จำนวน 29, 44 และ 54 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จากปัญหาดังกล่าวทำให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญ โดยในปี 2560 - 2562 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 ดำเนินการศึกษาบริบทปัญหาวัยรุ่นของพื้นที่อำเภอทุ่งสง โดยได้ค้นพบอีกว่า นอกจากปัญหาที่ตัววัยรุ่นเองแล้ว พบปัญหาผู้ปกครองขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูลูกวัยรุ่น และเครือข่ายในชุมชนขาดความร่วมมือในการดูแลแก้ไขปัญหาวัยรุ่นจากการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นข้อมูล ให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน จึงได้มีการร่วมกันสร้างรูปแบบการดูแลวัยรุ่นในพื้นที่ และวางแผนร่วมกันดำเนิน กิจกรรมต่าง ๆ ตามหลักแนวคิด “คิดเป็น คิดดี คิดให้ เป็นสุข” (CPR : Creativity, Positivity, Responsibility to social) ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการ/ คณะทำงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และยังได้ค้นพบต้นทุนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ของอำเภอทุ่งสง คือ กลุ่มเยาวชนยิ้มแฉ่งให้ด้วยใจ ตำบลนาไม้ไผ่ ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มของวัยรุ่นเยาวชน ในชุมชน จำนวน 250 ครั้วเรือน จาก 7 หมู่บ้านเป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนงานการดูแลวัยรุ่น ภาครัฐประชาชน ผ่านกิจกรรมโครงการ “เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่งสรรค์สร้างใจแกร่งอย่างยั่งยืน”

ภาพที่ 107 โมเดลการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม “เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่ง...สรรค์สร้างใจแกร่งอย่างยั่งยืน”



จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่ได้ร่วมกันพัฒนาโมเดลกลไกเชิงพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่ประสานงานเชื่อมโยงผ่านภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ประกอบด้วย แกนนำวัยรุ่นกลุ่มเยาวชนเข้มแข็งให้ด้วยใจ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา วัด ภาคประชาชน ครอบครัว และภาคเอกชน เช่น มูลนิธิแพธทูเฮลท์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และห้างร้านภาคเอกชนในพื้นที่ โดยการร่วมคิดต่อรองและขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลวัยรุ่นแบบองค์รวม ส่งผลให้เกิดกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนทุกคน มีคุณภาพทุกมิติ รวมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขและป้องกันปัญหาวัยรุ่นของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

กลไกการสร้างความร่วมมือ

การแก้ไขปัญหาวัยรุ่นอำเภอทุ่งสง ขับเคลื่อนด้วยแนวคิดการส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชน คิดเป็น คิดดี คิดให้ และเป็นสุข โดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคแบบพหุภาคี (Technology Of Participation : TOP) คือ

1) **ร่วมรับรู้** ปัญหาระดับอำเภอ ในชุมชนผ่านเวทีระดับอำเภอ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการรับข้อมูลจากวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชนและสังคม

2) **ร่วมคิด** วางแผนแนวทาง/กิจกรรมการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นในชุมชนร่วมกันทุกภาคส่วน

3) **ร่วมพิจารณา** วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่ และพิจารณาโครงการกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น

4) **ร่วมดำเนินการ** ตามแผนงานโครงการกิจกรรมที่วางไว้ตามบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยเน้นให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

5) **ร่วมติดตามและประเมินผล** ทุกโครงการที่ดำเนินการ มีวัยรุ่นและภาคประชาชน เป็นผู้ติดตามประเมินผลร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และใช้กลไกและวิธีการในการขับเคลื่อนการสร้างความร่วมมือเชิงบูรณาการภายใต้แนวคิด “คิดเป็น คิดดี คิดให้ เป็นสุข” (CPR : Creativity, Positivity, Responsibility to Social) คือ 1) คิดเป็น : สนับสนุนให้เด็กมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใช้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ซึ่งนำไปสู่การสร้างสรรค์สังคม 2) คิดดี : สนับสนุนให้เด็กมีความคิดเชิงบวก เรียนรู้ที่จะสร้างกำลังใจให้ตนเองและผู้อื่น รวมทั้งรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและบริหารจัดการอารมณ์ เรียนรู้และเข้าใจในอารมณ์ของผู้อื่นด้วย และ 3) คิดให้ : การทำประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชน ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ

ภาพที่ 108 ขึ้นรับรางวัลพิธีมอบรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2566





ผลผลิต/ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลผลิต 1) เกิดรูปแบบการดูแลวัยรุ่นที่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น 2) เกิดกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น “ทุ่งสงโมเดล” 3) เป็นต้นแบบตำบลการจัดการสุขภาพวัยรุ่น 4) เกิด “กลุ่มเยาวชนยิ้มแฉ่งให้ด้วยใจ” 5) เป็นพื้นที่ศึกษาดูงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพวัยรุ่น 6) ก่อเกิดกิจกรรมสร้างสรรค์เยาวชนทุ่งสง คิดเป็น คิดดี คิดให้ เป็นสุข เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา เยาวชนดูแลน้องด้อยโอกาส วัยใสห่วงใยวัยชรา เยาวชนดูแลผู้พิการ ยุวอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียน เป็นต้น 7) เกิดพลังบวกในชุมชน การเห็นคุณค่าของทุกชีวิตในชุมชน การสร้างกำลังใจให้ตนเองส่งต่อความสุขให้ผู้อื่น 8) ทำให้วัยรุ่นและเยาวชนที่ก้าวพลาดกลับคืนสู่อ้อมกอดครอบครัวและสังคมอย่างภาคภูมิใจ และมีความสุขในการดำเนินชีวิต

ผลลัพธ์ 1) อัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิงลดลง ในปี 2563 - 2565 เท่ากับ 19.73, 15.10 และ 8.44 ต่อพันประชากร ตามลำดับ 2) ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นลดลง ปี 2563 - 2565 จำนวน 30, 34 และ 25 ราย ตามลำดับ และปัญหาสุราและสารเสพติดในวัยรุ่นลดลงปี 2563 - 2565 จำนวน 30, 25 และ 23 ราย ตามลำดับ 3) ร้อยละ 77.19 เด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น 4) วัยรุ่นมีองค์ความรู้ด้านทักษะชีวิต การจัดการอารมณ์และความเครียดเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 100 โดยมีกิจกรรมสร้างสรรค์ช่วยเหลือชุมชนอย่างต่อเนื่อง และขยายไปยังเครือข่ายเยาวชนอำเภออื่น ๆ 5) พ่อแม่ผู้ปกครองมีเจตคติที่ดีและมีทักษะในการเลี้ยงดูลูกวัยรุ่นเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 100 และสามารถให้คำปรึกษาลูกวัยรุ่นได้ 6) เกิดเครือข่ายการดูแลวัยรุ่นในชุมชน 13 ตำบลของอำเภอทุ่งสง

ภาพที่ 109 การขับเคลื่อนการสร้างความร่วมมือเชิงบูรณาการภายใต้แนวคิด “คิดเป็น คิดดี คิดให้”



ความยั่งยืน

“เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่ง สรรค์สร้างใจแกร่งอย่างยั่งยืน” เป็น Best Practice ต้นแบบที่ดี คือ มีระบบคัดกรองวัยรุ่น ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา การติดตามมารับบริการ การส่งเสริมให้เพื่อนวัยรุ่นมีความรู้ในการประเมิน/เป็นที่ปรึกษาเบื้องต้นให้เพื่อนวัยรุ่นด้วยกัน มีการพัฒนาระบบงานฐานข้อมูลวัยรุ่นในพื้นที่ มีกิจกรรมโครงการเพื่อทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย มีแผนการพัฒนาศักยภาพวัยรุ่น ผู้ปกครอง ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีการสร้างเยาวชนอาสาและผู้พิการผู้สูงอายุในชุมชนยุวอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียน มีหลักในการดูแลวัยรุ่นภาคประชาชน โดยการร่วมคิดต่อรองและขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลวัยรุ่นแบบองค์รวม

โครงการมีการสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้น โดยชุมชน/สังคมพึ่งพาตัวเอง คือ การส่งต่อความรู้ให้กับวัยรุ่น รุ่นต่อ ๆ ไป ปัจจุบันกลุ่มเยาวชนยิ้มแฉ่งให้ด้วยใจมีสมาชิกถึง 250 คน และขยายกลุ่มเยาวชนยิ้มแฉ่งในเครือข่ายจังหวัดอื่น ๆ อีกประมาณ 1,000 คน เกิดกิจกรรมขยายผลมากกว่า 100 กิจกรรม และชุมชนพัฒนาเป็นแหล่งศึกษาดูงานในการแก้ปัญหาวัยรุ่นที่มีชุมชนเป็นฐานในการดูแล

หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 ที่ตั้ง 298 ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 84130 โทรศัพท์ 0 7738 0461 โทรสาร 0 7738 0460 Website : <https://www.mhc11.go.th/>
 E - mail : mhc11@dmh.mail.go.th

ภาพที่ 110 รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี 2566





● ประเภทประสิทธิผลเครือข่าย ระดับดี ในผลงานเรื่อง “เครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย”

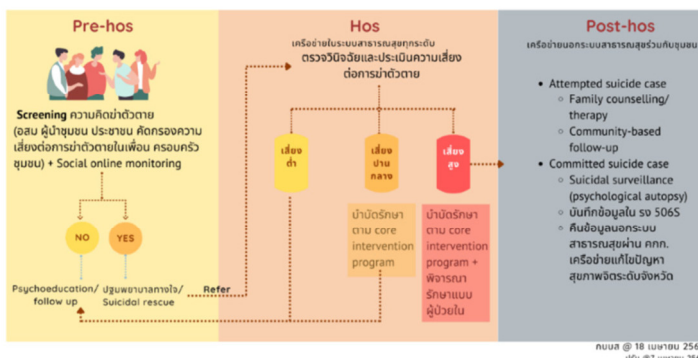
โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ที่มาของการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจัดอยู่ในอันดับที่ 32 ของโลก และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจาก 12.0 ต่อแสนประชากร ในปี 2011 เป็น 14.4 ต่อแสนประชากรในปี 2017 (World Mental Health Atlas, 2011 และ 2017) โดยอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย โดยเฉพาะตั้งแต่ พ.ศ. 2561, 2562, 2563 มีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.32, 6.64, 7.35 (ข้อมูลจากฐานข้อมูลใบมรณบัตร ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ) และตั้งแต่ พ.ศ. 2561 - 2563 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตาย (Annual Percent Change) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.19 นับเป็นอัตราสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาการฆ่าตัวตายจากการปรับตัวของคนไทยต่อปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาโรคจิตเวช และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สุรา สารเสพติด และเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เป็นต้น

ภาพที่ 111 โมเดลการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม “เยาวชนทุ่งสงยิ้มแฉ่ง...สรรค์สร้างใจ

Suicidal Care Workflow



ในช่วงต้นปี 2563 มีสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่มีผลกระทบต่อประเทศทั้งความเป็นอยู่ สุขภาพ สังคม โดยเฉพาะปัจจัยด้านเศรษฐกิจซึ่งกลายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการรายงานปี 2562 - 2563 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทั้งที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือการฆ่าตัวตายในสถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในระบบการดูแล รักษาผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม กรมสุขภาพจิตได้วิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยร่วมกับภาคีเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข และองค์กรเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ประชาสังคม สื่อสารมวลชน ตลอดจนภาคประชาชน เพื่อดูแลประชาชนและกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

กลไกการสร้างความร่วมมือ

กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน โดยมีวิธีการดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลประชาชนและกลุ่มมีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้บริหารบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย ญาติผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป

2. สะท้อนข้อมูลกลับคืนเครือข่าย 25 จังหวัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ทั้งภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาสังคม และสาธารณสุข

3. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ได้แก่ (1) การเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มที่เปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ (2) การเพิ่มความเข้มข้นด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งระบบดิจิทัลและชุมชน ผ่านโปรแกรม Mental Health Check In การบูรณาการคัดกรองกับหน่วยงานต่าง ๆ (3) การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบการดูแลรักษาและติดตามเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ ร่วมกับเครือข่าย เช่น Tele - Psychiatry ช่องทาง @Khuikun (4) พัฒนากลไกการจัดการปัญหาในพื้นที่แต่ละจังหวัด

4. เป็นผู้ประสานเพื่อจัดทำแผนความร่วมมือเครือข่ายป้องกันฆ่าตัวตายระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชนที่เชื่อมโยงกันในการดำเนินการ รวมถึงการขับเคลื่อนแผนผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

5. ดำเนินกิจกรรมสำคัญตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่

5.1 การสร้างเครือข่ายดำเนินการเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ (วัดชื่นใจ) การฟื้นฟูจิตใจผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นการใช้"วัดชื่นใจ"ระดับบุคคล ให้ประชาชนมีศักยภาพเต็มเปี่ยมด้วยพลังมีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) "วัดชื่นใจ" มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในระดับครอบครัว เพิ่มศักยภาพของครอบครัว และมุ่งเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันในระดับชุมชน/องค์กร เพื่อให้คนในชุมชน/องค์กรร่วมมือร่วมใจกันรับมือและก้าวผ่านวิกฤตการแพร่ระบาดไปด้วยกันอย่างเข้มแข็งด้วยการทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในชุมชนด้วยการสร้าง "วัดชื่นใจในชุมชน" เพื่อลดผลกระทบทางจิตใจจากสถานการณ์ต่าง ๆ โดยบทบาทของกลุ่มเครือข่ายในระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุขที่เข้ามามีส่วนร่วมกับการเสริมสร้างวัดชื่นใจในชุมชน การป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง สามารถค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตามแนวทาง 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อ เชื่อมโยง) การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำของคนในชุมชน

5.2 พัฒนาความร่วมมือการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ภายใต้คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระดับจังหวัด และแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



5.3 บูรณาการระบบส่งต่อ 3 ภาคี ด้วยทีม HOPE Task Force ได้แก่ Social Influencer, ตำรวจ และทีม 1323 ของกรมสุขภาพจิต การบูรณาการเชิงรุกเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ส่งสัญญาณความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโลกออนไลน์ โดยมุ่งเน้นพัฒนาให้เป็นระบบการช่วยเหลือที่รวดเร็วกว่าเดิม บุคคลที่ส่งสัญญาณเสี่ยงฆ่าตัวตายในโลกออนไลน์ ได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตอย่างฉับไวมากขึ้น มีความครอบคลุมในวงกว้างมากขึ้น และมีการติดตามดูแลรักษา และบำบัดเยียวยาในระยะยาว เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำในอนาคตอย่างยั่งยืน

จากการศึกษารูปแบบการดำเนินงาน จึงนำมาสู่การได้ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย” Suicidal Care Workflow โดยเมื่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการจะมีระบบการดูแลโดยจุดแจ้งเหตุ และระบบเฝ้าระวังเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายหรือกระทำต่อตนเองในชุมชน โดยมีเครือข่ายนอกโรงพยาบาลฯ ได้แก่ ตำรวจ หน่วยกู้ชีพ และบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกันในการดำเนินการดูแลผู้ที่มีปัญหาวิกฤตฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายผ่านระบบสายด่วน 191, 1669 และกรณีที่มีผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายผ่าน Social Influencer ซึ่งมีบทบาทอย่างมากในการดำเนินการแจ้งตำรวจ เพื่อนำส่งเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

ผลผลิต/ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินการที่เกิดขึ้น คือ กระบวนการเข้าถึงบริการที่ชัดเจนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และการไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากเข้าถึงบริการแล้ว ซึ่งผลสัมฤทธิ์การแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายที่ลดลงในระดับประเทศ มีดังนี้

1. มีคณะกรรมการเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต ซึ่งบริหารจัดการโดยใช้กลไกหลัก 4 เสา ได้แก่

1.1 ใช้ข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด จากฐานข้อมูลหลายแหล่ง ได้แก่ รง 506s, Health Data Center (HDC), Mental Health Check In (MHCI) และใบรณบัตร เพื่อชี้เป้ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตาย

1.2 พัฒนาระบบคัดกรองโดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่แล้ว คือ 2Q 9Q 8Q ปรับปรุงแบบคัดกรองให้เป็น 2Q plus สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรเครือข่ายนอกโรงพยาบาลฯ

1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพโดยมีแนวทางในการดูแลร่วมกับเครือข่ายชัดเจนดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

1.4 พัฒนาระบบบริหาร ผ่านการมีคณะกรรมการ/คณะทำงานการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติงานและถ่ายทอดไปสู่ผู้ปฏิบัติโดยผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ภาพที่ 112 รางวัลประเภทประสิทธิผลเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย



2. มีระบบคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขใช้เครื่องมืออย่างง่าย 2Q plus เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและนำเข้าสู่ระบบบริการ และเครื่องมือประเมินตนเอง Mental Health Check In (MHCI) ที่เป็น Web Application ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการประเมินและดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองได้ เมื่อเกิดความเสี่ยงจะมีเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขดูแลต่อ รวมทั้งมีจุดแจ้งเหตุการช่วยเหลือฉุกเฉินจากการฆ่าตัวตาย หรือระบบ Open Access ผ่าน Line Facebook Hotline 1323 1669 191 ผ่านเครือข่ายที่ร่วมด้วยช่วยกัน เช่น สมาคมสมาธิจิตแห่งประเทศไทย ในระดับจังหวัดจะมีนักจิตวิทยา วิชาชีพประชา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน คลินิกแก้หนี้ และแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. มี Suicide Risk Application: SRA สำหรับประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 32 ตัวแปร สำหรับเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งใน Application นี้จะมีแบบประเมินความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามผู้พยายามการฆ่าตัวตาย

4. มีแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระบบบริการ พร้อมทั้งมีหลักสูตรเพิ่มทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Core Intervention Package) จากความต้องการของเครือข่ายสาธารณสุข

ความยั่งยืน

เชิงนโยบาย

1. กำหนดยุทธศาสตร์แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ในการจัดทำโครงการความร่วมมือกับทีมนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
2. ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย มีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางประสานระดับหน่วยงานส่วนกลาง ระดับจังหวัด ระดับชุมชน
3. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมรองรับการให้คำปรึกษา คัดกรองผ่านออนไลน์ หากพบความเสี่ยงใช้ AI สแกนหาและส่งต่อหน่วยบริการ ส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่กู้ภัยเข้าช่วย
4. ขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลบางส่วนเพื่อแบ่งปันแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ออกกฎหมายบังคับใช้ควบคุมการครอบครองอาวุธ เพิ่มความปลอดภัยในจุดเสี่ยง
5. เชื่อมโยงข้อมูลการฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือระหว่างเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข



ระดับปฏิบัติ

1. สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับภาคีเครือข่ายที่มีกลุ่มเสี่ยง ให้ประเมินคัดกรองส่งต่อไปยังหน่วยบริการ
2. ส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
3. ปรับทัศนคติ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องผ่านสื่อต่าง ๆ ให้กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควบคุมการนำเสนอข่าวและบทละครที่มีเรื่องการฆ่าตัวตาย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ที่ตั้ง 88/20 อาคาร 2 ชั้น 3 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 Website : <https://mhtech.dmh.moph.go.th/page/index.php>

ภาพที่ 113 เข้าร่วมรับรางวัลประเภทประสิทธิผลเครือข่ายเครือข่าย



ผลงานรางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ ของกรมสุขภาพจิต

รางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ ด้านองค์กรนวัตกรรมดีเด่น ระดับรางวัลเกียรติคุณ

รางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation Awards) เป็นรางวัลนวัตกรรมทรงเกียรติสูงสุดของประเทศไทย ที่จัดขึ้นเพื่อประกาศเกียรติคุณและเชิดชูเกียรติแก่คนไทยที่สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมที่มีความโดดเด่นและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศอย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในศักยภาพของคนไทยและเผยแพร่ต้นแบบการพัฒนานวัตกรรมด้านต่าง ๆ สู่สาธารณชนในวงกว้าง แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านการออกแบบผลิตภัณฑ์และบริการ 4) ด้านสื่อและการสื่อสาร 5) ด้านองค์กรนวัตกรรมดีเด่น ในปีงบประมาณ 2566 กรมสุขภาพจิตร่วมเข้าประกวดรางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ ด้านองค์กรนวัตกรรมดีเด่น ซึ่งมอบให้แก่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่มีการบริหารจัดการโดยใช้ความรู้ เทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดการสร้างคุณค่าและการเติบโตอย่างยั่งยืนแก่องค์กร โดยกรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ มุ่งพัฒนาความเป็นเลิศด้านวิชาการ บริการ และนวัตกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต และการพัฒนา ต่อยอด ขยายผลนวัตกรรม โดยการใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ให้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต อีกทั้งยังมุ่งมั่นส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สื่อสารสาธารณะให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เร่งพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อให้ประชาชนสุขภาพจิตดี เป็นทรัพยากรและทุนมนุษย์ เป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศตลอดจนสร้างประโยชน์คุณูปการต่อสังคมและประเทศชาติ สะท้อนความสามารถในการแข่งขัน สู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง

ภาพที่ 114 รางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ

(National Innovation Awards)



หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ที่ตั้ง 88/20 กรมสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2590 8042 โทรสาร 0 2149 5539 E-mail : dmh.bmha@gmail.com

ภาพที่ 115 ภาพบรรยากาศรางวัลนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation Awards)



คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566

คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๙๑๗ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ด้วย กรมสุขภาพจิต ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ครบรอบระยะเวลาของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จึงเห็นควรดำเนินการรวบรวมผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการรวบรวมผลการปฏิบัติงาน และเผยแพร่ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมสุขภาพจิต จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|------------|
| ๑.๑ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต | ประธาน |
| ๑.๓ | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน | รองประธาน |
| ๑.๔ | นางวรวรรณ จุฑา
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต | คณะกรรมการ |
| ๑.๕ | นางลือจรรยา ธนภักดิ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต | คณะกรรมการ |
| ๑.๖ | นายภพธร วุฒิหาร
นักสังคมสงเคราะห์
สำนักวิชาการสุขภาพจิต | คณะกรรมการ |
| ๑.๗ | นางอรวรรณ สุวรรณบุญ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE | คณะกรรมการ |
| ๑.๘ | นางสาวประภาศรี ปัญญาวิชิตชัย
นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ
สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต | คณะกรรมการ |

๑.๙ นางรัตนติกา...

๑.๙	นางรัตน์ติกา วาเพชร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑.๑๐	นางสาวกานต์ธิดา ปาละเขียว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑.๑๑	นางสาวณัฐพร สุขชุม นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ สำนักงานเลขานุการกรม	คณะทำงาน
๑.๑๒	นางสาวบุญจิรา วุฒิเวช นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ กองบริหารการคลัง	คณะทำงาน
๑.๑๓	นางสาวทัศนีย์ จันประเสริฐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๑.๑๔	นายศุภเดช คงเจริญฤทธิ์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๑.๑๕	นางสาวเลิศขวัญ สุวรรณรัตน์ นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๑.๑๖	นางสาวกฤตยา บางเหลื่อ เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๑.๑๗	นางณัฐธยาน์ พงษ์พิยะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑.๑๘	นางสาวจุฑาวรรณ ใจแสน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๑๙	นางสาวอนุสรรา จันทะวงศา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๑.๒๐	นายธนาวุฒิ วิเศษพานิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน

- | | | |
|------|---|---------------------------------|
| ๑.๒๑ | นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน
และเลขานุการ |
| ๑.๒๒ | นายศุภโชค ศรีสุวรรณกุล
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๓ | นางนภาพร รอดขันธ์
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๔ | นางสาวสุกัญญา ถิ่นสอน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๕ | นางสาวนรินทร์ นวนรัตน์
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๒.๒ ดำเนินการจัดทำหนังสือรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

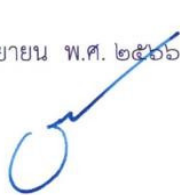
ให้เสร็จเรียบร้อย ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายธิตี แสงธรรม)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ร่าง
พิมพ์
ตรวจ

รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566

ANNUAL REPORT 2023

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ธิตี แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการ :

นางสาวอลิสา อุดมวีระเกษม ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ :

นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางสาวนรินรัตน์ นวนรัตน์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ทีมบรรณาธิการ :

นายศุภโชค ศรีสุวรรณกุล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางสาววรรธิดา งามขำ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางสาวนภาภรณ์ รอดขยันต์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางสาวปณิดา พันธุ์ทอง กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางสาวกัญยกร ศรีชัยกุล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เผยแพร่โดย :

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Mental Health Strategy and Planning Division

Department of Mental Health, Ministry of Public Health



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
Department of Mental Health Ministry of Public Health

