



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต

ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. 2567



รถเพื่อนใจ

2024



ANNUAL REPORT

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต

ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. 2567



รถเพื่อนใจ

2024



ANNUAL REPORT

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

รายงานประจำปี **กรมสุขภาพจิต** ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



บรรณาธิการ

นางสาวอลิสา อุดมวีระเกษม ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวจันทร์ทิพย์ ยิ้มแย้ม นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นางสาวนรินรัตน์ นวนรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ดาวน์โหลด

<https://moph.cc/VsOTJ3fGS>



จัดทำโดย

กลุ่มงานติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานเจ้าของเรื่อง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ISBN : 978-616-8340-27-1

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส พี ก๊อปปี้ ปรี้น
128/2 ซ.รามคำแหง 24(หมู่บ้านเสรี) แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ
กรุงเทพฯ 10240 โทร. 0-2719-0181

จำนวนพิมพ์ : 250 เล่ม

ปีที่พิมพ์ : 2568



คำนำ

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตได้ปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานสำคัญต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และ กรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับ 4 ยุทธศาสตร์หลักของกรมสุขภาพจิต ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สุขสังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง”

รายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ฉบับนี้ ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลภาพรวมของกรมสุขภาพจิต ผลการปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต รายงานการเงิน ทิศทางการดำเนินงานกรมสุขภาพจิต และแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิต ทั้งนี้ มุ่งหวังว่ารายงานฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่าน โดยบุคลากรในหน่วยงานสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับพื้นที่และความรับผิดชอบ สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำรายงานประจำปีฯ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



บทสรุปผู้บริหาร

กรมสุขภาพจิต



บทสรุปผู้บริหาร

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต ร่วมกับเครือข่ายด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย สำนัก/กองสังกัดส่วนกลาง 13 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพจิต 20 แห่ง และศูนย์สุขภาพจิต 13 แห่ง ภายใต้แผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผน ระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนแม่บท แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) และระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) รวมทั้งแผนดิจิทัลกรมสุขภาพจิต (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยมีผลการดำเนินงานสำคัญที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตมีผลงานสำคัญภายใต้แผนปฏิบัติการ ของกรมสุขภาพจิต รวมทั้งสิ้น 29 โครงการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต แบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งในการปฏิบัติการและบริหารจัดการองค์การ อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่กำหนด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการประชาชน ด้านสุขภาพจิตการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณค่าและตอบสนอง ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการจนได้รับรางวัลจากสำนักงาน ก.พ.ร. มาอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตยังคงคุณภาพสามารถคว้ารางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ จำนวน 1 รางวัล ได้แก่ รางวัลบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมบริการ ระดับดี เรื่อง “การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม”

ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิตยังคงมุ่งมั่นพัฒนางานสุขภาพจิต เพื่อขับเคลื่อนและยกระดับ คุณภาพมาตรฐานการทำงานในระดับชาติและระดับนานาชาติ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนัก เข้าใจ และลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อมุ่งสู่ผลสำเร็จสูงสุดแก่ประชาชนและประเทศชาติต่อไป



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	A
บทสรุปผู้บริหาร	B
สารบัญ	D
สารบัญภาพ	G
สารบัญตาราง	O
ผู้บริหารระดับสูงกรมสุขภาพจิต	1
รายนามผู้บริหาร	2
แผนที่แสดงสถานบริการ/ศูนย์สุขภาพจิต ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	5
ส่วนที่ 1 ข้อมูลภาพรวมของกรมสุขภาพจิต	6
กรมสุขภาพจิตกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติและยุทธศาสตร์	7
กระทรวงสาธารณสุข	
1. ความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ	8
แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13	
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และ	
แผนปฏิบัติการราชการกรมสุขภาพจิต	
2. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)	11
3. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	13
ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561 - 2579)	
4. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะที่ 2	17
(พ.ศ. 2566 - 2570)	
5. แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต	20
6. แผนพัฒนาดิจิทัล กรมสุขภาพจิต (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570)	23
7. นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	25
8. การปฏิบัติงานที่กฎหมายกำหนดของกรมสุขภาพจิต	28



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน	27
1. โครงสร้างกรมสุขภาพจิต	27
2. อัตรากำลังและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง	31
3. งบประมาณรายจ่ายประจำปี	37
ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	40
1. ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการ ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	41
2. ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	43
3. ผลการปฏิบัติราชการที่สำคัญภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของกรมสุขภาพจิต	44
• ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์	44
• ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี ดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต	70
• ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	105
• ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจ สุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง	115
ส่วนที่ 3 รายงานการเงิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	124
1. รายงานการเงินของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	125
• นโยบายการบัญชีที่สำคัญ	125
• งบแสดงฐานะการเงิน	128
• งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน	130



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2. รายงานการวิเคราะห์งบการเงินเปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกรมสุขภาพจิต	131
• การวิเคราะห์การย่อส่วนตามแนวดิ่ง (Common Size Analysis)	133
• การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม/จำแนกตามรายได้และค่าใช้จ่าย (Trend Analysis)	136
• การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)	137
ส่วนที่ 4 แผนการดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ การดำเนินงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	138
• ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์	139
• ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี ดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต	147
• ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี	165
• ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์ สุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง	172
ภาคผนวก	176
ภาคผนวก 1 สถานการณ์สุขภาพจิต/ข้อมูลสถิติที่สำคัญ	178
ภาคผนวก 2 สื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต	208
ภาคผนวก 3 การดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ	238
ภาคผนวก 4 รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ	258
ภาคผนวก 5 รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต	268



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานบริการและศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต 5
ภาพที่ 2	แสดงผังความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ 8 แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติ ราชการกรมสุขภาพจิต (1/3)
ภาพที่ 3	แสดงผังความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ 9 แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติ ราชการกรมสุขภาพจิต (2/3)
ภาพที่ 4	แสดงผังความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ 10 แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติ ราชการกรมสุขภาพจิต (3/3)
ภาพที่ 5	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) 11
ภาพที่ 6	แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 13
ภาพที่ 7	นโยบายยกระดับ 30 บาท พลัส เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน 14
ภาพที่ 8	นโยบายยกระดับ 30 บาท พลัส Quick Win 100 วัน 14
ภาพที่ 9	นโยบาย 5 ด้านของกระทรวง พ.ศ. 2567 - 2568 15
ภาพที่ 10	นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวง ประจำปีงบประมาณ 16 พ.ศ. 2566 - 2568
ภาพที่ 11	นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 25
ภาพที่ 12	แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 37 พ.ศ. 2565 - 2567 กรมสุขภาพจิต จำแนกตามหมวดรายจ่าย
ภาพที่ 13	ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี เสด็จเป็น 44 องค์ประธานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ครั้งที่ 21



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 14 การประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE IDOL รุ่นที่ 14	44
ภาพที่ 15 รายการ “TO BE NUMBER ONE VARIETY”	45
ภาพที่ 16 ค่ายพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE “สู่ความเป็นหนึ่ง” รุ่นที่ 30	45
ภาพที่ 17 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	47
ภาพที่ 18 Good Practice ในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต จากเครือข่าย (30 เรื่อง)	47
ภาพที่ 19 Good Practice นวัตกรรมใจ	48
ภาพที่ 20 การมอบนโยบายการสื่อสารสุขภาพจิต	49
ภาพที่ 21 ชี้แจงวัตถุประสงค์การพัฒนาเครือข่าย	50
ภาพที่ 22 ศึกษาดูงานบริการสุขภาพจิต	50
ภาพที่ 23 พัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักในการดำเนินงานเด็กปฐมวัย	51
ภาพที่ 24 วรรณคดีสื่อสารสร้างความตระหนักในการเลี้ยงดูเด็ก	51
ภาพที่ 25 การประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเชื่อมโยงงานอนามัยแม่และเด็ก	53
ภาพที่ 26 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรหลัก (TOT) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต HERO Consultant	54
ภาพที่ 27 กิจกรรมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มเสี่ยงด้วยระบบ School Health HERO	54
ภาพที่ 28 กิจกรรมเด็กปฐมวัย Triple -P	59
ภาพที่ 29 กิจกรรมการวางแผนจิตแพทย์	59
ภาพที่ 30 กิจกรรมเด็กวัยเรียน พัฒนาศักยภาพครูในการปรับพฤติกรรมและให้การปรึกษา SAFE B-MOD	59
ภาพที่ 31 กิจกรรมกลุ่ม The Thai Triple-P	60
ภาพที่ 32 กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะครูอนุบาลและบุคลากรสาธารณสุข	61
ภาพที่ 33 โครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและมีความสุข	62



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 34 ประชุมวิชาการผู้สูงอายุ Soft Skills : สร้างคุณค่าผู้สูงอายุไทยในศตวรรษที่ 21	63
ภาพที่ 35 อบรมเชิงปฏิบัติการ “การใช้เครื่องมือ (TDAS)”	66
ภาพที่ 36 โครงการพาหมอไปหาประชาชน	66
ภาพที่ 37 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยออทิสติกและผู้ป่วยสมาธิสั้นสำหรับแพทย์	69
ภาพที่ 38 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	69
ภาพที่ 39 ประชุมคณะกรรมการพัฒนางานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	69
ภาพที่ 40 การประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม	70
ภาพที่ 41 อบรมการใช้โปรแกรม CBT : Cognitive Behavior Therapy	71
ภาพที่ 42 การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะทางจิตสังคมสู่การมีงานทำแก่ครอบครัว/ ผู้ดูแล/คนพิการทางจิต/ผู้ป่วยจิตเวช	73
ภาพที่ 43 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจ	77
ภาพที่ 44 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กด้อยโอกาส เด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์ความไม่สงบ	77
ภาพที่ 45 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับ การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ	77
ภาพที่ 46 การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ตาม Value Chain	79
ภาพที่ 47 การเชื่อมโยงระบบการดูแลตาม Patient journey กับระบบสารสนเทศ ในเขตสุขภาพ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอโดย รพ.นครพนมราชนครินทร์	79
ภาพที่ 48 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยเป็นสุข อยู่ในชุมชนได้ สังคมสงบสุข	80
ภาพที่ 49 ติดตามนิเทศการใช้ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ จากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบ	81
ภาพที่ 50 การประชุมเชิงปฏิบัติการบำบัดฟื้นฟูด้านจิตใจสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติ จากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบ	82



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 51 ประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	83
ภาพที่ 52 อบรมวิทยากรหลักสูตรการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย ระดับเขต	84
ภาพที่ 53 อบรมเชิงปฏิบัติจัดทำมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่	85
ภาพที่ 54 อบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย ระดับอำเภอ	85
ภาพที่ 55 ประชุมเชิงปฏิบัติการแพลตฟอร์มภาครัฐ	86
ภาพที่ 56 ประชุมเชิงปฏิบัติการแพลตฟอร์มภาครัฐ	87
ภาพที่ 57 การฝึกซ้อมแผนด้านวิกฤตสุขภาพจิต ระดับภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	89
ภาพที่ 58 ลงพื้นที่เยี่ยมยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤต	90
ภาพที่ 59 การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านระบบ Telepsychiatry	93
ภาพที่ 60 การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	93
ภาพที่ 61 การตรวจประเมินสุขภาพใจให้กับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์	93
ภาพที่ 62 ประชุมคณะทำงานสุขภาพจิตเรือนจำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ	93
ภาพที่ 63 ประชุมคณะเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผลการจัดบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน	94
ภาพที่ 64 ประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรฐานรับรององค์กรด้านจิตบำบัด	95
ภาพที่ 65 ประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกภาคปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพผู้ดำเนินกิจกรรมแอกกาธอน	96
ภาพที่ 66 อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดำเนินกิจกรรมแอกกาธอนเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตอย่างมีส่วนร่วม	96
ภาพที่ 67 การนำเสนอผลงานนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติใช้งานจริง	97
ภาพที่ 68 ผลิตภัณฑ์นวัตกรรมด้านสุขภาพจิต	98
ภาพที่ 69 ผลิตภัณฑ์สูตร Mental Health Innovation Coaching	98
ภาพที่ 70 พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ (พ.ศ. 2567 – 2570)	99



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 71 การพัฒนาระบบการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ ในเขตสุขภาพ	100
ภาพที่ 72 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนงาน	101
ภาพที่ 73 แนวทางการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลใน Bangkok Health zoning	103
ภาพที่ 74 โครงการ Healthy Living	105
ภาพที่ 75 การสร้างความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	108
ภาพที่ 76 กิจกรรมขยะแลกบุญ นำขยะมาแลก เพื่อนำมาเข้ากองทุนเพื่อช่วยเหลือ กลุ่มเปราะบางในชุมชน	110
ภาพที่ 77 กิจกรรมปฏิทินยา รักษาใจ	110
ภาพที่ 78 การสร้างพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิถีชุมชนไทยพวน	110
ภาพที่ 79 การสร้างความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	110
ภาพที่ 80 ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	111
ภาพที่ 81 สารสำคัญร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ...	114
ภาพที่ 82 การอภิปราย “มูลค่างานสุขภาพจิตเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจสาธารณสุข”	116
ภาพที่ 83 Thailand Research Expo 2024	117
ภาพที่ 84 การนำข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตไปใช้ประโยชน์ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในเวทีประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 23	118
ภาพที่ 85 การประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	121
ภาพที่ 86 กราฟรายการในงบแสดงฐานะการเงิน เปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567	136
ภาพที่ 87 กราฟรายการในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567	136



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 88 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	181
ภาพที่ 89 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	183
ภาพที่ 90 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มารับบริการ ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	185
ภาพที่ 91 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการ ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	187
ภาพที่ 92 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	189
ภาพที่ 93 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	191
ภาพที่ 94 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	193
ภาพที่ 95 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	195
ภาพที่ 96 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	197
ภาพที่ 97 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อ ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	199
ภาพที่ 98 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของ หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	201
ภาพที่ 99 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของ หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	203



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 100 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	205
ภาพที่ 101 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	207
ภาพที่ 102 โครงการอบรมด้านสุขภาพจิตชุมชนและงานสหวิชาชีพ	244
ภาพที่ 103 ศึกษาดูงานด้านสุขภาพจิต ณ ไต้หวัน	244
ภาพที่ 104 โครงการประชุมคณะกรรมการยาเสพติด (Commission on Narcotic Drugs : CND) สมัยที่ 67	245
ภาพที่ 105 โครงการการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 77 (77th World Health Assembly : WHA77) ณ สมาพันธรัฐสวิส	247
ภาพที่ 106 โครงการประชุมวิชาการความรู้ด้านสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 10 ณ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม	248
ภาพที่ 107 โครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางวิชาการสุขภาพจิตระหว่างกรมสุขภาพจิตกับสาธารณสุขประชาชนจีน	249
ภาพที่ 108 ประชุมหารือโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในอาชีพของประเทศไทย (OSH)	250
ภาพที่ 109 ประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มคนไร้บ้านของประเทศไทย	251
ภาพที่ 110 ประชุมหารือแลกเปลี่ยนข้อเสนอโครงการฝึกอบรมงานด้านสุขภาพจิต	251
ภาพที่ 111 การประชุมหารือการบันทึกความเข้าใจ (MOU) และความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2567	252
ภาพที่ 112 โครงการอบรมภาษาจีนเพื่อการสื่อสารงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	253
ภาพที่ 113 โครงการอบรมภาษาอังกฤษเพื่องานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	254



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 114 โครงการอบรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานรับรองแขกต่างประเทศ	255
ภาพที่ 115 โครงการอบรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานรับรองแขกต่างประเทศ	256
ภาพที่ 116 การรับรองชาวต่างประเทศในการเดินทางมาเยือนประเทศไทยเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และศึกษาดูงานด้านการบริหาร การให้บริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช	257
ภาพที่ 117 รางวัลบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมบริการ ระดับดี เรื่อง “การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม”	259
ภาพที่ 118 การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม	260
ภาพที่ 119 งานรับรางวัลบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมบริการ ระดับดี เรื่อง “การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม”	261
ภาพที่ 120 การรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation)	262



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงรายนามผู้บริหารกรมสุขภาพจิต	2
ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังเปรียบเทียบกับจำนวนปฏิบัติงานจริง	32
ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในกรมสุขภาพจิตจำแนกตามประเภทระดับตำแหน่ง	33
ตารางที่ 4 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย	34
ตารางที่ 5 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย (Generation)	35
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนกรอบอัตรากำลังข้าราชการและจำนวนข้าราชการที่ให้บริการทางการแพทย์และวิชาการด้านสุขภาพจิต	36
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2567	39
ตารางที่ 8 แสดงผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	41
ตารางที่ 9 แสดงผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)	43
ตารางที่ 10 แสดงรายชื่อสถานพยาบาลใน Bangkok health zoning	102
ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)	137
ตารางที่ 12 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิต และข้อมูลที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567	179
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต	180
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต	181
ตารางที่ 15 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต	184



สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มาใช้บริการของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	186
ตารางที่ 17 แสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต	188
ตารางที่ 18 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต	190
ตารางที่ 19 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต	192
ตารางที่ 20 แสดงอัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ	194
ตารางที่ 21 แสดงจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษา อยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต	196
ตารางที่ 22 แสดงจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	198
ตารางที่ 23 แสดงอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	200
ตารางที่ 24 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	202
ตารางที่ 25 แสดงจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต	204
ตารางที่ 26 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต	206
ตารางที่ 27 สรุปสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	209
ตารางที่ 28 แสดงสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	210
ตารางที่ 29 แสดงรายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต	269



ผู้บริหาร

กรมสุขภาพจิต

นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติฉิลรัตน์
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



นายแพทย์ริติ แสงวรรณ
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต



รายชื่อผู้บริหาร

ตารางที่ 1 แสดงรายนามผู้บริหารกรมสุขภาพจิต

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
1	นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารสูงสุด Chief Executive Officer : CEO
2	นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านทรัพยากรบุคคล Chief Human Resource Officer : CHRO ผู้บริหารด้านการเสริมสร้างบทบาทหญิงชาย Chief Gender Equity Officer : CGEO หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองจริยธรรม (ITA)
3	นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติฉัตรนันธ์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านการเปลี่ยนแปลง Chief Change Officer : CCO ผู้บริหารด้านการจัดการความรู้ Chief Knowledge Officer : CKO
4	นายแพทย์ธิตี แสงธรรม	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารด้านการคลัง Chief Financial Officer : CFO ผู้บริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับกรม Department Chief Information Officer : DCIO
5	นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
6	นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักความรู้สุขภาพจิต
7	ดร.แพทย์หญิงเบญจมาศ พฤษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ



รายชื่อผู้บริหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
8	นายแพทย์ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ
9	นางสาวสุภาวดี เพ็ชรสว่าง	เลขานุการกรม
10	นายชัยณรงค์ บุรินทร์กุล	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
11	นางพัชฌณ ล้อมสุชา	ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง
12	แพทย์หญิงดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
13	นายแพทย์พงศกร เล็งดี	รักษาราชการผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
14	นางสาวอลิสสา อุดมวีระเกษม	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
15	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
16	นางสาวสมจิตต์ ชันธครุฑ	รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน
17	นางสาวเนตรชนก บัวเล็ก	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE
18	นายแพทย์ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ อนุญา	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
19	แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
20	แพทย์หญิงนพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล
21	แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
22	นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
23	นายแพทย์มงคล ศิริเทพทวี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
24	นายแพทย์อาทิตย์ เล่าสุอังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
25	นายแพทย์ธณินท์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
26	นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



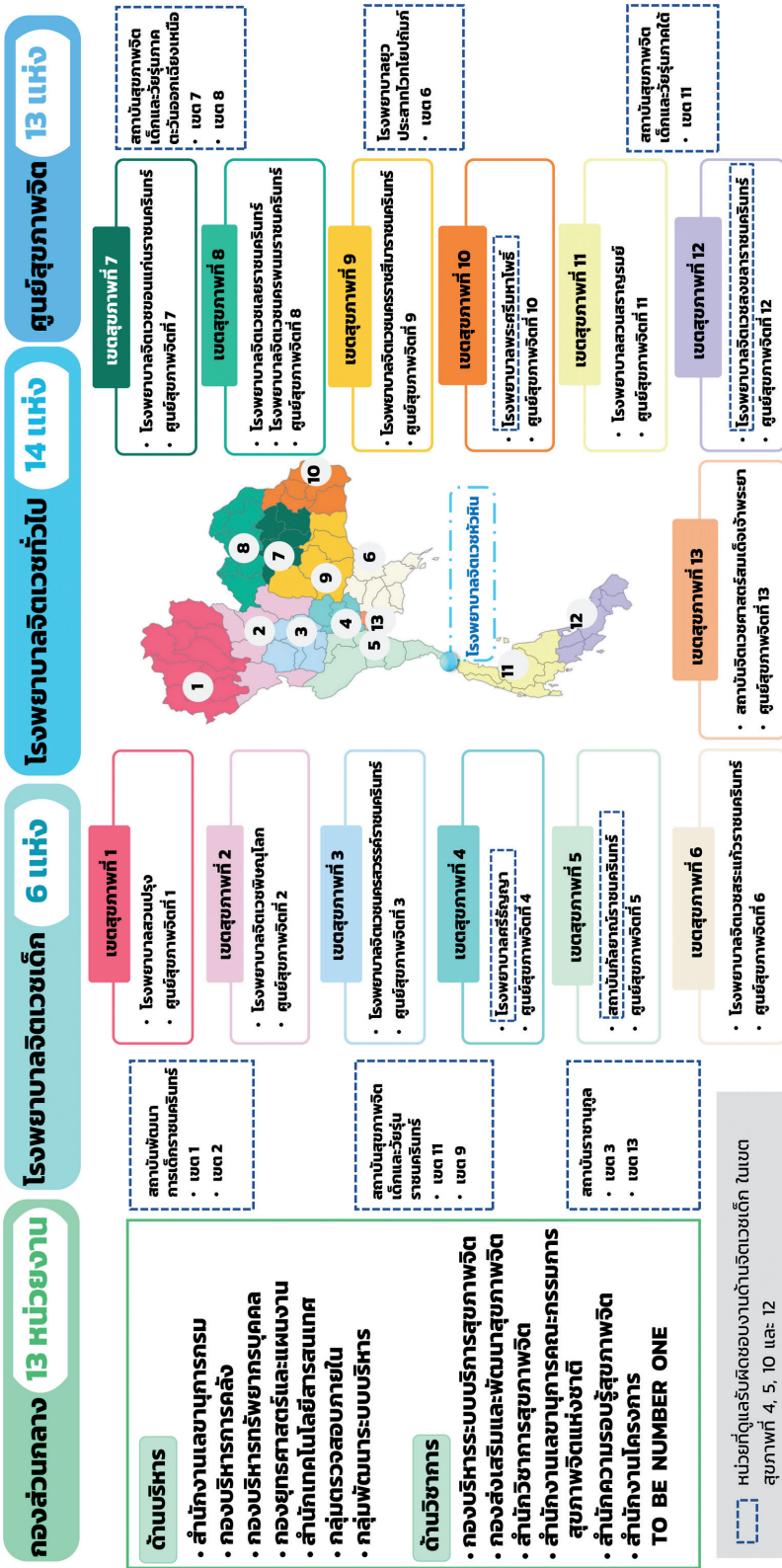
รายชื่อผู้บริหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
27	นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
28	แพทย์หญิงหทัยชนนี บุญเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
29	นายแพทย์ประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
30	แพทย์หญิงจิตติมา แก้วทนาง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์
31	นายแพทย์พรธนก ตันต์ศุภศิริ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
32	นายแพทย์โกศล วราอัสวปติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
33	แพทย์หญิงจุฬารัตน์ เหมกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
34	นายแพทย์อติพันธ์ ธาณรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
35	นายแพทย์นพพร ตันติรังสี	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
36	นายแพทย์ภาณุ คุ้มฉายกร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
37	ว่าที่ร้อยโทโมษิต กัลยา	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
38	นายชูพงษ์ สังข์ผลพันธ์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 2
39	นางเดือนเพ็ญ ชาญณรงค์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 3
40	นางสาวพนาวัลย์ จำประเสริฐ	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 4
41	นางสาวรัชชวัลย์ บุญโถม	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 5
42	นางภัทรานิษฐ์ ทองตันไตรย์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
43	นางสาวจุฑามาศ วรรณศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
44	นางสิริพร พุทธิพรโสภาส	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
45	นายนิธย์ ทองเพชรศรี	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 9
46	นางสุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
47	นางกรรณิการ์ หนูสอน	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 11
48	นางสาวสุริ อูปมนต์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
49	นายไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 13

ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

แผนที่ตั้งของสถานบริการ และศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 1 แผนที่ตั้งของสถานบริการ และศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต



ส่วนที่ 1

ข้อมูลภาพรวม

ของกรมสุขภาพจิต





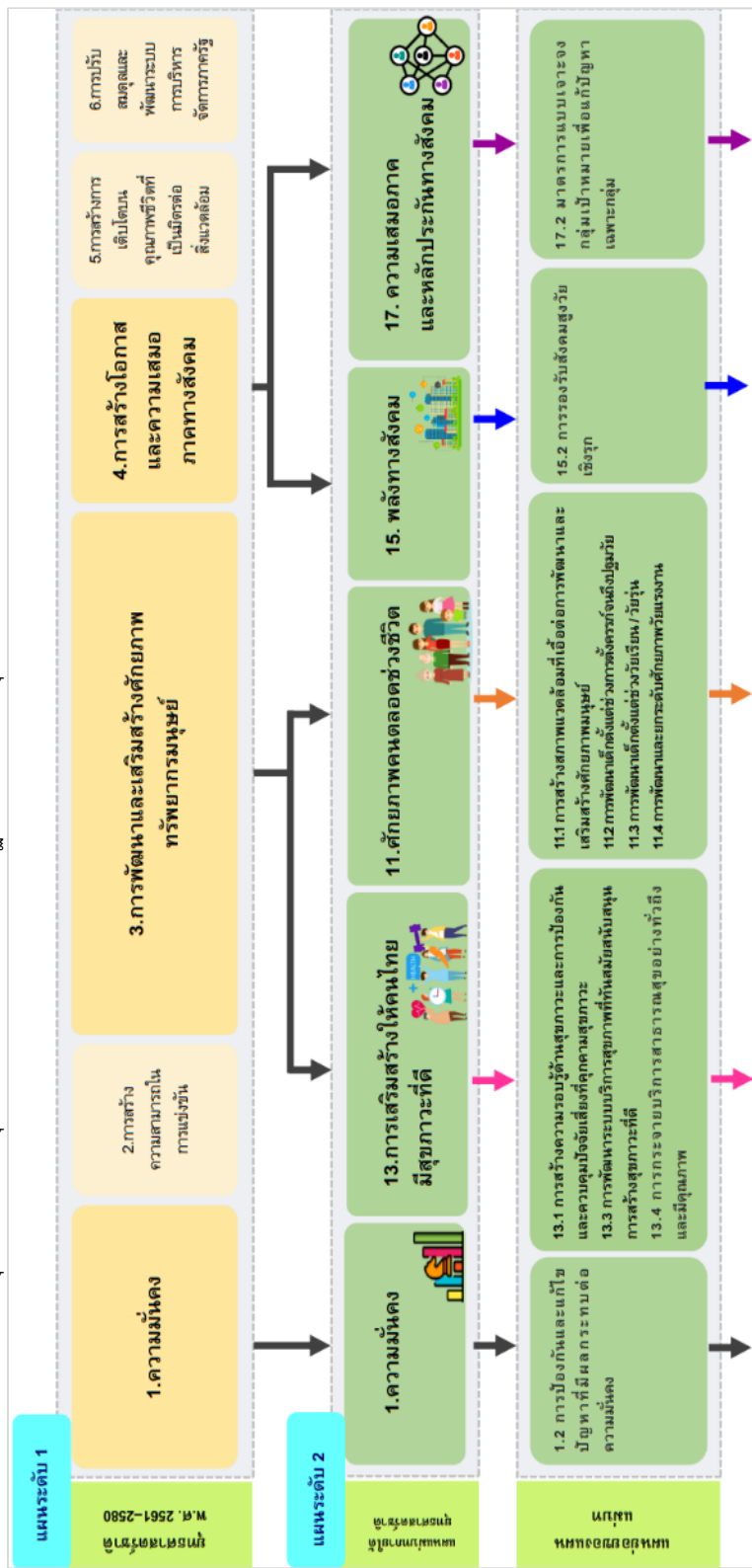
กรมสุขภาพจิตกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต ได้การขับเคลื่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ด้วยแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพจิต การจัดทำแผนงานและโครงการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) ประเด็นยุทธศาสตร์ รวมถึงกลยุทธ์ให้บรรลุสู่เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต นำไปสู่การเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สุขภาพดี เศรษฐกิจมูลค่าสูง

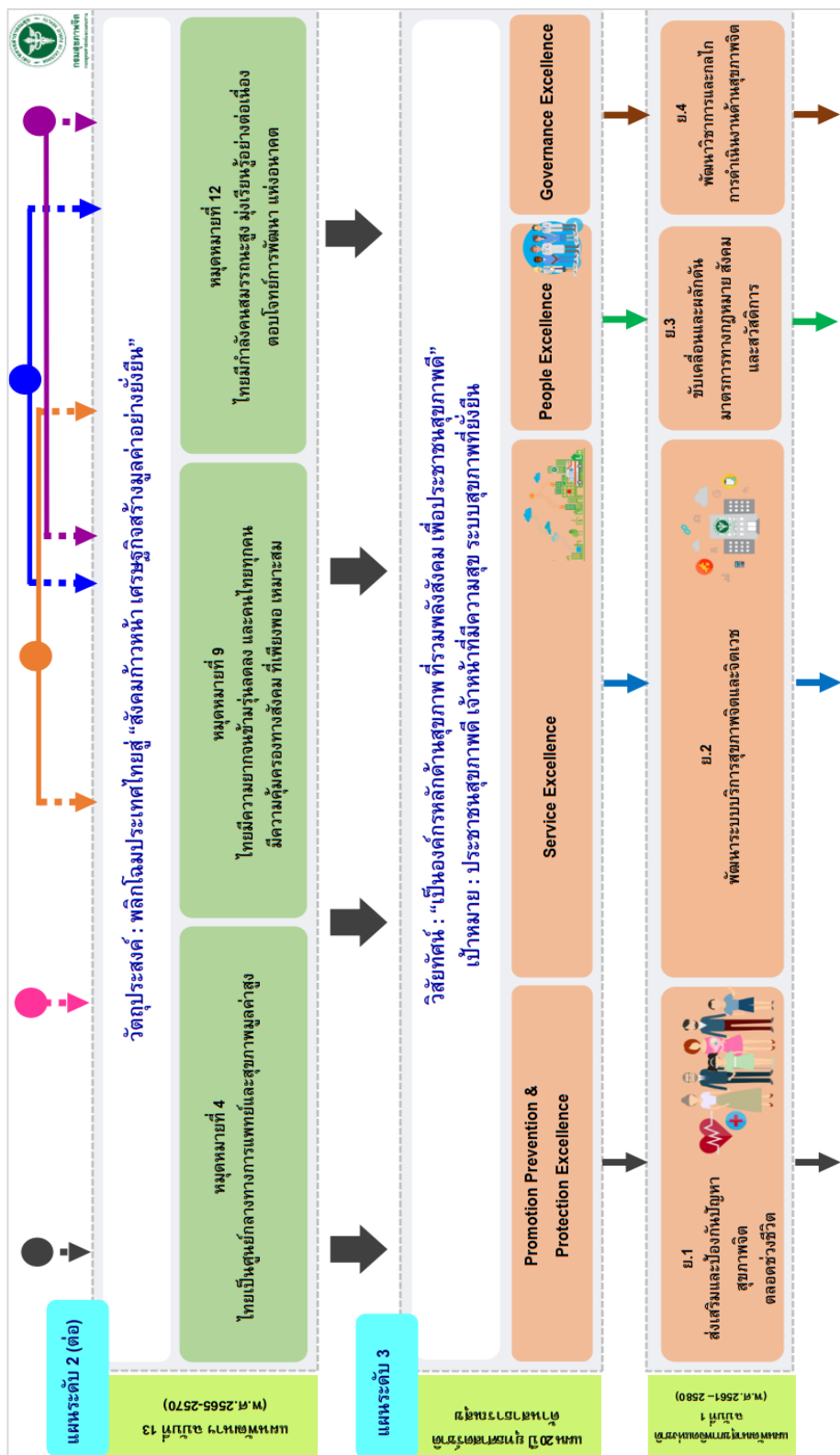


1. ความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 2 แสดงผังเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต แผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต (1/3)



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





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

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง 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 รวมทั้งกำหนดมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนทุกภาคส่วนดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ

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





เป้าหมายการพัฒนาประเทศภาพรวม

“ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ พัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชน และประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) จึงเป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน 3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม 5) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ 6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งกรมสุขภาพจิตยึดถือเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนางานด้านสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม



3. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579)

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบัน และอนาคต โดยผ่านการทบทวน ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้ม และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ รวมถึงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาอย่างบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในสังกัดและในกำกับกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) นโยบายรัฐบาล นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ประกอบด้วย 4 Excellences ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ตลอดจนได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงซึ่งประกอบด้วย 14 แผนงาน 35 โครงการ และ 54 ตัวชี้วัด และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

ภาพที่ 6 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567





นโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นของผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข



นายแพทย์ชื่อนาน ศรีแก้ว
รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
(1 ก.ย. 2566 – 28 เม.ย. 2567)

มอบนโยบายสำคัญภายใต้เป้าประสงค์หลักในการ “ยกระดับ 30 บาท เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน” โดยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรมสุขภาพที่ทันสมัย ดูแลประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ปิดช่องว่าง ลดความเหลื่อมล้ำ เพื่อการเข้าถึงบริการ และยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีสุขภาวะที่ดีทุกมิติ ทั้ง กาย ใจ ปัญญา และสังคม ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ในทุกพื้นที่ ด้วย 13 นโยบายมุ่งเน้น

ภาพที่ 7 นโยบายยกระดับ 30 บาท พลัส เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน

1 โครงสร้างพระราชราช/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

2 sw.ทท.ม. 50 เท 50 sw. และปริมณฑล

- พัฒนาการด้านสุขภาพพลาน
- sw. ประชาชน, sw. สักการัก

3 สุขภาพจิต/ยาเสพติด

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

4 มะเร็งกระเพาะอาหาร

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

5 สรีรกายวิภาคและกลไกของอวัยวะ

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

6 การแพทย์ปฐมภูมิ

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

7 สาธารณสุขชุมชนและพื้นที่เฉพาะ

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

8 สถานชังวักบาล

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

9 พันธ์นา sw. แม่ข่าย

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

10 ดิจิทัลสุขภาพ

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

11 ส่งเสริมการมีนุศล

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

12 เพรสชฎิสุขภาพ

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

13 บักกักที่ย่อยลอกอก

- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก
- sw. สักการัก, sw. สักการัก

14 ร้างรฐชฎิ

V.9 20/09/256E

ภาพที่ 8 นโยบายยกระดับ 30 บาท พลัส Quick Win 100 วัน

[illegible]

Y.11 21/09/2568

นโยบายยกระดับ 30 บาท พลัส
เพิ่มคุณภาพชีวิต
ประชาชน

นโยบายยกระดับ 30 บาท พลัส
Quick Win 100 วัน



นายสมศักดิ์ เทพสุทิน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
(28 เม.ย. 2567 - ปัจจุบัน)

มอบนโยบายสำคัญเร่งรัดให้เป็นรูปธรรม 5 ด้าน และสานต่อนโยบาย 5 ด้านของกระทรวงฯ ให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมปี 2567 - 2568 กล่าวว่า “นโยบาย 5 บวก 5 เร่งรัด พัฒนา สานต่อ ที่กล่าวมานั้นต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ของพี่น้องชาวสาธารณสุขทุกคน และผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า พวกเราจะร่วมกันแสดงพลัง ท่วมเท เสียสละ และทำงานไปด้วยกัน ผมขอให้คำมั่นกับทุกท่านว่า ผมพร้อมสนับสนุน ช่วยเหลือ และร่วมแก้ปัญหาของท่าน เพื่อประโยชน์ของพี่น้องประชาชนชาวไทยทุกคน”

“มุ่งพัฒนาและยกระดับ ระบบสุขภาพไทยในทุกมิติ”

เร่งรัด
พัฒนา



สานต่อ

ภาพที่ 9 นโยบาย 5 ด้านของกระทรวง พ.ศ. 2567 - 2568





นายแพทย์โอกาส การยักวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มอบนโยบาย “ให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” น้อมนำพระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขของไทย” เป็นปณิธานในการทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง การขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขใน 3 ปี จากนี้ เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางสุขภาพยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพมิติสังคม มิติเศรษฐกิจ ด้วยแผนนโยบาย “สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย โดยมุ่งเน้น 6 ประการสำคัญ และได้มอบหลักปฏิบัติในการทำงาน “ททท” คือ “ทำทันที” “ทำต่อเนื่อง” “ทำและพัฒนา”

ภาพที่ 10 นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568





4. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 – 2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 – 2570)

วิสัยทัศน์



คนทุกช่วงวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า

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

พันธกิจ



พัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชน มีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต



เป้าหมาย (Goals)



เด็กไทยมีระดับ
สติปัญญาเฉลี่ย (IQ)

🎯 ไม่ต่ำกว่า 103



เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์
(EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

🎯 ร้อยละ 85



ครอบครัวมีความเข้มแข็ง
และความอบอุ่น

🎯 ร้อยละ 87



ประเทศไทยมีคะแนนความสุข
(World Happiness Index) เพิ่มขึ้น

🎯 ไม่ต่ำกว่า 0.2



คนไทย
มีสุขภาพจิตดี

🎯 ร้อยละ 85



อัตราการฆ่าตัวตาย
ลดลง

🎯 ไม่ต่ำกว่า 0.5 ต่อแสนประชากร



จังหวัดมีการบูรณาการงานสุขภาพจิตตามมาตรฐาน
แล้วประชาชนมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

🎯 ร้อยละ 55



ยุทธศาสตร์

▶ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

เป้าประสงค์ 1.1 คนทุกช่วงวัยเข้าใจและใส่ใจสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

● กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 1.1.1 : เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของครอบครัวและชุมชน Resilience

กลยุทธ์ที่ 1.1.2 : เสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต Mental Health Literacy ในแต่ละช่วงชีวิต รวมถึงความรอบรู้สำคัญที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 1.1.3 : สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เด็กโดยสถานศึกษาและผู้ปกครอง มีส่วนร่วม 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 ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งครอบครัวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมผ่านนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

● กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์

กลยุทธ์ที่ 2.1.1 : เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ 2.1.2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชบนฐานของระบบเทคโนโลยีดิจิทัล

กลยุทธ์ที่ 2.2.1 : ยกระดับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช



เป้าประสงค์ 2.2 ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งครอบครัวได้รับการดูแลอย่างยั่งยืนและสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

- **กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์**

กลยุทธ์ที่ 2.2.1 : ยกระดับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

► **ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ**

เป้าประสงค์ 3.1 คนทุกช่วงวัยได้รับการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม

- **กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์**

กลยุทธ์ที่ 3.1.1 : ผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการภายใต้
กลไกของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไข
เพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 3.1.2 : ผลักดันสวัสดิการระดับชุมชนและสังคมเพื่อสนับสนุนการเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งด้านสุขภาพจิต

► **ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต**

เป้าประสงค์ 4.1 หน่วยบริการด้านสุขภาพจิต มีการบริหารจัดการองค์กรอย่างยั่งยืนและสอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล

- **กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์**

กลยุทธ์ที่ 4.1.1 : พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มี
ความเชี่ยวชาญ

กลยุทธ์ที่ 4.1.2 : พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรทุกภาคส่วน เพื่อร่วม
งานขับเคลื่อนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ 4.2 หน่วยบริการด้านสุขภาพจิต มีการพัฒนานวัตกรรมและใช้นวัตกรรมและองค์ความรู้ทางวิชาการในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

- **กลยุทธ์ภายใต้เป้าประสงค์**

กลยุทธ์ที่ 4.2.1 : พัฒนาด้านวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัยที่ตอบโจทย์กับความเปลี่ยนแปลง
และการดำเนินงานสุขภาพจิต



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 เป็นหลักสำคัญ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเชื่อมโยงในการพัฒนางานสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับหน่วยงาน และระดับพื้นที่

► วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต

**กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ
เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง**



► ตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานเมื่อสิ้นแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต

• Ultimate Outcome



เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ)
ไม่ต่ำกว่า 103



เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)
อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 85



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน



คนไทยมีสุขภาพจิตดี
ร้อยละ 90

► พันธกิจกรมสุขภาพจิต

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

► 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



▶ 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 พัฒนาระบบการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ บริบทการดำเนินงานในพื้นที่
- 1.3 สร้างระบบการสื่อสารความรอบรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

เป้าประสงค์ : ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

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

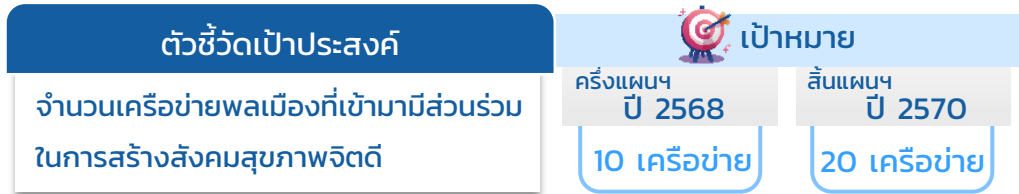
กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

- 2.1 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต
- 2.2 จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิตดี

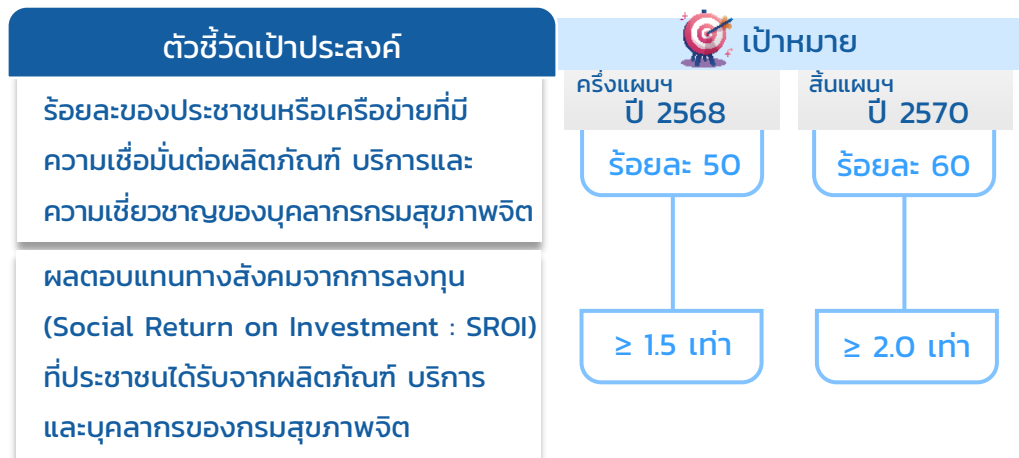


กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

- 3.1 รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี
- 3.2 ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพจิตชุมชน
- 3.3 ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ : กรมสุขภาพจิตมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล



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) มีการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค (SWOT Analysis) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของกรมสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ระยะ 20 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2580) และกฎหมายด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้น การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเป็นเทคโนโลยีดิจิทัล พร้อมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนางาน ด้านดิจิทัลของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

▶ วิสัยทัศน์

“กรมสุขภาพจิตเป็นผู้นำด้านสุขภาพจิตดิจิทัลในประเทศไทย ที่มีมาตรฐานสากล”

▶ พันธกิจ

1. ประสาน สนับสนุน และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตของประเทศ โดยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการเป็นศูนย์อ้างอิงสารสนเทศด้านสุขภาพจิต
3. พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนงานด้านบริการ วิชาการ และบริหารจัดการของกรมสุขภาพจิต

▶ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์

แผนพัฒนาดิจิทัล ฉบับที่ 2 กรมสุขภาพจิต (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2570) ได้กำหนด ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ ดังต่อไปนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาแพลตฟอร์ม และยกระดับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
ในทุกกระบวนการสุขภาพจิต เพื่อประชาชนสุขภาพดี

โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานมีระบบงานดิจิทัลครอบคลุมทุกกระบวนการงานที่สำคัญ กำหนดตัวชี้วัดเป้าประสงค์เป็น ร้อยละของหน่วยงานที่ยกระดับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ตามเป้าหมาย ประกอบด้วยกลยุทธ์ ดังนี้



กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

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

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิตดิจิทัล

โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศตามมาตรฐานที่กำหนดกำหนดตัวชี้วัดเป้าประสงค์เป็น ร้อยละของหน่วยงานมีการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบด้วยกลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

- 2.1 พัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิตดิจิทัล
- 2.2 พัฒนาระบบรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามมาตรฐานที่กำหนด
- 2.3 พัฒนาระบบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานที่กำหนด

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้มีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อให้บุคลากรกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน กำหนดตัวชี้วัดเป้าประสงค์เป็น ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

- 3.1 พัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลให้กับบุคลากรกรมสุขภาพจิต
- 3.2 พัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดิจิทัลให้กับบุคลากรกรมสุขภาพจิต
- 3.3 พัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดิจิทัลให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต



7. นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



ภาพที่ 11 นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



1) ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตตามโครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพระบรมวงศานุวงศ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการ TO BE NUMBER ONE โครงการราชทัณฑ์ ปันสุขทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ โครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร และโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

2) ส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน พัฒนาทักษะชีวิตและความฉลาด 7Qs ได้แก่ Intelligence - Emotional - Creativity - Moral - Play - Adversity - Social Quotient เพื่อให้เด็กและเยาวชนเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีความรอบรู้เท่าทันปัญหาและภัยคุกคามทางสุขภาพจิต ส่งเสริมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเชิงรับและ เชิงรุกเพื่อการเข้าถึงอย่างครอบคลุม ป้องกันปัญหาการล้อเลียนรังแกกันในโรงเรียน (Bullying) เน้นดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตให้ได้รับการค้นหาและได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแลคุ้มครองอย่างถูกต้อง เท่าเทียม และทั่วถึง ต่อเนื่อง จนหายกลายสามารถอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างปกติสุข



3) เน้นการดูแลสุขภาพจิตเชิงจิตสังคมสู่ระดับชุมชน (Social Psychology) ด้วยการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ พฤติกรรม อารมณ์และสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ประชาชน ทั้งกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรังและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนครอบครัวและผู้ดูแล ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจนดีขึ้น โดยการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในพื้นที่ได้อย่างไร้รอยต่อ ในลักษณะ Community Integrated Care และส่งเสริมให้เกิดระบบสานสัมพันธ์เด็ก-ผู้ใหญ่ คน 2 วัยใส่ใจดูแลกัน (Intergeneration System) เพื่อลดทุกข์ เพิ่มสุขและสร้างคุณค่าในคนต่างวัยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน

4) เร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เพิ่มความเข้าใจ ลดความขัดแย้งในสังคมให้แก่ประชาชนทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ด้วยทีมสื่อสารสุขภาพจิต ดิจิทัล (Mental Influence Team: MIT) พัฒนาประเด็นความรู้สุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และตรงกับความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างแท้จริง สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย รวมทั้งพัฒนาให้เกิตทีมสื่อสารสุขภาพจิตดิจิทัลให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด สามารถดูแลตนเองและคนรอบข้างให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ มีความรู้เท่าทันต่อประทุษวาจา ถนอมใจ ไม่ใช่ Hate Speech เพื่อลดความขัดแย้งในสังคม รวมทั้งเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต ลดความตื่นตระหนก และส่งต่อขอความช่วยเหลือได้

5) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดใกล้บ้านใกล้ใจ (Mental Health Anywhere เพื่อนแท้มีทุกที่) ตั้งแต่การคัดกรอง ช่วยเหลือ ส่งต่อผ่านนวัตกรรมสุขภาพจิตดิจิทัล 1323 Plus Voice Detection, DMIND, Step-by-Step Care (Self Assessment/Self Treatment/E-Helper) รวมทั้งจัดระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดใกล้บ้านใกล้ใจ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งบริการแบบ Onsite ได้แก่ การจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชใน รพศ. รพท. ที่มีคุณภาพพร้อมให้บริการมีกลุ่มงานจิตเวชในรพช.ทุกแห่ง บริการ Home Ward ทั้งที่บ้าน ในชุมชน เรือนจำ ตลอดจนสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และเชื่อมต่อบริการสุขภาพจิตกับระบบบริการสุขภาพกายในรูปแบบ Neuropsychiatric Care Center จัดบริการดูแลสุขภาพจิต Online ด้วย Telepsychiatry รวมทั้ง Virtual Hospital และบริการสุขภาพจิตเชิงรุกด้วย Mobile Psychiatry เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ทุกที่ ทุกเวลา ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนหายทุเลา



6) มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI - V) รวมไปถึงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention) ด้วยระบบ V Scan - V care - V Recovery การดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อเข้าสู่การรักษาแบบทันต่วงที่ด้วยทีม HOPE Task Force ระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สังคมมีความปลอดภัย ไร้ความรุนแรง

7) มุ่งมั่นผลักดันกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนและผู้มีปัญหสุขภาพจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบวงจรและเท่าเทียม

- **กลไกกฎหมายสุขภาพจิต** โดยขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ในการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพจิตสำคัญในพื้นที่ ได้แก่ การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และการติดตามดูแลวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และพระราชบัญญัติยาเสพติด

- **กลไกการเงินการคลัง** ที่มุ่งผลักดัน 3 กองทุนสุขภาพในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่หลากหลายด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ตลอดจนสร้างความมั่นคงและความเข้มแข็งทางการเงินให้กับหน่วยบริการจิตเวช และศูนย์สุขภาพจิต

- **กลไกเครือข่ายงานสุขภาพจิต** ที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างงานสุขภาพจิตกับเครือข่ายในเขตสุขภาพ และ กทม. และสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายต่างประเทศ เครือข่ายนอกกระทรวง และเครือข่ายระบบปฐภูมิในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยมีชุมชนเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมสร้างสังคมสุขภาพจิตดี

8) **เร่งพัฒนาระบบและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพจิตดิจิทัลให้ครอบคลุมทุกมิติ (Digital Transformation)** ด้วยแนวทาง A-B-C-D-E-F ได้แก่ การพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) การพัฒนาระบบคลังข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) การประมวลผลและจัดเก็บข้อมูลแบบ Cloud Computing การพัฒนาแพลตฟอร์มระบบสุขภาพจิตดิจิทัล (Digital Platform) การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) การพัฒนาศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน (Financial Data Set) ตลอดจนพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรให้พร้อมเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพจิตดิจิทัลอย่างยั่งยืน



8. การปฏิบัติตามกฎหมายกำหนดของกรมสุขภาพจิต

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

- 1) ดำเนินการและพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำและพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตระดับประเทศ
- 3) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน
- 4) กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน
- 5) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ตลอดจนประเมินการใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า
- 6) พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน
- 7) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม
- 8) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน
- 9) จัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน
- 10) ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดที่มีโรคจิตเวชร่วม
- 11) ประสานความร่วมมือทางวิชาการด้านสุขภาพจิตกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ
- 12) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของกรมหรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย



ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน

1. โครงสร้างกรมสุขภาพจิต

► กรมสุขภาพจิต มีหน่วยงานในสังกัด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 สำนัก กองและกลุ่มในส่วนกลางกรมสุขภาพจิต 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. สำนักความรู้สุขภาพจิต

กลุ่มที่ 2 สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 แห่ง

หน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต (สถาบันและโรงพยาบาล) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

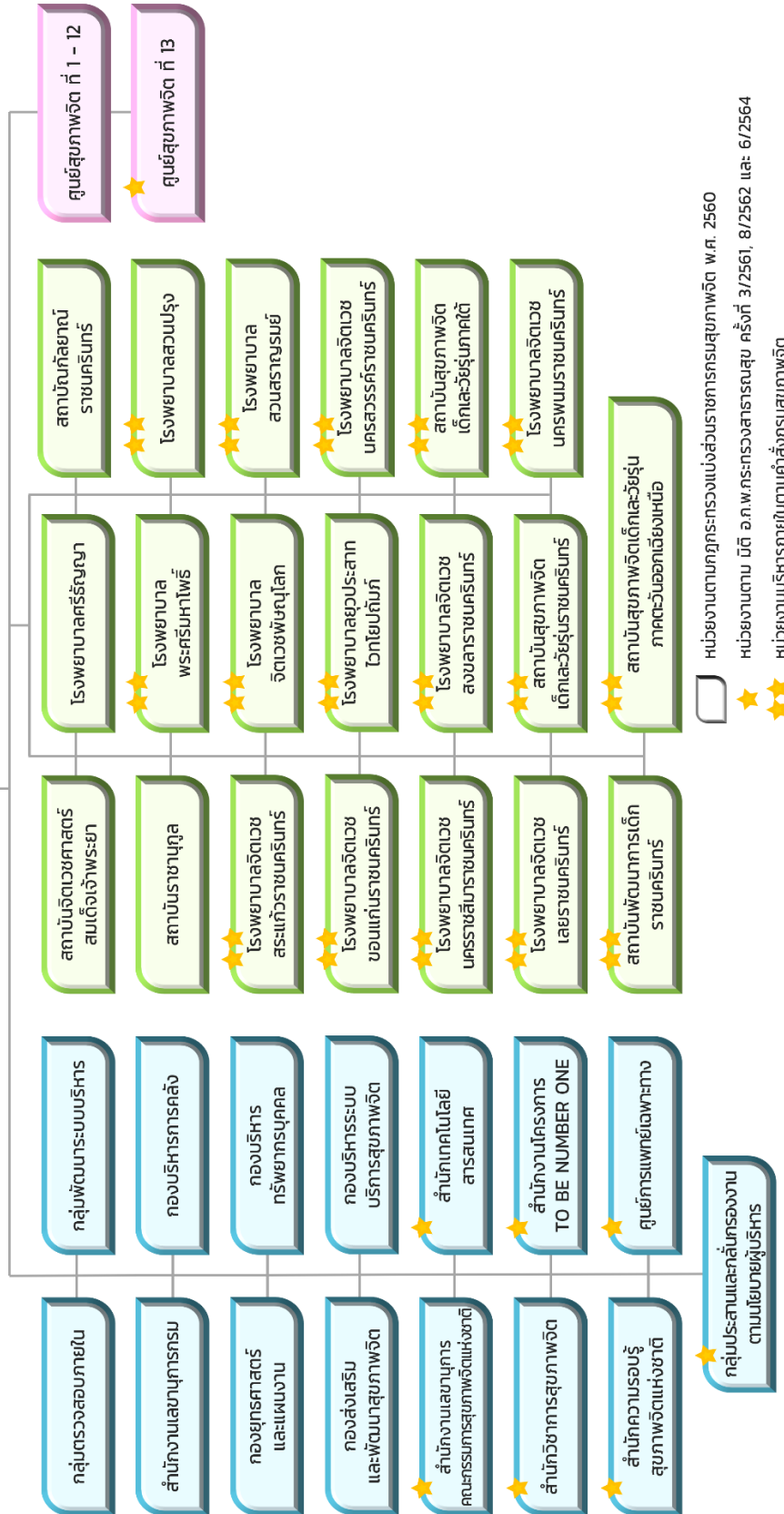
1. กลุ่มหน่วยบริการจิตเวชที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช Excellence/Innovative Unit (E/IU)
2. กลุ่มหน่วยบริการจิตเวชที่ให้บริการจิตเวชทั่วไป
3. กลุ่มหน่วยบริการจิตเวชที่ให้บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กลุ่มที่ 3 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13

1. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12
2. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรุงเทพมหานคร



กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health



หน่วยงานตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2560

★ หน่วยงานตาม นิตี อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2561, 8/2562 และ 6/2564

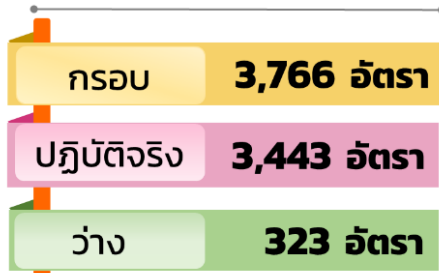
★★ หน่วยงานบริหารภายในตามคำสั่งกรมสุขภาพจิต



2. อัตรากำลังและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง

บุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 7,019 คน

ข้าราชการ



ข้าราชการที่เกษียณอายุ ปี 2567 - 2571

จำนวน **430 คน**

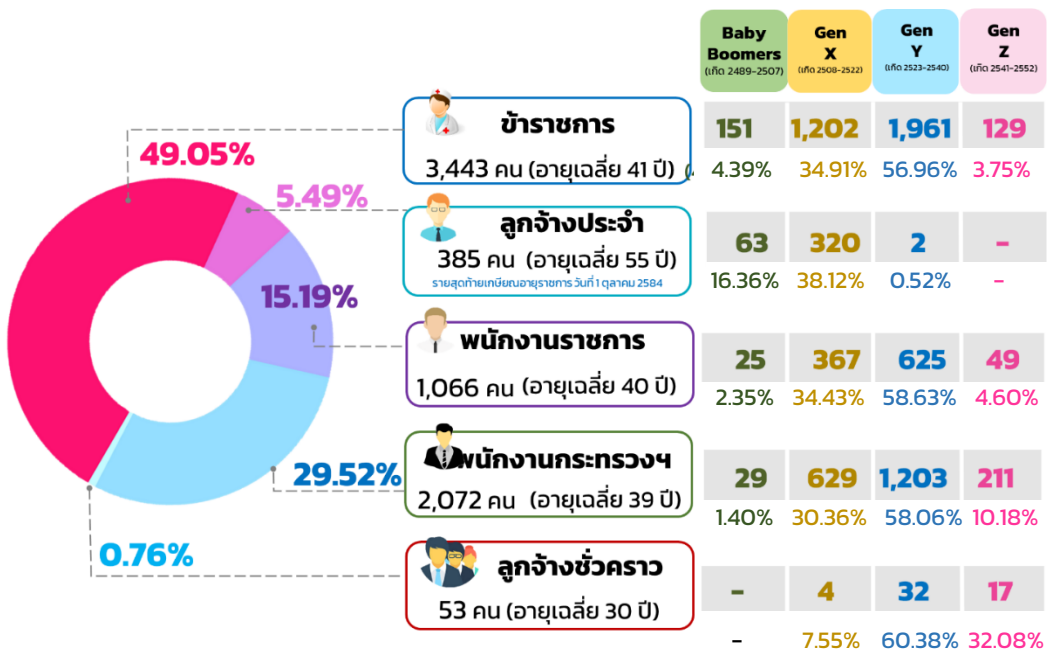


สายงานหลัก **340 คน**



สายงาน
อื่นๆ **90 คน**

Generation (คน)



(ที่มา : ข้อมูลจากระบบ DPIS, HROPS และข้อมูลอัตรากำลัง ณ 30 กันยายน 2567)



▶ สัดส่วนจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังเปรียบเทียบกับจำนวนปฏิบัติงานจริง

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังเปรียบเทียบกับจำนวนปฏิบัติงานจริง

ประเภท บุคลากร	กรอบอัตรากำลัง		จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริง*		ร้อยละของ ผู้ปฏิบัติงานจริง เปรียบเทียบกับ กรอบ อัตรากำลัง
	จำนวน (อัตรา)	ร้อยละ (จำนวน ตามกรอบ อัตรากำลัง)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (จำนวน ตามกรอบ อัตรากำลัง)	
ข้าราชการ	3,766	47.66	3,443	49.05	91.42
ลูกจ้างประจำ	385	4.87	385	5.49	100.00
พนักงานราชการ	1,198	15.16	1,066	15.19	88.98
พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	2,300	29.11	2,072	29.52	90.09
ลูกจ้างชั่วคราว	253	3.20	53	0.76	20.95
รวมทั้งสิ้น	7,902	100	7,019	100	88.83

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2567



▶ สัดส่วนจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในกรมสุขภาพจิตจำแนกตามประเภท ระดับตำแหน่ง

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในกรมสุขภาพจิตจำแนกตามประเภทระดับตำแหน่ง

ประเภท	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเภทบริหาร	ระดับสูง	1	0.03
	ระดับต้น	3	0.09
รวม		4	0.12
2. ประเภท อำนวยการ	ระดับสูง	13	0.38
	ระดับต้น	14	0.41
รวม		27	0.78
3. ประเภทวิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	7	0.20
	เชี่ยวชาญ	73	2.12
	ชำนาญการพิเศษ	346	10.05
	ชำนาญการ	1,423	41.33
	ปฏิบัติการ	1,284	37.29
รวม		3,133	91.00
4. ประเภททั่วไป	อาวุโส	8	0.23
	ชำนาญงาน	201	5.84
	ปฏิบัติงาน	70	2.03
รวม		279	8.10
รวมทั้งสิ้น		3,443	100

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2567



► โครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย

ตารางที่ 4 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย

ประเภทบุคลากร	สัดส่วนจำนวนบุคลากรแยกตามช่วงวัย (Generation)								รวม
	≤ 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	≥ 55	
ข้าราชการ	31	397	618	601	466	440	415	475	3,443
ลูกจ้างประจำ	-	-	-	-	2	30	107	246	385
พนักงานราชการ	18	142	173	163	186	161	123	100	1,066
พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	111	323	312	334	334	275	195	188	2,072
ลูกจ้างชั่วคราว	12	18	10	7	2	1	2	1	53
รวม	172	880	1,113	1,105	990	907	842	1,010	7,019
ร้อยละ	2.45	12.54	15.86	15.74	14.10	12.92	12.00	14.39	100

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2567



► โครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย (Generation)

ตารางที่ 5 แสดงโครงสร้างอายุและสัดส่วนจำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิตแยกตามช่วงวัย
(Generation)

ประเภทบุคลากร	สัดส่วนจำนวนบุคลากรแยกตามช่วงวัย (Generation)				รวม
	Baby Boomers (พ.ศ. 2849 - 2507)	Gen X (พ.ศ. 2508 - 2522)	Gen Y (พ.ศ. 2523 - 2540)	Gen Z (พ.ศ. 2541 - 2552)	
ข้าราชการ	151	1,202	1,961	129	3,443
ลูกจ้างประจำ	63	320	2	-	385
พนักงานราชการ	25	367	625	49	1,066
พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	29	629	1,203	211	2,072
ลูกจ้างชั่วคราว	-	4	32	17	53
รวม	268	2,522	3,823	406	7,019
ร้อยละ	3.82	35.93	54.47	5.78	100

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2567



▶ จำนวนกรอบอัตรากำลังข้าราชการและจำนวนข้าราชการที่ให้ให้บริการทางการแพทย์และวิชาการด้านสุขภาพจิต

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนกรอบอัตรากำลังข้าราชการและจำนวนข้าราชการที่ให้ให้บริการทางการแพทย์และวิชาการด้านสุขภาพจิต

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน กรอบ อัตรากำลัง ข้าราชการ	จำนวน ข้าราชการ ที่ปฏิบัติ งานจริง	ร้อยละของ จำนวน ข้าราชการ ที่ปฏิบัติงานจริง เปรียบเทียบกับกรอบ อัตรากำลัง
1	นายแพทย์	241	219	90.87
2	ทันตแพทย์	35	35	100.00
3	เภสัชกร	128	122	95.31
4	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	2,009/11	1,845/9	91.78
5	นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา	154/38	140/35	91.15
6	นักสังคมสงเคราะห์	90	85	94.44
7	นักวิชาการสาธารณสุข	209	189	90.43
8	นักวิชาการศึกษาพิเศษ/ นักวิชาการศึกษา	31	27	87.10
9	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	10	9	90.00
10	นักกิจกรรมบำบัด	48	45	93.75
11	นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	33/2	32/2	97.14
12	นักรังสีการแพทย์	11	10	90.91
13	นักกายภาพบำบัด	29	28	96.55
14	ตำแหน่งอื่นๆ *	687	611	88.94
รวมทั้งสิ้น		3,766	3,443	91.42

หมายเหตุ : * จำนวนอัตราที่มีผู้ถือครอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

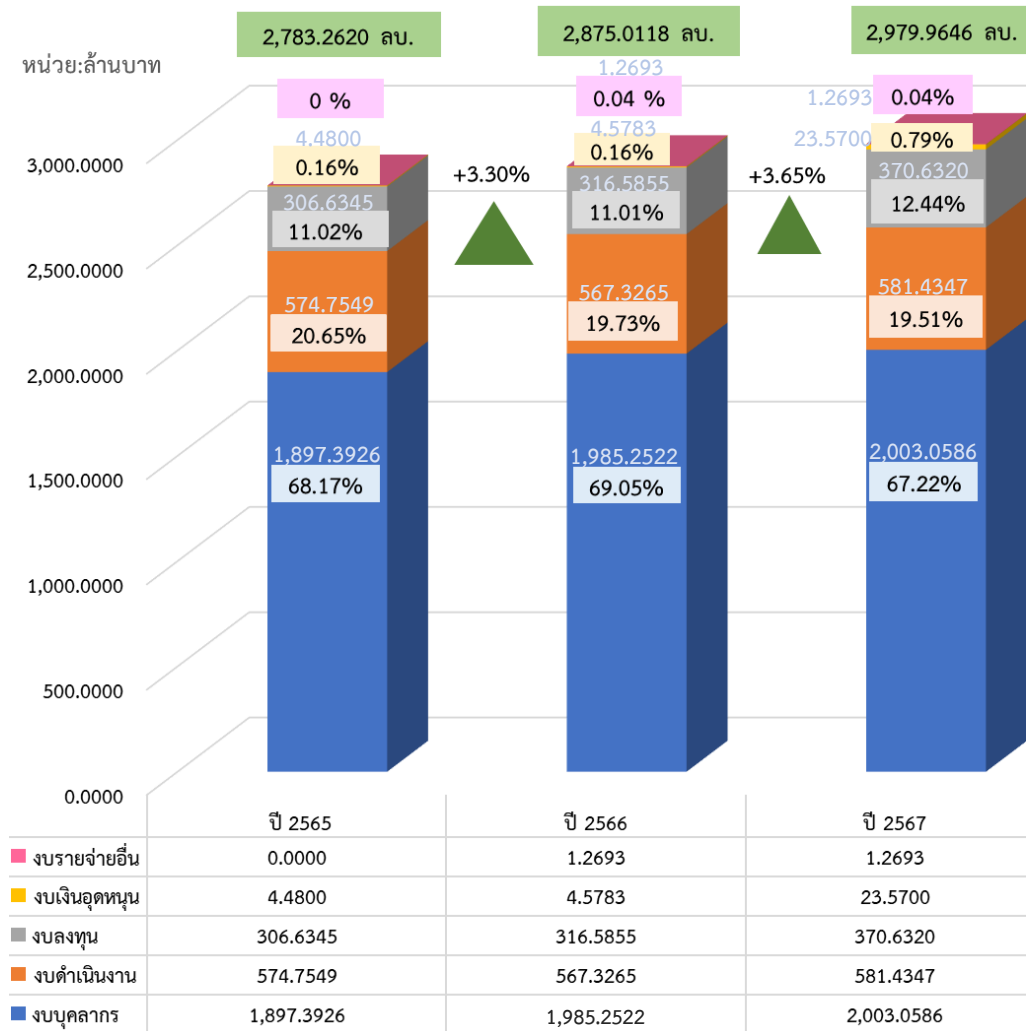
*ตำแหน่งอื่น ๆ คือ ตำแหน่งในสายงานอื่นที่ไม่ใช่สายงานหลักในสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น วิชาการ สติ นิติการ โฆษณาการ และ จัดการงานทั่วไป เป็นต้น จึงไม่ได้มีการจัดลำดับการนำเสนอในตาราง

3. จบบประมาณรายจ่ายประจำปี

▶ การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

ภาพที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

กรมสุขภาพจิต จำแนกตามหมวดรายจ่าย





การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 กรมสุขภาพจิต
จำแนกตามหมวดรายจ่าย 5 หมวด พบว่า

1. ภาพรวม งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567
ของกรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น โดยปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 91.7498 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 3.30 และในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 จำนวน 104.9528 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 3.65

2. งบบุคลากร ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้น โดยปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน
87.8596 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 4.63 และในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 จำนวน
17.8064 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.90

3. งบดำเนินงาน ในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 จำนวน -7.4284 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ
-1.29 ในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 จำนวน 14.1082 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.49

4. งบลงทุน ในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 9.9510 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 3.25 และในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 จำนวน 54.0465 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 17.07

5. งบเงินอุดหนุน ในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 0.0983 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 2.19 และในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 จำนวน 18.9917 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 414.82

6. งบรายจ่ายอื่น ในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 1.2693 ล้านบาท
คิดเป็นร้อยละ 0.04 และในปี 2567 คงที่เท่ากับปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 100



► การเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2567
ภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกำกับและองค์การมหาชน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2567 (หน่วย : ล้านบาท)

ลำดับ	หน่วยงาน	ปี 2566	สัดส่วน (ร้อยละ)	ปี 2567	สัดส่วน (ร้อยละ)	เพิ่ม/ลด จากปี
1	สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	↑ 116,292.3395	76.38	↓ 115,970.8009	70.13	-321.5386
2	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	↓ 13,140.9369	8.63	↑ 26,702.8063	16.15	13,561.8694
3	กรมการแพทย์	↑ 8,049.5519	5.29	↓ 7,604.1769	4.60	-445.3750
4	กรมควบคุมโรค	↓ 3,636.9301	2.39	↑ 3,756.5337	2.27	119.6036
5	กรมสุขภาพจิต	↓ 2,875.0118	1.89	↑ 2,979.9646	1.80	104.9528
6	สถาบันพระบรมราชชนก	↑ 2,289.4339	1.50	↓ 2,268.5562	1.37	-20.8777
7	กรมอนามัย	↑ 1,778.4989	1.17	↓ 1,735.4460	1.05	-43.0529
8	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	↓ 1,390.2533	0.91	↑ 1,486.3105	0.90	96.0572
9	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	↑ 1,282.0727	0.84	↓ 1,277.0329	0.77	-5.0398
10	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	↓ 898.0367	0.59	↑ 937.5387	0.57	39.5020
11	กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	↓ 301.1400	0.20	↑ 320.4778	0.19	19.3378
12	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ	↓ 167.7984	0.11	↑ 171.5153	0.10	3.7169
13	สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	↓ 67.7074	0.04	↑ 71.9357	0.04	4.2283
14	สถาบันวิจัยแห่งชาติ	↑ 43.5371	0.03	↓ 35.5469	0.02	-7.9902
15	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	↓ 37.3043	0.02	↑ 48.4143	0.03	11.1100
16	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)	↑ 13.3375	0.01	↓ 8.8915	0.01	-4.4460
รวมทั้งสิ้น		152,263.8904	100	165,375.9482	100	13,112.0578

ที่มา : เอกสารเปรียบเทียบ พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กับ พ.ร.บ.
งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ส่วนที่ 2

ผลการปฏิบัติราชการ ของกรมสุขภาพจิต

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



1. ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กรมสุขภาพจิต ได้ปฏิบัติราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 9 ตัวชี้วัด โดยมีผลคะแนนการปฏิบัติราชการภาพรวม อยู่ที่ 72.134 คะแนน ซึ่งเทียบกับเกณฑ์การประเมินระดับส่วนราชการแล้ว กรมสุขภาพจิต เป็นส่วนราชการที่อยู่ใน “ระดับมาตรฐานขั้นต้น”

ตารางที่ 8 แสดงผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน ณ 30 ก.ย. 67	คะแนน ที่ได้	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
		ขั้นต้น (50)	ขั้นมาตรฐาน (75)	ขั้นสูง (100)			
องค์ประกอบที่ 1 การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน (Performance Base)							
1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDAI หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	20	38	40	41	38.60	57.5	11.5
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพด้วยระบบดิจิทัล (Retention Rate)	20	62	65	68	64.75	72.92	14.584
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)	10	50	55	60	70.75	100	10
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับเป็นซ้ำ	10	97	98	99	97.42	60.5	6.05



ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน ณ 30 ก.ย. 67	คะแนน ที่ได้	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
		ขั้นต้น (50)	ขั้นมาตรฐาน (75)	ขั้นสูง (100)			
5. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	10	78	80	82	92.15	100	10
องค์ประกอบที่ 2 การประเมินศักยภาพในการดำเนินงาน (Potential Base)							
6. ร้อยละของชุดข้อมูลเปิดที่เป็นไปตามมาตรฐานในระบบบัญชีข้อมูลภาครัฐ (GD Catalog)	10	50	75	100	100	100	10
7. ระดับความพร้อมรัฐบาลดิจิทัลหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทย	5	3	4	5	N/A	N/A	N/A
8. คะแนนความพร้อมรัฐบาลดิจิทัลหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทย	5	47.74	57.74	62.74	N/A	N/A	N/A
9. คะแนนการประเมินสถานะของหน่วยงานในการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA)	10	445	451.79	458.57	468.24	100	10
คะแนนรวม						72.134	
สรุปผลการประเมินระดับส่วนราชการ						ระดับมาตรฐานขั้นต้น	

* คะแนนการประเมินตนเอง ตามรายงานผลในระบบ e - SAR ของสำนักงาน ก.พ.ร. ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2567

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)

กรมสุขภาพจิต ได้ปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับกระทรวง (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 5 ตัวชี้วัด ซึ่งผลการปฏิบัติราชการ เป็นไปตามเป้าหมายจำนวน 2 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 40 และไม่เป็นไปตามเป้าหมายจำนวน 3 ตัวชี้วัด

ตารางที่ 9 แสดงผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	การบรรลุความสำเร็จ
1	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเขตสุขภาพที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพด้วยระบบดิจิทัล (Retention Rate)	ร้อยละ 68	ร้อยละ 64.75	✗
2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุกเลา (Remission)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70.75	✓
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 99	ร้อยละ 97.42	✗
4	ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ 82	ร้อยละ 92.15	✓
5	ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 41	ร้อยละ 38.60	✗



3. ผลการปฏิบัติราชการที่สำคัญภายใต้แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของกรมสุขภาพจิต

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี และยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาดเศรษฐกิจสุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง ดังนี้

► ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

1. โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

หลักการและเหตุผล

ด้วยสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในสังคมไทยและสายพระเนตรอันกว้างไกลของทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ที่จะช่วยให้เยาวชนห่างไกลจากยาเสพติดและปัญหาสังคมอื่น ๆ ทั้งนี้ เพราะปัญหายาเสพติด เป็นสาเหตุเชื่อมโยงให้เกิดปัญหาอื่นในสังคม กอปรทั้งทรงมีความเข้าใจในธรรมชาติ และเชื่อมั่นในพลังของเยาวชนที่จะกำหนดอนาคตของตนเอง จึงทรงพระกรุณาธิคุณรับเป็นองค์ประธานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยทรงมอบหมายให้กรมสุขภาพจิต ทำหน้าที่เลขานุการโครงการดำเนินงานภายใต้สโลแกน “เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” โดยกิจกรรมในโครงการมุ่งเน้นการเรียนรู้ลักษณะ Play and Learn ร่วมกับการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่นทั่วประเทศกับองค์ความรู้สุขภาพจิต

ภาพที่ 13 ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี เสด็จเป็นองค์ประธานโครงการ TO BE NUMBER ONE ครั้งที่ 21



ภาพที่ 14 การประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE IDOL รุ่นที่ 14





วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างกระแส “การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อขยายบริการและกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้ครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน
3. เพื่อจัดบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิก “ใครติดยากมีขึ้น” ตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE

4. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชนวัยรุ่นในการดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองชุมชนสังคมและประเทศชาติ

5. เพื่อสนับสนุนและเพิ่มโอกาสให้ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในการกลับตัวเป็นคนดีของสังคม
6. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันปัญหาเสพติดในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่นสำหรับเครือข่าย
7. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

เป้าหมาย

วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 6 - 24 ปี กลุ่มวัยทำงานผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และประชาชนทั่วไป ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการประกวด/กิจกรรมสร้างสรรค์ในโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับภาค/ระดับประเทศ ไม่น้อยกว่า 120,000 คน

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. จำนวนผู้มารับบริการศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 7
2. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมการประกวด/กิจกรรมสร้างสรรค์ในโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับภาค/ระดับประเทศ เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 1
3. จำนวนชมรม/ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ที่องค์ประธานโครงการทรงติดตามผลการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อยปีละ 15 แห่ง
4. ร้อยละ 90 ของจังหวัด อำเภอ และชมรม TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดีเด่น มีการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในระดับที่สูงขึ้น ตามเกณฑ์มาตรฐานต้นแบบ
- 2) ร้อยละ 95 ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ และทักษะในการป้องกันการติดสารเสพติด (มีภูมิคุ้มกันทางจิต)

ภาพที่ 15 รายการ “TO BE NUMBER ONE VARIETY”

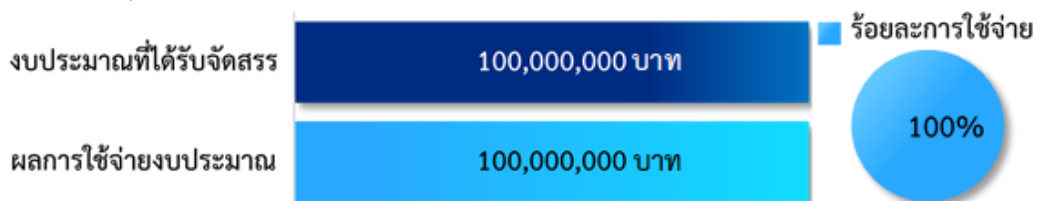


ภาพที่ 16 ค่ายพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE “สู่ความเป็นหนึ่ง” รุ่นที่ 30





1. มีผู้มารับบริการศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในห้างสรรพสินค้า 4 แห่ง จำนวน 46,733 คน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 12,291 คน คิดเป็นร้อยละ 26.30
2. มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมการประกวด/กิจกรรมสร้างสรรค์ในโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับภาค/ระดับประเทศ จำนวน 135,160 คน เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 11.21
3. องค์ประธานโครงการทรงติดตามผลการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 17 แห่ง/17 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 100
4. อำเภอ และชมรม TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดีเด่น จำนวน 544 แห่ง และจังหวัด อำเภอ ชมรม TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์มาตรฐานต้นแบบ จำนวน 499 แห่ง
5. ร้อยละ 97.96 ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการ TO BE NUMBER ONE มีความรู้ และทักษะในการป้องกันการติดสารเสพติด (มีภูมิคุ้มกันทางจิต) (ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1,250 ชุด จากจำนวน 1,276 ชุด)
6. ผลิตภัณฑ์ความรู้โครงการ TO BE NUMBER ONE จำนวน 9 เรื่อง
 - 1) คู่มือ เพราะการกลั่นแกล้งไม่ใช่เรื่องล้อเล่น Stop Bullying
 - 2) คู่มือ รู้เท่าทัน Hate Speech สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ
 - 3) คู่มือ ดีต่อใจ เสริมสร้างพลังใจ อึด อีต สู้ สำหรับวัยรุ่น ฉบับปรับปรุง ปี 2567
 - 4) คู่มือ Self Esteem เรื่องง่าย ๆ สร้างได้ด้วยตัวเรา ฉบับปรับปรุง ปี 2567
 - 5) คู่มือ รับผิดชอบอย่างไรให้ใจเป็นสุข ฉบับปรับปรุง ปี 2567
 - 6) คู่มือ Happiness สุขนี้สร้างได้ ฉบับปรับปรุง ปี 2567
 - 7) คู่มือ เพราะการกลั่นแกล้งไม่ใช่เรื่องล้อเล่น Stop Bullying ฉบับปรับปรุง ปี 2567
 - 8) คู่มือ รู้เท่าทัน Hate Speech สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ฉบับปรับปรุง ปี 2567
 - 9) คู่มือการดำเนินงานและการประกวดกิจกรรมโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุกระดับมหิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุงปี 2567



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 ถึง 15 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค : -

ข้อเสนอแนะ : -

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

2. โครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตได้ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ภายใต้แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ยุทธศาสตร์ ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีระดับความรู้ มาก-มากที่สุดเพิ่มขึ้น ปี 2566 จากร้อยละ 63.71 เป็นร้อยละ 80 ในปี 2570 ภายใต้ 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยศูนย์สุขภาพจิตและหน่วยบริการจิตเวชทั้ง 33 แห่ง 2) พัฒนาระบบการสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนความรู้สุขภาพจิตในการพัฒนาองค์ความรู้ 3) ระบบประเมินความรู้สุขภาพจิต 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมความรู้สุขภาพจิต และ 5) ประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถดูแลตัวเองและคนรอบข้าง พร้อมเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งหวังให้คนไทยในอนาคตมีความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยทั้ง ประชาชนกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
2. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านความรู้สุขภาพจิต

เป้าหมาย

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย, ครู, เด็กวัยเรียน-วัยรุ่น, วัยทำงาน, ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลเด็กออทิสติก และสมาธิสั้น, ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด, ผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล และประชาชนในภาวะวิกฤต

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

ประชาชนในภาวะวิกฤต : จำนวน 146,342 คน ทั้ง 13 เขตสุขภาพ ได้รับการส่งเสริมความรู้สุขภาพจิต ตามเป้าหมายที่กำหนด

ภาพที่ 17 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ
เครือข่ายเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต
และแลกเปลี่ยนเรียนรู้



ภาพที่ 18 Good Practice ในการส่งเสริม
ความรู้สุขภาพจิต จากเครือข่าย
(30 เรื่อง)





1. ผู้รับผิดชอบงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตใน 13 เขตสุขภาพ ครบทั้ง 33 หน่วยงาน (หน่วยบริการจิตเวช/ศูนย์สุขภาพจิต)

2. ร้อยละ 214 ของประชาชนได้รับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต ซึ่งมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ จำนวน 312,525 คน จากเป้าหมาย จำนวน 146,342 คน

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนา

1) จัดทำ MHL web-based survey สำหรับใช้ในการประเมินความรอบรู้สุขภาพจิต “ฉลาดรู้ใจ Chaladroojai” <https://chaladroojai.dmh.go.th>

2) คู่มือแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

3) สื่อเทคโนโลยีเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต 8 เรื่อง

4) Good Practice ในการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต จากเครือข่ายศูนย์สุขภาพจิต หน่วยบริการจิตเวช

5) ได้ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ภาพที่ 19 Good Practice
ฉลาดรู้ใจ



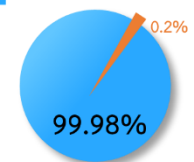
งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

3,550,120 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

3,549,530 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลกระทบต่อการวางแผนขับเคลื่อน ในระดับพื้นที่ ทำให้บางกิจกรรมในโครงการของจังหวัด/เขตสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างความเข้าใจและความตระหนักในเรื่องสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต และความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตให้กับหน่วยงาน องค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อช่วยให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

2. บูรณาาร่วมกับโครงการ และกิจกรรมอื่น ๆ

3. วางแผนและปรับแผนตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต

3. โครงการพัฒนาระบบบริการสื่อสารสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ที่ผ่านมาประเทศไทยเกิดสาธารณภัยและวิกฤตความรุนแรงทางสังคมต่าง ๆ ที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอุทกภัย ดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหว สารเคมีและวัตถุอันตราย ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง รวมถึงจากมนุษย์ เช่น การก่อจลาจล การประท้วงทางการเมือง ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เหตุการณ์ความรุนแรงในจังหวัดนครราชสีมาและหนองบัวลำภู ความรุนแรงในโรงเรียนหรือสถานศึกษา เหตุการณ์ความไม่สงบในประเทศอิสราเอล และภาวะฉุกเฉินด้านอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นวงกว้าง ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของประเทศ และปัญหาสุขภาพจิต เกิดบาดแผลทางใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยสามารถผ่านวิกฤตเหล่านั้นมาได้เป็นอย่างดี เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกระดับและเครือข่ายต่าง ๆ ในการหยิบยื่นความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยการให้ก้าวผ่านเหตุการณ์ร้ายแรงไปด้วยดี ประกอบกับการสื่อสารปัจจุบันมีความรวดเร็วและไหลพรมแดน ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่สู่ประชาชนความถูกต้องไม่ใช่ Anti Fake News สำนักความรู้สุขภาพจิต จึงได้พัฒนาเครือข่าย เพื่อการสื่อสารสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี 2566 และได้มีหน่วยงานพื้นที่ระดับจังหวัด และอำเภอของกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย ท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม และสื่อท้องถิ่น ร่วมเป็นเครือข่ายกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และเกิดกลไกการสื่อสารเพื่อลดวิกฤตสุขภาพจิต สำนักความรู้สุขภาพจิต จึงได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาคีเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพจิต : Mental Influence Team (ทีม MIT) เพื่อพัฒนาทักษะในการสร้างข่าวดีและสื่อสารในสถานการณ์วิกฤตในระดับพื้นที่เพื่อลดปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต และเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจากการสื่อสารมวลชนที่เชื่อถือได้และเป็นปัจจุบัน รวมทั้งส่งผลให้เกิดกลไกการพัฒนาเครือข่ายที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อมีภาคีเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพจิตในระดับพื้นที่
2. เพื่อพัฒนาทักษะในการสรรหา และคัดเลือก รวมไปถึงการสร้างสรรค์สื่อเพื่อการสื่อสารและส่งเสริมสุขภาพจิต
3. เพื่อเพิ่มทักษะในการสื่อสารในสถานการณ์วิกฤตในระดับพื้นที่เพื่อลดปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต

ภาพที่ 20 การมอบนโยบายการสื่อสารสุขภาพจิต





เป้าหมาย

โรงพยาบาล, ศูนย์เขตสุขภาพ, ประชาสัมพันธ์จังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท.), นักข่าว และนักสื่อสารมวลชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 130 คน จาก 13 เขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

จำนวนเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพจิตเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต ไม่น้อยกว่า 130 คน

ผลการดำเนินงาน

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการนักสื่อสารสุขภาพจิตเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต และเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจัดกิจกรรมนักสื่อสารสร้างสุขเขตสุขภาพที่ 10
2. มีเครือข่ายจากโรงพยาบาล, ศูนย์เขตสุขภาพ, ประชาสัมพันธ์จังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท.), นักข่าว และนักสื่อสารมวลชนท้องถิ่น สื่อสารมวลชนท้องถิ่น จำนวน 183 ราย
3. เผยแพร่ข่าวสารการอบรม จำนวน 215 ชิ้นข่าว
4. แผนการสื่อสารสุขภาพจิต จำนวน 30 เรื่อง

ภาพที่ 21 ซีเจงวัตอุปสงค์การพัฒนาคือข่าย



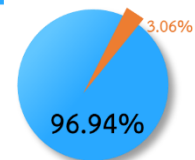
งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

2,454,880 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

2,379,775 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย



ภาพที่ 22 ศึกษาดูงานบริการสุขภาพจิต



ระยะเวลาดำเนินการ :

1 ตุลาคม 2566 ถึง 15 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค :

ข้อเสนอแนะ : ควรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ :

สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต

4. โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า

หลักการและเหตุผล

ปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนไปสู่ประเทศไทย 4.0 คือ การเตรียมคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญของทุกภาคส่วนในประเทศไทย รวมทั้งภาคสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยเฉพาะในวัยเด็กเพื่อการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้น เด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญและติดตามสถานการณ์ด้านพัฒนาการของเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมมือกับกรมอนามัย สถาบันการศึกษา และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานด้านเด็ก เพื่อบูรณาการงานร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบในการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงและเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ภายใต้โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง (ทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจน ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม, ทารกคลอดมีชีพในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี, เด็กที่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดู) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ส่งเสริมพัฒนาการและดูแลต่อเนื่อง
2. เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องจนมีพัฒนาการสมวัย
3. เพื่อให้หน่วยบริการ รพช./ศบส./รพท./รพศ. มีระบบดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีคุณภาพตามแนวทางที่กำหนด
4. เพื่อให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม
5. เพื่อให้เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวทางที่กำหนด

ภาพที่ 23 พัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักในการดำเนินงานเด็กปฐมวัย



ภาพที่ 24 รณรงค์สื่อสารสร้างความตระหนักในการเลี้ยงดูเด็ก





เป้าหมาย

เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า, เด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม, พ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก และหน่วยบริการเครือข่าย รพช./ศบส./รพท./รพศ.

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 96 ของเครือข่าย มีระบบดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าตามแนวทางที่กำหนด
2. ร้อยละ 95 ของเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) กลุ่มเสี่ยงฯ ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัย
3. ร้อยละ 15 ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
4. ร้อยละ 72 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
5. ร้อยละ 35 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 98.25 ของเครือข่ายมีระบบดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าตามแนวทางที่กำหนด (เขตสุขภาพที่ 1 - 13 จำนวน 955 คน จาก 972 คน) โดยมีการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ร้อยละ 98.12 (จำนวน 886 แห่ง จาก 903 แห่ง และเขตสุขภาพที่ 13 ร้อยละ 100 (จำนวน 69 แห่ง จาก 69 แห่ง)
2. ร้อยละ 98.84 ของเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงฯ ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัย (เขตสุขภาพที่ 1 - 12 : จำนวน 86,052 คน จาก 87,066 คน)
3. ร้อยละ 115.11 ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (เขตสุขภาพที่ 1 - 13 : จำนวน 108,248 คน จาก 94,041 คน ใช้ค่าความชุกเท่ากับ ร้อยละ 4.2)
4. ร้อยละ 48.39 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (เขตสุขภาพที่ 1 - 13 จำนวน 4,382 คน จาก 9,055 คน) โดยมีการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ร้อยละ 65.01 (จำนวน 2,863 คน จาก 4,404 คน), และเขตสุขภาพที่ 13 ร้อยละ 32.66 (จำนวน 1,519 คน จาก 4,651 คน)
5. ร้อยละ 52.11 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (เขตสุขภาพที่ 1 - 13 จำนวน 1,136 คน จาก 2,180 คน) โดยมีการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ร้อยละ 38.60 (จำนวน 567 คน จาก จำนวน 1,469 คน), และเขตสุขภาพที่ 13 ร้อยละ 80.03 (จำนวน 569 คน จาก 711 คน)



งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

4,200,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

4,200,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 ถึง 15 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. เนื่องจากตัวชี้วัด “ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” เป็นตัวชี้วัดใหม่และมีรายละเอียดของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานเป็นจำนวนมากและเกี่ยวข้องกับหลายวิชาชีพจึงต้องใช้เวลาในการจัดการข้อมูลเพื่อให้มีความสมบูรณ์ที่สุด
2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ของเขตสุขภาพที่ 1-13 ในรอบ 12 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 115.11 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายรอบ 12 เดือน = ร้อยละ 15) เนื่องจากประชากรเป้าหมาย (ตัวหาร) คำนวณโดยใช้ค่าความชุก ร้อยละ 4.2 (ผลจากการสำรวจ IQ ปี 2564 พบว่ามีเด็กที่ IQ ต่ำกว่า 70 อยู่ที่ร้อยละ 4.2) ซึ่งยังไม่ใช้ค่าความชุกตาม WHO (อยู่ที่ร้อยละ 10-20)
3. การดำเนินกิจกรรม/โครงการบางส่วนล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายติดภารกิจ และหรือผู้รับผิดชอบกิจกรรม/โครงการติดภารกิจสำคัญเร่งด่วน จึงจำเป็นต้องเลื่อนการจัดกิจกรรม/โครงการออกไป

ข้อเสนอแนะ

1. ตรวจสอบข้อมูลตัวชี้วัด “ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” ที่นำขึ้นรายงานในระบบ HDC เป็นระยะ หากพบปัญหา/ข้อมูลไม่ถูกต้องประสานงานกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขปัญหา/ข้อมูลให้ถูกต้อง
2. ทบทวนข้อมูลทางวิชาการเพื่อปรับค่าความชุกของ **ภาพที่ 25** ประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเชื่อมโยงงานอนามัยแม่และเด็ก
เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่จะนำมาใช้ในการคำนวณผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน” ในปี 2568 ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
3. เร่งรัดการดำเนินงานในกิจกรรม/โครงการที่ล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้ โดยให้มีการกำหนดวันดำเนินการอย่างชัดเจน



หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันราชานุกูล



5. โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล

หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิต ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การดูแลเด็กและเยาวชนไทยมีปัญหา อารมณ์ดี เป็นเยาวชนที่มีคุณภาพของสังคม โดยกำหนดเป้าหมายให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ และส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันทางสุขภาพจิตของตนเอง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล ผ่านโปรแกรม School Health HERO ในการเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน โดยบุคลากรสถานศึกษาเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการสาธารณสุข สามารถส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง มีคุณภาพ จากผลการดำเนินงานการใช้งานระบบ School Health HERO ที่ผ่านมา พบว่า ในปีการศึกษา 2565 มีนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้รับการประเมินจากครูด้วยเครื่องมือสังเกตอาการ 9S Plus จำนวน 920,673 คน และผลการประเมินพบนักเรียนกลุ่มเสี่ยงปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ที่ต้องได้รับการดูแลจำนวน 60,911 คน (ร้อยละ 21) โดยนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นจำนวน 19,587 คน (ร้อยละ 73.41) ซึ่งหากแยกตามประเด็นปัญหา พบว่า เป็นกลุ่มสมาธิสั้น จำนวน 33,859 (ร้อยละ 56) ซึมเศร้า วิตกกังวล จำนวน 19,490 (ร้อยละ 32) และกลั่นแกล้งรังแก จำนวน 7,562 (ร้อยละ 12) จากข้อมูลดังกล่าวมีนักเรียนกลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลหรือส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาอยู่ ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือหลังพบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงอาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และสังคมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทุกคนได้ จำเป็นต้องเพิ่มทักษะสำคัญเพื่อดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเฉพาะรายได้อย่างตรงประเด็นมากขึ้น จึงได้จัดโครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล โดยมุ่งเน้นที่จะดูแลสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และสังคม ผ่านระบบ School Health HERO ให้เด็กและเยาวชนไทยมีความสุขที่ดี และเป็นประชาชนที่มีคุณภาพ เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

ภาพที่ 26 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรหลัก (TOT) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเป็นที่ปรึกษา ด้านสุขภาพจิต HERO Consultant



ภาพที่ 27 กิจกรรมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ด้วยระบบ School Health HERO





1. เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายให้มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือเด็กและเยาวชนไทยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม
3. เพื่อสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคมของนักเรียนในสถานศึกษาให้ดีขึ้นด้วยความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรการศึกษาผ่านฐานข้อมูล School Health HERO

เป้าหมาย

1. นักเรียนในวัยเรียนและวัยรุ่น ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) 20,000 คน
2. บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นในหน่วยบริการสาธารณสุข 80 คน ประกอบด้วย
 - 1) ศูนย์สุขภาพจิตทั้ง 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร
 - 2) สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร
 - 3) รพศ. รพท. รพช. และ รพ. นอกสังกัดสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 15 ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 61.47 ของวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO (จำนวน 19,962 คน จาก 32,472 คน)
2. ร้อยละ 66.21 ของการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant จากจำนวนคำขอการปรึกษาจากครูบนระบบ School Health HERO ในเขตสุขภาพ
3. ร้อยละ 67.20 ของการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant จากจำนวนคำขอการปรึกษาจากครูบนระบบ School Health HERO

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

3,700,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

3,700,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 ถึง 15 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. หน่วยงานภาคีเครือข่ายการศึกษา ยังไม่มีการกำหนดเป็นนโยบายชัดเจน เป็นสมัครงใจของสถานศึกษาที่ใช้งานระบบ ทำให้การขับเคลื่อนงานในพื้นที่ไม่ชัดเจน และไม่เป็นรูปธรรม
2. ข้อจำกัดทางเทคนิคของระบบและการเชื่อมข้อมูล DMC ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ทำให้การประเมินนักเรียน ในโปรแกรม School Health HERO ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
3. ผู้ใช้งานระบบไม่เข้าใจขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงาน
4. การปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อประเมินในระบบฯ ที่ไม่เป็นไปตามแนวทางและระยะเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งผลักดันงานในระดับนโยบายระหว่างกรมสุขภาพจิตและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)
2. พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม School Health HERO อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ใช้งานได้ง่าย และเข้าถึงผู้ใช้งานได้มากขึ้น
3. พัฒนาข้อมูลในระบบ Dashboard ให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เขตสุขภาพ และภาคีเครือข่ายใช้ติดตาม และขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาระบบ HERO Consultant บนโปรแกรม School Health HERO ให้สะดวกต่อการใช้งาน เพื่อให้ครูสามารถขอรับการปรึกษาในการดูแลช่วยเหลือ นักเรียนจาก HERO Consultant

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



6. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิต ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นร่วมกัน เพื่อใช้ “โรงเรียนและชุมชนเป็นฐาน” ในการพัฒนาระบบ การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในชุมชน เชื่อมโยงสู่ระบบบริการจิตเวชเด็กและ วัยรุ่นที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โดยใช้โมเดล Triple-P สำหรับเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน โมเดล School Health HERO สำหรับเด็กวัยเรียนในโรงเรียน และโมเดลจิตแพทย์พี่เลี้ยงหรือคาราวานจิตเวชเด็กที่ปรับให้เข้ากับ “ภูมิสังคม” ของท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นสินทรัพย์ (Asset) ที่มีคุณค่าของชุมชน สังคมและประเทศ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 21 แห่งทั่วประเทศ ได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมและ ดูแลสุขภาพประชาชนในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชโบาย ให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ขยายการดำเนินงานเป็น “การดูแลสุขภาพชุมชน” สอดคล้องกับ การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องดำเนินการตั้งแต่ชุมชน ก่อนเข้าถึงโรงพยาบาล เพื่อเป็น ต้นแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นครบวงจรต่อเนื่อง ตั้งแต่ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาลในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และพัฒนาศักยภาพเด็ก และเยาวชนในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดารให้มีสุขภาพจิตดี รวมถึงพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร สาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพเด็กและวัยรุ่นครบวงจรให้ สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้ขยายการดำเนินงานเพิ่มอีก 9 พื้นที่ ให้ครอบคลุมทั้ง 21 แห่งทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฉลิมพระเกียรติด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567
2. เพื่อสนองพระบรมราโชบาย ที่ทรงห่วงราชฎร ประชาชนที่ห่างไกลในถิ่นทุรกันดาร โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนาต้นแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ครบวงจรต่อเนื่องตั้งแต่ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดารให้มีสุขภาพจิตดี เป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าของสังคม
5. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ เพื่อขับเคลื่อน การดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นครบวงจร



เป้าหมาย

1. เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ใน 9 อำเภอ อำเภอละ 240 คน รวม 2,160 คน
2. พ่อแม่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 2-6 ปี 9 อำเภอ อำเภอละ 240 คน รวม 2,160 คน
3. เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ใน 9 อำเภอ อำเภอละ 1,000 คน รวม 9,000 คน
4. ครูชั้นประถมศึกษาใน 9 อำเภอ อำเภอละ 200 คน รวม 1,800 คน
5. พื้นที่ดำเนินโครงการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดังนี้

โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รพศ. รพช. รพท. ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 9 แห่ง ได้แก่ รพร.เด่นชัย จังหวัดแพร่, รพร.นครไทย จังหวัดพิษณุโลก, รพร.หล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์, รพร.กระนวน จังหวัดขอนแก่น, รพร.ภูนิารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์, รพร.ธาตุพนม จังหวัดนครพนม, รพร.สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร, รพร.บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี, รพร.เวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 80 ของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
2. ร้อยละ 80 เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ดี

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 85.27 ของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (จำนวน 4,407 คน จากจำนวน 5,168 คน)
2. ร้อยละ 90.40 เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ดี (จำนวน 4,672 คน จากจำนวน 5,168 คน)
3. ร้อยละ 52.65 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มีทักษะสังคมผ่านเกณฑ์ โดยไม่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (จำนวน 3,128 คน จากจำนวน 5,941 คน)
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 115.88 และโรคออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.60
5. พัฒนาศมรรถนะครูชั้นประถมและมัธยมในการปรับพฤติกรรมและการให้คำปรึกษาด้วยโปรแกรม Safe B-MOD ใน 9 พื้นที่ ครูชั้นประถมเข้าร่วมอบรมจำนวน 864 คน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมอบรมจำนวน 983 คน
6. เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาและการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Triple P (4 ครั้ง) ใน 9 พื้นที่ ผู้เข้าร่วมจำนวน 2,378 คน
7. เด็กที่เข้าร่วมกิจกรรมการาวานจิตแพทย์ จำนวน 953 คน โดยได้รับการวินิจฉัย ASD จำนวน 70 คน วินิจฉัย ADHD จำนวน 140 คน และอื่น ๆ จำนวน 332 คน (พัฒนาการล่าช้าในเด็ก GDD จำนวน 93 คน/บกพร่องทางสติปัญญา ID จำนวน 89 คน/การเรียนรู้บกพร่อง LD จำนวน 108 คน/ซึมเศร้า จำนวน 257 คน)



งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

4,700,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

4,700,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. ความพร้อมและศักยภาพของพื้นที่แตกต่างกัน เช่น บุคลากรน้อย แต่ต้องขับเคลื่อนตามเป้าหมายเดียวกันกับพื้นที่ที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า
2. การบริหารโครงการค่อนข้างยากส่งผลให้กระบวนการอาจไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
3. เนื่องจากระยะเวลาเริ่มโครงการอยู่ในช่วงปลายปีงบประมาณทำให้พื้นที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด อาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมและศักยภาพของการปฏิบัติงานของหน่วยวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ : -

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ภาพที่ 28 กิจกรรมเด็กปฐมวัย Triple - P



ภาพที่ 29 กิจกรรมคาราวานจิตแพทย์



ภาพที่ 30 กิจกรรมเด็กวัยเรียน พัฒนาศักยภาพครูในการปรับพฤติกรรม และให้การปรึกษา SAFE B-MOD





7. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในพื้นที่โครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ในพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

หลักการและเหตุผล

ตามทีสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีพระราชดำริให้ดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารมาตั้งแต่ปี 2523 เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งมีโอกาสดูแลเรียนในระดับที่สูงขึ้น เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน และสังคม ปัจจุบันมีสถานศึกษากว่า 870 แห่ง ซึ่งมีชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่ผู้ปกครองยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูดูแลเด็ก ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเรียนและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ในปี 2565 สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีมีพระราชกระแสให้สำนักงานโครงการส่วนพระองค์ ร่วมกับกรมสุขภาพจิตจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ห่างไกลขึ้น โดยมีครอบครัวเด็กปฐมวัยในพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมโครงการแล้ว 4,152 ครอบครัว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตและหน่วยร่วมดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย 142 แห่ง และมีครอบครัวเด็กปฐมวัยในพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมโครงการ 3,042 ครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่โครงการ ผ่านการพัฒนาพ่อแม่ผู้ปกครองให้มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม มีคุณภาพ
2. เพื่อปรับแบบแผนพฤติกรรมและการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองให้เกิดการเลี้ยงดูเชิงบวก
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ครูในโรงเรียนอนุบาล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้เป็นโค้ช/ผู้นำกลุ่มกระบวนการกลุ่มกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ผ่านการพัฒนาพ่อแม่ผู้ปกครอง

เป้าหมาย

1. ครอบครัวเด็กปฐมวัยอายุ 2-6 ปี ใน 142 พื้นที่ ๆ ละ 30 ครอบครัว จำนวน 4,260 ครอบครัว
2. ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือชั้นเรียนอนุบาลในพื้นที่เป้าหมายดำเนินงาน 284 คน
3. บุคลากรสาธารณสุขงานปฐมวัยใน รพ.สต./รพช./รพท./รพศ./สสอ/สสจ. ในพื้นที่ 291 คน

ภาพที่ 31 กิจกรรมกลุ่ม The Thai Triple-P



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 80 ของเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
2. ร้อยละ 90 พ่อแม่ ผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ผ่านเกณฑ์



ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 96.86 ของเด็กได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ (จำนวน 2,465 คน จากจำนวน 2,545 คน)
2. ร้อยละ 87.78 ของเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้น (จำนวน 2,234 คน จากจำนวน 2,545 คน)
3. ร้อยละ 78.66 ของพ่อแม่ ผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ผ่านเกณฑ์ (จำนวน 2,002 คน จากจำนวน 2,545 คน)
4. เด็กและผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรม The Thai Triple-P 3,042 ครอบครัว สามารถติดตามผลลัพธ์ได้จำนวน 2,545 ครอบครัว ผลพบว่า ร้อยละ 59.92 ของเด็กมีพัฒนาการสมวัยหลังเด็กและผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรม The Thai Triple-P ครบ 4 ครั้ง (จำนวน 1,525 คน จาก 2,545 คน)
5. การพัฒนาสมรรถนะครูอนุบาลและบุคลากรสาธารณสุข มีผู้เข้าอบรมรวมทั้งสิ้น 588 คน แบ่งเป็นผู้นำกลุ่ม/ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จำนวน 448 คน และ เป็นโค้ช จำนวน 140 คน

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

4,097,200 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

4,097,200 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. พบปัญหาการประสานในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะที่มีการโอนย้าย รพ.สต.
2. ความตระหนักรู้และการให้ความสำคัญของผู้ปกครองยังมีน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประสานงานในระดับนโยบายทั้งใน ส่วนของกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนร่วมกันให้ชัดเจนมากขึ้น

2. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว สร้างความตระหนักรู้ผ่านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริม พัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

ภาพที่ 32 กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะครูอนุบาล และบุคลากรสาธารณสุข



หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์



8. โครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและมีความสุข

หลักการและเหตุผล

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว โดยพบว่าปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) 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) และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากถึง 10-20% ของประชากร โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียวหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น ขณะเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูงขึ้น เปรียบเทียบในปี 2560 ร้อยละ 7.9 และในปี 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.6 นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น มีค่าความชุกโดยเฉลี่ยร้อยละ 12.4 และผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง หรือรุนแรงแล้วจึงจะได้รับการวินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 95 และมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วยถึงร้อยละ 90 ปัญหาเหล่านี้ยังส่งผลกระทบถึงญาติที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่า เมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงนาน ๆ ญาติจะมีความรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเหนื่อยล้า ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง มีความเครียด ซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีสุขภาพจิตดี ได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี ดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต (กรมสุขภาพจิต, 2565) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จึงได้จัดโครงการสร้างสุขภาวะทางใจ เพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่า มีความสุขขึ้น เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และมีสมรรถนะทางใจ มีความสามารถในการฟื้นตัว เข้าถึงบริการมากขึ้น และได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพจิตดี มีแรงจูงใจเพื่อดูแลสุขภาพกายตนเอง สามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ และมีความสุขได้อย่างสูงสุดและยาวนานต่อไป

ภาพที่ 33 โครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและมีความสุข



วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
2. เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
4. เพื่อยกระดับมาตรฐานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานดูแล
5. เพื่อพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

ภาพที่ 34 ประชุมวิชาการผู้สูงอายุ Soft Skills :
สร้างคุณค่าผู้สูงอายุไทยในศตวรรษที่ 21



เป้าหมาย

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม
และปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ใน รพช. รพท.
รพศ. และหน่วยบริการจิตเวช

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 82 ร้อยละของผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 84.95 ของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น (จำนวน 1,395 คน จาก 1,655 คน)
2. ร้อยละ 99.57 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ผิดปกติได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ (จำนวน 1,655 คน จาก 1,662 คน)
3. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ จำนวน 9,156 คน
4. ชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แก่บุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 82 คน ร่วมกับสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต
5. ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพช. รพท. รพศ. กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการจิตเวช
6. ร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมเป็นนักวิชาการที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จากสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
7. จัดโครงการส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อม “วันอัลไซเมอร์โลก” มีผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ อสม. และบุคลากรผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 160 คน ภายใต้กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องวิถีชะลอความเสื่อมและการดูแล วิธีรับมือกับกลไกในยุคดีจิตอลของมิจนาซีฟ และบูธกิจกรรมชะลอเสื่อมจำนวน 12 บูธ นอกจากนี้ มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม และวิถีชะลอเสื่อม ณ คลินิกสุขภาพใจผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และทางสถานวิทยุ



8. ประชุมวิชาการผู้สูงอายุ Soft Skills : สร้างคุณค่าผู้สูงอายุไทยในศตวรรษที่ 21 มีบรรยาย Soft Skills : สร้างคุณค่าผู้สูงอายุไทย เสวนา Soft Skills กับวิธีการสร้างสุขในวัยสูงอายุ และเวทีการนำเสนอ Best Practice การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

9. จัดทำมาตรฐานคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

10. ผลิตคู่มือชุดความรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ปฏิทินภาพพลิกบริหารกายบริหารสมองสำหรับผู้สูงอายุ คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจสำหรับผู้ดูแล และ 5 ชุดฝึกบริหารสมอง



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. Application การรายงานผลมีหลากหลาย ทำให้เกิดความสับสนในการใช้งานและติดตามผล
2. ขาดการบูรณาการงานสูงอายุในโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้การเข้าถึงข้อมูลและประสานงานต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด
3. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณรอบที่ 2 ล่าช้า ส่งผลต่อการบริหารจัดการโครงการ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแนวทางและระยะเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดประชุมชี้แจงเพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกันให้ชัดเจน เพื่อให้การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในพื้นที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
2. ควรกำหนดตัวชี้วัด “การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจนดีขึ้น” เป็นตัวชี้วัดในการนิเทศติดตาม เพื่อขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
3. สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์



9. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลคู่เครือข่ายในการใช้เครื่องมือ TDAS เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (ASD)

หลักการและเหตุผล

กลุ่มอาการออทิสซึม (Autism Spectrum Disorder : ASD) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง โดยอาการแสดงที่เป็นความบกพร่องใน 2 ด้านหลัก คือ ด้านการใช้ภาษาสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนพฤติกรรมซ้ำ ๆ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในจำนวนประชากรของประเทศไทย 65 ล้านคน มีประชากรกลุ่มภาวะออทิสซึมประมาณ 6 ใน 1,000 คิดเป็นร้อยละ 0.60 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 650,000 คน ขณะที่การสำรวจอย่างเป็นทางการของไทยในเด็กอายุ 0-5 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีสัดส่วนความชุก 1 ต่อ 1,000 และในปี พ.ศ. 2558 สัดส่วนความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 6 ต่อ 1,000 ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยโรคออทิสซึมไม่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากปัญหาการกระจายตัวของกุมารแพทย์และจิตแพทย์ในแต่ละพื้นที่ไม่เพียงพอและไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หรือได้รับการรักษาซ้ำ

เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลคู่เครือข่ายในการใช้เครื่องมือ TDAS เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (ASD) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานจิตเวชในกรมสุขภาพจิต ให้มีความรู้ และความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ TDAS และจัดตั้งคลินิกประเมินภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือ TDAS ในเขตสุขภาพ (Service Unit) โดยทุกเขตสุขภาพมีหน่วยการให้บริการในรัศมี 100 กิโลเมตร พัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัล TDAS (Digital TDAS Database) และ Telemedicine Consultant เพื่อให้ผู้ป่วยออทิสซึมได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง แม่นยำตั้งแต่อายุน้อย ส่งผลดีต่อเด็กที่จะได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองและมีศักยภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพ รพ.คู่เครือข่าย 13 เขตสุขภาพในการใช้เครื่องมือ TDAS เขตสุขภาพละ 2 แห่ง (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่)
2. เพิ่มพูนความรู้ในการใช้เครื่องมือ TDAS ให้กับบุคลากรสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมแล้ว (TDAS Refresh)
3. จัดตั้งคลินิกประเมินภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือ TDAS ในเขตสุขภาพ (Service Unit) ทุกเขตสุขภาพมีหน่วยการให้บริการในรัศมี 100 กิโลเมตร
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัล TDAS (Digital TDAS Database) และ Telemedicine Consultant



เป้าหมาย

บุคลากรในโรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชเด็กของกรมสุขภาพจิต/หน่วยบริการสาธารณสุข
คู่เครือข่าย ที่เข้ารับการอบรม : จำนวน 100 คน/13 เขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือ TDAS

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 96 ของบุคลากรสาธารณสุข
กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้
เครื่องมือ TDAS โดยมีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร
ในการใช้เครื่องมือ TDAS จำนวน 2 รุ่น ดังนี้

1) อบรมเชิงปฏิบัติการ “เพิ่มพูนความรู้
ในการใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรก
สำหรับเด็กไทย (TDAS Refresh)” มีผู้เข้าอบรมจำนวน
30 คน (20 หน่วยงาน)

2) อบรมเชิงปฏิบัติการ “การใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS)” มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวนทั้งสิ้น 66 คน (37 หน่วยงาน : สังกัดกรมสุขภาพจิต, สังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สังกัดมหาวิทยาลัย, และสังกัดกรมการแพทย์)

2. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกประเมินภาวะออทิสซึม
ด้วยเครื่องมือ TDAS ในเขตสุขภาพ (Service Unit) 5 แห่ง

- 1) โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- 2) โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
- 3) โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- 4) โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- 5) โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

3. โครงการ “พาหมอไปหาประชาชน เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567” เพื่อเพิ่มโอกาส
ในการเข้าถึงบริการคัดกรอง ตรวจรักษาโรคที่เป็นปัญหาความเจ็บป่วย/สุขภาพที่สำคัญ
ของประชาชน และให้บริการ “คลินิกเด็กพัฒนาการล่าช้า” ดังนี้

1) ประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โดยใช้คู่มือประเมิน
เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for
Intervention: TEDA4I)

ภาพที่ 35 อบรมเชิงปฏิบัติการ “การใช้
เครื่องมือ (TDAS)”



ภาพที่ 36 โครงการพาหมอไปหาประชาชน





2) ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ราย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือ TEDA4I

(1) วินิจฉัยโรคโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ วินิจฉัยเด็ก จำนวนทั้งหมด 10 ราย โดยพบว่า

- เด็กปฐมวัยมีปัญหาการติดเกม จำนวน 2 ราย ให้คำปรึกษา ปรับยา และส่งต่อให้สหวิชาชีพจิตวิทยาเพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป

- เด็กปฐมวัยสงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 8 ราย โดยส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาและส่งเสริมพัฒนาการต่อที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จำนวน 4 ราย

(2) วินิจฉัยภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai Diagnostic Autism Scale :TDAS) เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 2 รายได้รับการประเมินภาวะออทิสซึม โดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ TDAS



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. หน่วยงานสาธารณสุขคู่เครือข่าย ให้ความสนใจในการเข้าร่วมอบรม TDAS เป็นอย่างมาก แต่เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ทำให้บางพื้นที่ไม่สามารถส่งบุคลากรเข้าอบรมได้ครบถ้วน

2. ปัญหาการโอน/ย้าย/ลาออกของบุคลากรที่ผ่านการอบรมฯ ส่งผลให้หน่วยงานขาดบุคลากรในการดำเนินงาน

3. บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ TDAS ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกประเมินภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือ TDAS ในเขตสุขภาพ (Service Unit) โดยเสนอให้ทุกเขตสุขภาพมีหน่วยบริการในรัศมี 100 กิโลเมตร เพื่อให้ผู้ป่วยโรคออทิสติกสามารถเข้าถึงบริการรวดเร็วได้มาตรฐานและรับบริการใกล้บ้าน

2. จัดอบรม TDAS Refresh อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัล TDAS (Digital TDAS Database) และ Telemedicine Consultant เบื้องต้นวางแผนในการจัด Consultant (ทุกวันอังคาร 2 ครั้ง/เดือน)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์



10. โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งอาจส่งผลให้มีปัญหาการเรียน การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ตั้งครรภ์ไม่พร้อม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจนสร้างปัญหาให้กับครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติได้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้ครอบคลุม ทุกพื้นที่จึงมีความสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาและดูแลภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น หรือ โรคที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ให้เด็กสามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ ได้เหมาะสมกับวัยและศักยภาพ ของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ในการดูแล
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโรคออทิสติกและสมาธิสั้น
3. เพื่อให้เด็กออทิสติกและสมาธิสั้นได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ลดปัญหาพฤติกรรมและ อารมณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมาย

1. เด็กและวัยรุ่นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รับบริการในเขตสุขภาพ เด็กอายุ 2- 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 2,564,423 ราย
2. เด็กกลุ่มเสี่ยงออทิสติก ตามคาดประมาณการความชุก ร้อยละ 1.0 จำนวน 25,640 ราย
3. เด็กและวัยรุ่น อายุ 6 - 15 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 7,809,510 คน
4. เด็กกลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้นตามคาดประมาณความชุก 5.4 จำนวน 421,717 ราย
5. เด็กกลุ่มเสี่ยงภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 156,190 ราย
6. พ่อแม่หรือผู้ดูแลและคุณครูในโรงเรียนที่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มเสี่ยง
7. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จากหน่วยบริการในเขตสุขภาพทั้งในและ นอกกรมสุขภาพจิต พื้นที่ 77 จังหวัด/13เขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
2. ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน



ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 66.18 ของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (จำนวน 15,330 คน จำนวน 23,165 คน) โดยเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ร้อยละ 68.12 (จำนวน 14,745 คน จำนวน 21,645 คน) และเขตสุขภาพที่ 13 ร้อยละ 38.49 (จำนวน 585 คน จำนวน 1,520 คน)

2. ร้อยละ 42.2 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (จำนวน 168,409 คน จำนวน 399,056 คน) โดยเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ร้อยละ 44.12 (จำนวน 163,938 คน จำนวน 371,597 คน) และเขตสุขภาพที่ 13 ร้อยละ 16.28 (จำนวน 4,471 คน จำนวน 27,459 คน)

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

2,000,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

1,857,604 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ภาพที่ 37 หลักสูตรดูแลผู้ป่วยออทิสติก
และผู้ป่วยสมาธิสั้น

ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาด้านการบริหารจัดการ เช่น งบประมาณไม่เพียงพอ การโยกย้ายบุคลากรใหม่ เป็นต้น

2. บุคลากรในบางพื้นที่ขาดความเข้าใจ และความตระหนัก ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพ



ข้อเสนอแนะ

1. ควรบูรณาการงานร่วมกับโครงการอื่น ๆ ของหน่วยงานที่มีเป้าหมาย/ผลลัพธ์/กิจกรรม ที่ใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยี/กลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ทั้งในสังกัดหรือนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต

2. กระตุ้นและสร้างความเข้าใจให้เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทั้งเครือข่ายในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งครูและ ผู้ปกครองในการดูแลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลอุพพาสาทไทย์โยปถัมภ์

ภาพที่ 38 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น



ภาพที่ 39 ประชุมคณะกรรมการพัฒนา งานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น





► ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

11. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

หลักการและเหตุผล

จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรในพื้นที่บางส่วนยังไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยซึมเศร้า ภาระงานที่มาก ความล่าช้าของการประสานงานไปยังพื้นที่กับโรงพยาบาลพี่เลี้ยงที่ผู้รับผิดชอบงานซึ่งมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานนี้ทุกปี ความเข้าใจเรื่อง Template Remission ของผู้รับผิดชอบหลักในการดึงข้อมูลยังคลาดเคลื่อน พื้นที่ที่ยังไม่มั่นใจเรื่องการลงรหัสวินิจฉัย (Special PP) การลงบันทึกข้อมูลการประเมิน 9Q ในฐานข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นการกำหนดตัวชี้วัดใหม่ที่ต้องทำความเข้าใจการดำเนินงานและการส่งข้อมูล อีกทั้งยังพบว่าฐานข้อมูลแต่ละพื้นที่ไม่เป็นฐานเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละสถานบริการได้ เนื่องจากต้องบันทึกข้อมูล Mental Check - In ในระบบก่อนจึงสามารถใช้งานได้ ทำให้เพิ่มภาระงาน เกิดความล่าช้าในการลงข้อมูลในระบบ ขาดงบประมาณในการอบรมบุคลากรให้มีความรู้ด้านการจัดการข้อมูลสารสนเทศของโรคซึมเศร้า อีกทั้งการพัฒนาทักษะสมรรถนะของบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยคณะกรรมการพัฒนาความเป็นเลิศด้านซึมเศร้า จึงได้จัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เน้นการเพิ่มบริการโรคซึมเศร้าอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ (Effective Coverage) การพัฒนานวัตกรรมดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการป้องกันและบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า (R&D) การพัฒนาระบบสารสนเทศโรคซึมเศร้าให้มีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อสร้างมูลค่าของระบบบริการ และเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางการนโยบายในอนาคต (MIS) รวมถึงการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายและการกำกับดูแลการขยายผลระบบบริการโรคซึมเศร้า เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพสำหรับคนไทยทั่วประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาที่ทันทั่วถึง ครบตามมาตรฐานการบำบัดต่อเนื่อง จนอาการทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาพที่ 40 การประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัด
โรคซึมเศร้าด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม



เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกกลุ่มวัย
2. ผู้รับผิดชอบงานด้านโรคซึมเศร้าทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. ผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศด้านโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย 14 แห่ง และหน่วยงานสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) (โรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง)
2. ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 70.75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) (จำนวน 5,048 คน จาก 7,135 คน)
2. ร้อยละ 95.67 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (จำนวน 3,052 คน จาก 3,190 คน)
3. จัดประชุมการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้า ในรูปแบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Cisco Webex Meetings รวมทั้งสิ้นจำนวน 170 คน ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจในแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานด้านการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation: BA) รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation: BA)

5. อบรมการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมวัยทำงาน (CBT : Cognitive Behavior Therapy) สำหรับบุคลากรในเครือข่ายสาธารณสุข จำนวน 54 คน ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมวัยทำงาน (CBT : Cognitive behavior therapy)

ภาพที่ 41 อบรมการใช้โปรแกรม CBT : Cognitive Behavior Therapy





6. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และการบำบัดแบบกลุ่ม หวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขไปใช้ในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy : HRT) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 49 คน

7. ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านการเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤต เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤต (Crisis Negotiation) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง จำนวน 103 คน

8. จัดการประชุมวิชาการสู่ความเป็นเลิศด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 50 คน ส่งเสริมให้บุคลากรที่รับผิดชอบโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความรู้ ความเข้าใจ ด้านโรคซึมเศร้า

9. สนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขตบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในเขตสุขภาพ และองค์ความรู้ด้านโรคซึมเศร้า หน่วยบริการจิตเวช 14 แห่ง

10. ได้เอกสารความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ จัดทำคู่มือผู้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า และจัดทำต้นแบบโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า

11. การทำนุบำรุง และปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

3,024,600 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

3,024,600 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. การกำหนดระยะเวลาในการดึงและสรุปข้อมูล 43 แฟ้ม ของ สถานบริการ และสสจ. แต่ละจังหวัด มีระยะเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้การสรุปผลงานมีความคลาดเคลื่อน ไม่ใช่ผลงานที่แท้จริง
2. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการบันทึกและส่งข้อมูล 43 แฟ้ม
3. การบันทึกข้อมูล 9Q ใน Special PP ไม่ครบถ้วน หรือไม่ครบตามเงื่อนไข ทำให้รายงานโรคซึมเศร้าไม่ปรากฏในระบบ HDC Service

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบและโรงพยาบาลจิตเวชพี่เลี้ยงทุกแห่ง ดูแลแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน และทบทวนวิธีการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องทุกเดือน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

12. โครงการ Rebrand การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตเวชด้วย Recovery Model ผ่านกลไกการจ้างงานคนพิการทางจิตในระดับประเทศ

หลักการและเหตุผล

จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 พบว่าปัจจุบันมีคนพิการที่จดทะเบียนทั้งหมด จำนวน 2,116,751 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 ของประชากรทั้งประเทศ มีคนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน จำนวน 852,096 คน คิดเป็นร้อยละ 40.25 ของคนพิการทั้งหมด แต่มีคนพิการในวัยทำงานที่ประกอบอาชีพอยู่เพียงจำนวน 313,591 คน คิดเป็นร้อยละ 36.80 และมีคนพิการในวัยทำงานที่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ อีกจำนวน 81,502 คน คิดเป็นร้อยละ 9.56 ของจำนวนคนพิการวัยทำงานทั้งหมด จากการประเมินสถานการณ์ คาดว่าแนวโน้มจำนวนคนพิการจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในจำนวนทั้งหมดนี้ มีคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 165,666 คน คิดเป็นร้อยละ 7.83 ของคนพิการทั้งหมด ดังนั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสร้างโอกาสให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการจ้างงานประกอบอาชีพ มีรายได้พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น โดยโรงพยาบาลศรีธัญญาได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในกลุ่มความพิการประเภทความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ด้วยระบบการดูแลที่บูรณาการร่วมกันในรูปแบบประชารัฐ สนับสนุนให้เกิดการจ้างงานหรือสร้างรายได้ให้แก่คนพิการ จึงได้จัดโครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสู่การมีงานทำของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิคนพิการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

2. เพื่อพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เรื่อง หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของผู้ฟื้นฟูทักษะทางจิตสังคมคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสู่การมีงานทำ (JOB COACH)

3. เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ในการดำรงชีวิตอิสระ/การมีงานทำของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

4. เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ตลอดจนเข้าถึงช่องทางการจ้างงาน/มีงานทำ/การดำรงชีวิตอิสระ

ภาพที่ 42 การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะทางจิตสังคมสู่การมีงานทำแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล/คนพิการทางจิต/ผู้ป่วยจิตเวช





เป้าหมาย

คนพิการทางจิตใจและพฤติกรรมที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 846 คน ในพื้นที่ดำเนินงาน/พื้นที่ความรับผิดชอบของ 14 หน่วยบริการจิตเวชผู้ใหญ่

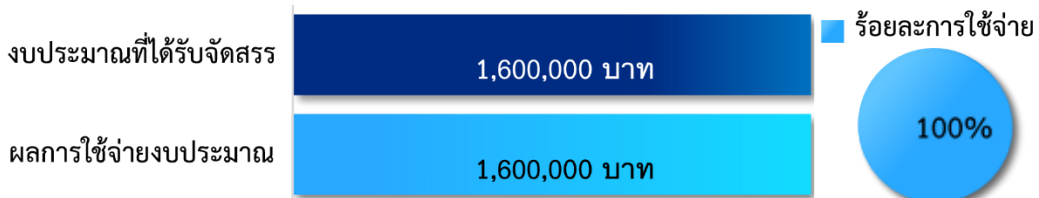
ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

- ร้อยละ 70 ของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่ลดลง
- ร้อยละ 70 ของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจนมีทักษะการปรับตัวทางสังคมและอาชีพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 97.99 ของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่ลดลง (จำนวน 829 คน จาก 846 คน)

5.2 ร้อยละ 85.46 ของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจนมีทักษะการปรับตัวทางสังคมและอาชีพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม (จำนวน 723 คน จาก 846 คน)



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

- ขาดการบูรณาการของนโยบายหน่วยงานภาครัฐในระดับกระทรวงและภาคเอกชน ที่ชัดเจนในการสนับสนุนการจ้างงานคนพิการทางจิตฯ ทำให้ขาดโอกาสการเข้าถึงการฟื้นฟูทางจิตสังคม/การมีงานทำ/การดำรงชีวิตอิสระ/การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการฟื้นฟูเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การมีงานทำของคนพิการทางจิตยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

- ทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และสื่อสารสังคม เพื่อลด Stigma
- ประสานกรมสรรพากร เพื่อเสนอขอลดหย่อนภาษีสำหรับสถานประกอบการ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลศรีธัญญา



13. โครงการแก้ไขปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอจังหวัดสงขลา คือ อำเภอเทพา นาทวี จะนะ และสะบ้าย้อย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึง เดือนสิงหาคม 2566 พบว่าเกิดเหตุการณ์จำนวน 22,166 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 7,520 คน และผู้บาดเจ็บ 13,968 คน และมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 21,488 คน ประกอบกับข้อมูลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสงขลา (30 กันยายน 2565) พบว่ามีหญิงหม้ายจำนวน 3,163 คน และเด็กกำพร้าจำนวน 6,730 คน และเกิดสถานการณ์ความไม่สงบที่รุนแรงหลายครั้ง เช่น การลอบยิง การลอบวางระเบิด การวางเพลิงเผาโรงเรียนและสถานที่ราชการต่าง ๆ 360 แห่ง (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2560) ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ได้ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนใต้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขและผู้ได้รับผลกระทบทุกกลุ่มวัยให้สามารถดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ และลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

บุคลากรเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ผู้ได้ผลกระทบทุกกลุ่มวัยจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

- ร้อยละ 90 ผู้ประสบภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง
- จำนวนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงด้านวิกฤตสุขภาพจิตจากภัยพิบัติ อย่างน้อย 4 ผลงาน



ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 91.33 ของผู้ประสบภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง (จำนวน 990 คน จากจำนวน 1,084 คน)
2. จัดทำสื่อความรู้ด้านการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติ และสื่อประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 1,000 ฉบับ, ผลิตคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตฉบับปรับปรุง จำนวน 750 เล่ม
3. จัดตั้งกลไกขับเคลื่อนเพื่อเฝ้าระวังและดูแลเด็กกำพร้าก่อนหลุดออกจากระบบการศึกษา และเด็กกำพร้าจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนใต้ ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 223 คน, อบรมครูในโรงเรียนสังกัดคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนจังหวัดชายแดนใต้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 259 คน และอบรมแกนนำนักเรียนเพื่อเป็น “เพื่อนที่ปรึกษา” จำนวน 64 คน
4. สนับสนุนรถเข็นสำหรับผู้พิการและญาติผู้พิการในพื้นที่ชายแดนใต้ จำนวน 45 คน และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง, พัฒนาศักยภาพภาคประชาสังคม (NGO, เยาวชนแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน) ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ จำนวน 60 คน, สร้างความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤต (Community Resilience Enhancement) ใน 4 ชุมชน โดยมีผู้เข้าร่วม 125 คน
5. การสร้างการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนตามบริบทพหุวัฒนธรรม 62 คน, พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดและสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชน 110 คน
6. จัดทำคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเยาวชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ตามเพศวิถีในอิสลาม จำนวน 50 เล่ม และขยายผลการใช้โปรแกรมใน 10 โรงเรียน จำนวน 38 คน, การถอดบทเรียนและติดตามผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเยาวชน จำนวน 40 คน
7. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ ผู้เข้าร่วม 130 คน โดยการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและฐานข้อมูล CMS, ทบทวนองค์ความรู้ด้านวิกฤตสุขภาพจิตจากภัยพิบัติสำหรับบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติ 50 คน, พัฒนางค์ความรู้และนวัตกรรมในงานวิจัยการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติและปัญหาสุขภาพจิต 142 คน
8. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสอบสวนโรคในกรณีที่เกิดทำรุนแรงต่อตนเองและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ จำนวน 110 คน



งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

3,000,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

3,000,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานในบางพื้นที่ทำให้ผู้รับผิดชอบงานใหม่ยังไม่ทราบกระบวนการปฏิบัติงานของ MCATT ที่ชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้คู่มือ/เครื่องมือในการประเมินผู้ได้รับผลกระทบ

2. การใช้ฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Surveillance : CMS) ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงทำให้การบันทึกรายงานยังไม่ครอบคลุมเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะ

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

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ภาพที่ 43 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ



ภาพที่ 44 พัฒนาคู่มือภาพชีวิตเด็กด้วยโอกาส เด็กกำพร้า
ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ



ภาพที่ 45 ประชุมเชิงปฏิบัติพัฒนาศักยภาพ
งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ





14. โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงทั้งหมด 42,629 คน (ปีงบประมาณ 2566) แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ร้อยละ 20.3 ผู้ป่วยจิตเวชหลงผิดมีอาการเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 18.7 ผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) ร้อยละ 21.4 (HDC, 2566) ผู้ป่วยจิตเวชที่ติดสุรายาเสพติดและทานยารักษาไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชขึ้นกับอาการเจ็บป่วยไม่ได้ขึ้นกับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดและในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดีจากผู้เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์พยาบาล จิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ) จะสามารถลดพฤติกรรมที่ก่อความรุนแรงได้เป็นอย่างดี รวมทั้ง หากมีระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความครอบคลุมเพียงพอ ผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดภาระของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันแก้ไขความรุนแรง ลดอุบัติการณ์ความรุนแรง และจัดการผลกระทบจากความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมจนหาย (Remission) ทั้งโรคจิตเวชและการติดยาเสพติด
3. ผู้ป่วยได้รับการติดตามเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการรักษาและกลับซ้ำ (Relapse)

เป้าหมาย

ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 42,629 คน ในเขตสุขภาพ 1-13

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง
2. อุบัติการณ์ความรุนแรงจากบุคคลคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ 1669 (34 ต่อประชากรแสนคน)

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 74.84 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง (จำนวน 8,866 คน จากจำนวน 11,846 คน)
2. อุบัติการณ์ความรุนแรงจากบุคคลคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ 1669 (43.56 ต่อประชากรแสนคน) (จำนวน 25,805 คน จากจำนวน 59,234,751 คน)



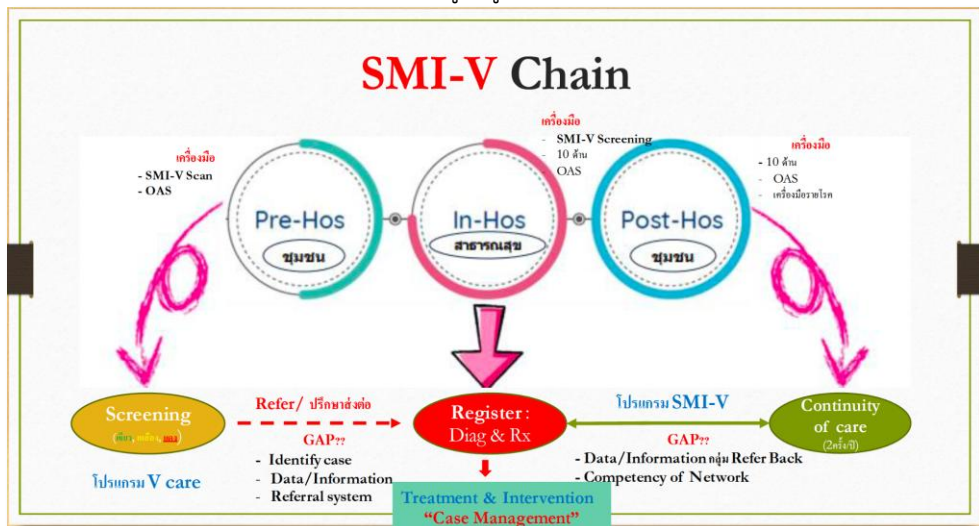
3. การประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 มีมติกำหนดให้มี “ตัวชี้วัดระดับจังหวัด” ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ได้แก่ “อัตราการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพิ่มขึ้น”

4. ต้นแบบรถ EMS เฉพาะทางจิตเวช โดยปัจจุบันมีแล้ว 3 คัน จากเป้าหมายภาคละ 1 คัน

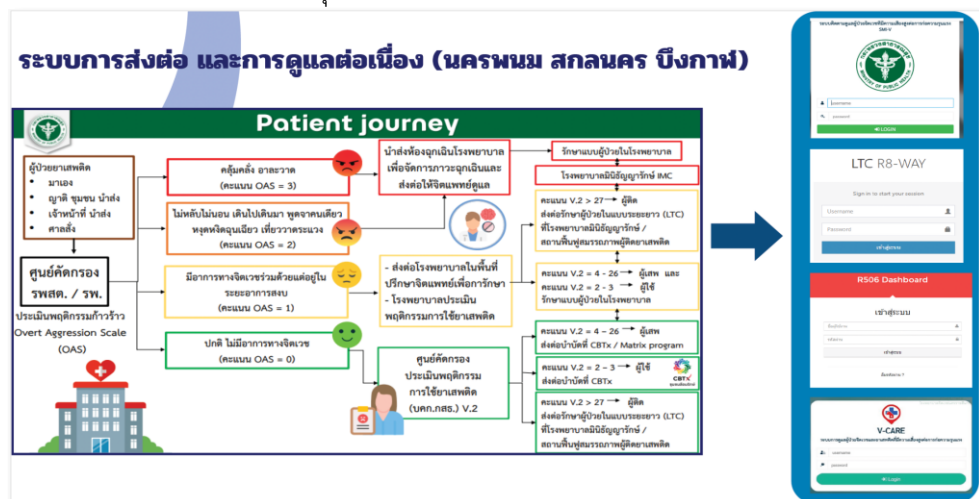
- เขตสุขภาพที่ 1: รพ.สวนปรุง
- เขตสุขภาพที่ 4: รพ.ศรีธัญญา
- เขตสุขภาพที่ 9: รพจ. นครราชสีมา

5. ร้อยละ 76 ของจังหวัดที่ใช้ระบบเฝ้าระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง V-care (ดำเนินงานแล้ว 59 จังหวัด จากจำนวน 76 จังหวัด)

ภาพที่ 46 การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ตาม Value Chain



ภาพที่ 47 การเชื่อมโยงระบบการดูแลตาม Patient journey กับระบบสารสนเทศในเขตสุขภาพ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอโดย รพจ.นครพนมราชนครินทร์





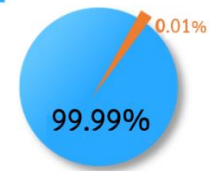
งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

3,200,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

3,199,980 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 13 กันยายน 2567

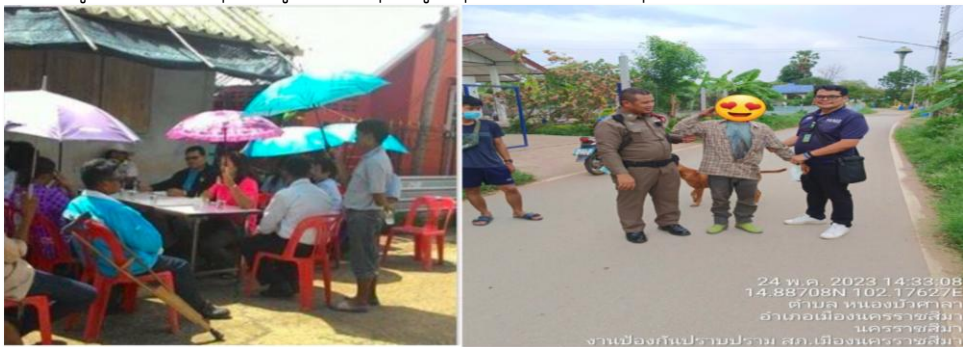
ปัญหาอุปสรรค

1. การปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดสำคัญทำให้ หน่วยงานที่รับผิดชอบมีความกังวลในการขับเคลื่อน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดดังกล่าว รวมทั้งบางหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต บางแห่ง ยังไม่มีการดำเนินการชี้แจง ตามระบบสารสนเทศ ของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
2. การรายงานข้อมูลในระบบ HDC มีปัญหาการประมวลผล จาก HDC บางจังหวัด ทำให้ระบบรายงานข้อมูลในภาพรวมของกระทรวงคลาดเคลื่อน จึงตรวจสอบตัวเลขจากข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจากข้อมูลในระบบโรงพยาบาลทั้ง 14 แห่ง และให้ยืนยันข้อมูลกลับมาที่กรมสุขภาพจิต
3. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดปฏิบัติการความรุนแรงจากบุคคลคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ที่ถูกนำเสนอด้วยระบบ 1669 จะต้องอ้างอิงจากตัวเลขสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หน่วยบริการจิตเวชค่อนข้างกังวลเนื่องจากการนำเสนอระบบบริการ ที่ควบคุมได้ยากอาจไม่ใช่ผลงานที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ตัดตัวชี้วัดปฏิบัติการความรุนแรงจากบุคคลคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ในปีงบประมาณต่อไป ให้เน้นการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V
2. นโยบายการขับเคลื่อนและขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยบริการจิตเวชและการดูแลต่อเนื่องในเขตสุขภาพ

ภาพที่ 48 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยเป็นสุข อยู่ในชุมชนได้ สังคมสงบสุข



หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



15. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

หลักการและเหตุผล

ความผิดปกติจากแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder) เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคลและครอบครัว โดยผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่า ผู้ดื่มสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่ดื่ม 2.59 เท่า รวมทั้งการบริการป้องกันการฆ่าตัวตายยังขาดการติดตามหลังการรักษา และไม่ได้ดูแลสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลสวนปรุงจึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหลังการจำหน่าย โดยใช้เทคโนโลยีประเมินความเสี่ยงด้านการฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, ความเครียด และการดื่มสุราแบบเรียลไทม์ ซึ่งจะประเมิน คัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี หากพบความเสี่ยง ข้อมูลจะแจ้งส่งเตือนผ่าน Line application เพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถดูแลได้ทันเวลาที่ การประเมินนี้สามารถทำได้ทั้งบุคลากรและผู้ป่วย/ครอบครัว ซึ่งระบบดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น จึงควรนำไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบได้รับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่อง 1 ปี และสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้สะดวก
2. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสุขภาพในการค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้บำบัดฟื้นฟูด้านจิตใจ และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

ภาพที่ 49 ติดตามนิเทศการใช้ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ



เป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์ ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 60 คน

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบได้รับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่อง 1 ปี
2. ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดฟื้นฟูจิตใจ



ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้านจิตใจ และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่อง 1 ปี จนความเสี่ยงอยากฆ่าตัวตายลดลง (จำนวน 141 คน จากจำนวน 141 คน) (ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 1)

2. ร้อยละ 100 ของผู้ได้รับผลกระทบได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้านจิตใจ และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่อง 1 ปี จนความเสี่ยงอยากฆ่าตัวตายลดลง (จำนวน 53 คน จากจำนวน 53 คน) (ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 1)



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดตามผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบ ในกลุ่มชาติพันธุ์ มีความยากลำบากเนื่องจากปัญหาด้านภาษา และลักษณะบุคลิกภาพของคนชนเผ่าที่พูดน้อย ไม่เปิดเผยความรู้สึกส่วนตัว ซึ่งที่ผ่านมาใช้วิธีการติดตามเฝ้าระวังฯ ผ่านคนในพื้นที่ในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มแกนนำ อสม.

2. ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในโปรแกรมติดตามฯ ในวันที่ดำเนินการได้ เนื่องจากภาระงานประจำเยอะ โดยเจ้าหน้าที่จะบันทึกข้อมูลในเอกสารไปพาลงก่อน

3. ผู้ป่วยไม่มีญาติมาส่งหรือเยี่ยมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ดูแลได้ จึงปรับเป็นการประเมินปัญหาฯ ผู้ดูแลในวันจำหน่าย และประสาน อสม./เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อติดตามต่อไป

ข้อเสนอแนะ

กรมสุขภาพจิตควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลจิตเวชและหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพอื่น นำระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากเขตสุขภาพที่ 1 ไปใช้เป็นต้นแบบไปใช้ในการติดตามผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด รวมถึงแนวทางการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (IDP)

ภาพที่ 50 ประชุมเชิงปฏิบัติการบำบัดฟื้นฟูด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบ



หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลสวนปรุง



16. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

หลักการและเหตุผล

ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2566 อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ได้แก่ การป่วยด้วยโรคจิตเวช, โรคติดสุรา และการติดสารเสพติด ขณะที่ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญคือ การสูญเสียความสัมพันธ์, ความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญ, และปัญหาสุขภาพที่รู้สึกอับอายหรือล้มเหลว ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนด 4 มาตรการสำคัญ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด 2) ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง 3) เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 4) สนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายในแต่ละจังหวัด รวมทั้งเสริมสร้างปัจจัยปกป้องแก่ประชาชน เช่น การให้องค์ความรู้เพื่อเสริมความเข้าใจและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะการติดตามเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเองหลังการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการเฝ้าระวังป้องกันตามแนวทางที่กำหนด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวัง
3. ประเทศมีฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่แบ่งบอกถึงลักษณะประชากรที่ฆ่าตัวตายที่ทันสมัยและแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาจำแนกตามรายจังหวัดและหน่วยบริการได้

เป้าหมาย

1. บุคลากรผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในหน่วยบริการสุขภาพจิต จำนวน 20 แห่ง/ศูนย์สุขภาพจิต 13 แห่ง
2. ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้ง 76 จังหวัด
3. สมาชิกทีมสอบสวนโรคระดับเขตสุขภาพจากสังกัดกรมสุขภาพจิต/สหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพจิต/สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 20 แห่ง/ศูนย์สุขภาพจิต 13 แห่ง

ภาพที่ 51 ประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน



4. ทีมสอบสวนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรสอบสวนฆ่าตัวตายฯ ระดับจังหวัด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 76 จังหวัด



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน **ภาพที่ 52** อบรมวิทยากรหลักสูตรการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย ระดับเขต
2. ร้อยละ 60 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
3. ร้อยละ 98 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี



ผลการดำเนินงาน

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.01 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูล ณ ก.ย. 2567) (จำนวน 5,215 ราย ต่อประชากรกลางปี 2566 จำนวน 65,083,836 คน) ซึ่งผลงานไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นง่าย ๆ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้้นมักจะมีภาวะเปราะบาง มีความโน้มเอียงมีความเสี่ยงอยู่ก่อน แล้วประสบวิกฤตชีวิตที่ทำให้แอบอวยขายหน้า หรือพ่ายแพ้ล้มเหลว ร่วมกับอับจนหนทางไม่มีทางออกในวิกฤตินั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น
2. ร้อยละ 62.03 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (จำนวน 15,720 ราย จากจำนวน 25,340 ราย)
3. ร้อยละ 98.37 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (จำนวน 15,464 ราย จากจำนวน 15,720 ราย)
4. เขตสุขภาพได้ขับเคลื่อนงานตาม 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด 2) การติดตามเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3) การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย 4) การสนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีพยายามฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรงต่อตนเองในจังหวัด และ 5) การเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง และต้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด ผ่านกลไกการทำงานของคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง สรุปว่า ได้จัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ เรียบร้อยแล้วเฉลี่ย 1 - 3 ครั้งต่อจังหวัด โดยบรรจุประเด็นการฆ่าตัวตายอยู่ในวาระการประชุม รวมทั้งขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านทีม 3 หมอ, พขอ. และ อำเภอสุขภาพดีเพื่อสนับสนุนให้พื้นที่ที่มีการค้นหากลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงจะจ่มากขึ้น หรือเปลี่ยนการคัดกรองเป็นการค้นหาในพื้นที่ที่เสี่ยงสูง การสื่อสารสัญญาณเตือนทุกช่องทาง ทุกกลุ่มวัย และมีระบบปฏิบัติการทางสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการรายงานการฆ่าตัวตายทั้งรูปแบบของ Time, Place, Person วิธีการ สาเหตุปัจจัยที่ครอบคลุมด้านปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง การเฝ้าระวัง และต้านกัน โดยเฉพาะข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย



งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

5,100,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

5,100,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. ผลงานในฐานข้อมูลคลังสุขภาพ (HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน) พบปัญหาข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน เช่น จำนวนเด็กอายุ 0-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยการทำร้ายตนเอง (X69, X 77, X87, X79 และ X80) การลงบันทึกข้อมูลซ้ำจากกรณีที่เป็นทั้งผู้ป่วย OPD และ IPD ส่งผลให้ PM และหน่วยบริการที่รายงานข้อมูลตัวเลขไม่ตรงกัน

2. นโยบายการโอนย้ายของ รพสต.ไปสังกัดกระทรวงมหาดไทย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของพื้นที่ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากรในทีมสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตายระดับอำเภอที่ไม่เพียงพอ ทำให้การดำเนินการไม่เต็มประสิทธิภาพ ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ/ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของพื้นที่ เพื่อนำมาประกอบการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงแบบ/ข้อมูลในระบบ Dashboards เพื่อให้พื้นที่นำข้อมูลดังกล่าวประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์/เหตุปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตาย

2. ควรกำหนดมาตรการป้องกัน แก้ไขตามบริบทของอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงให้ชัดเจน โดยตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดในระยะสั้น เพื่อแสดงให้เห็นผลลัพธ์และแรงจูงใจของทีมปฏิบัติงาน

3. เสนอทบทวนความรู้และทักษะการสอบสวนฯ โดยจัดทำในรูปแบบคลิปวิดีโอ/เอกสาร คู่มือต่าง ๆ และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ suicide.dmh.go.th รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อพัฒนาและปรับข้อมูลการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองในระบบ HDC ให้ตรงกัน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลขอนแก่นราชชนกรินทร์

ภาพที่ 53 อบรมเชิงปฏิบัติจัดทำมาตรการป้องกัน
การฆ่าตัวตายโดยวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่



ภาพที่ 54 อบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างทีมสอบสวน
การฆ่าตัวตาย ระดับอำเภอ





17. โครงการพัฒนาระบบดิจิทัลด้านสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันกระแสการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบัน ส่งผลหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตต้องปรับรูปแบบการบริหารจัดการและการให้บริการประชาชน โดยนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และสะดวกยิ่งขึ้น พร้อมทั้ง ลดการใช้กระดาษ เพื่อรองรับการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล และการให้บริการประชาชนที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 และหลักธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ โดยกรมสุขภาพจิตได้เปิดเผยข้อมูลภาครัฐ เพื่อให้ผู้บริหาร บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย เป็นปัจจุบัน และยังคงรักษาความเป็นส่วนบุคคล รวมถึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังได้ผลักดันการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลในสังกัดให้เป็นมาตรฐาน รวมถึงการพัฒนาช่องทางการให้บริการแก่ประชาชนผ่านแอปพลิเคชัน บนสมาร์ตโฟน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตให้มีความมั่นคงปลอดภัย มีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพจิตดิจิทัลได้จากแหล่งเดียว (Platform กลางด้านสุขภาพจิต) ให้สามารถบริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว แม่นยำ และปลอดภัย
3. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ด้านสุขภาพจิต ให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุด
4. เพื่อพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) ช่วยในการวิเคราะห์ วินิจฉัย และวิจัยด้านสุขภาพจิต
5. เพื่อดำเนินการจัดทำ Data Governance ของกรมสุขภาพจิต

เป้าหมาย

ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต และบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 55 ประชุมเชิงปฏิบัติการแพลตฟอร์ม
ภาครัฐ

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

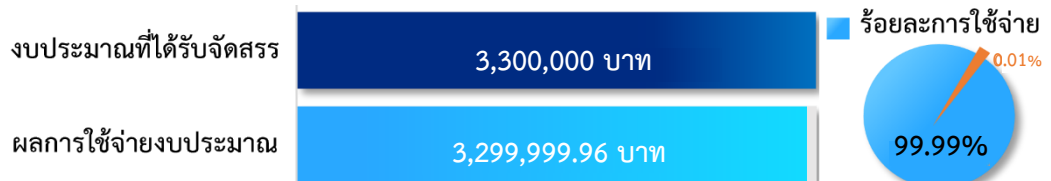
1. ร้อยละ 90 ของผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพจิตดิจิทัลได้จากแหล่งเดียว (Platform กลางด้านสุขภาพจิต)
2. จำนวนของหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยีดิจิทัล





ผลการดำเนินงาน

- ร้อยละ 91.69 ของผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพจิตดิจิทัลได้จากแหล่งเดียว (Platform กลางด้านสุขภาพจิต) (จำนวน 2,588,407 คน จากจำนวน 2,822,898 คน)
- หน่วยงานส่วนกลางในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง ได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยีดิจิทัล
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจิต ตามโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และจัดทำรายละเอียดข้อมูลประกอบการจัดทำรายงานในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ผ่านการจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์ระบบข้อมูลด้านสุขภาพจิต
- มีรายงานมาตรฐานการเข้าถึงระบบบริการโรคจิตเวชที่สำคัญ ในระบบ HDC Services
- จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บุคลากรแต่ละวิชาชีพ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีความรู้ ความเข้าใจโครงสร้างมาตรฐานด้านสุขภาพ การจัดทำข้อมูลรายงานตามนิยามสถิติสาธารณสุข การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ และรหัสอื่นด้านสุขภาพจิต
- สนับสนุนการดำเนินงานด้าน Digitalized Process โดยลดการใช้กระดาษ ลดระยะเวลาการดำเนินการ ตลอดจนการให้ความรู้ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
- จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแพลตฟอร์มภาครัฐเพื่อรองรับการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจด้านกฎหมาย PDPA และมีแพลตฟอร์มภาครัฐเพื่อรองรับการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
- จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนา ระบบ API เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ด้วยระบบดิจิทัล เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตสามารถดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล เรื่อง บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ และสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการเบิกจ่ายงบประมาณตามเป้าหมายที่กำหนด
- จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนา Mobile Application Cross Platform เพื่อให้บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีความรู้ ความสามารถในการพัฒนา React-Native Programming และสามารถพัฒนา Mobile Application ของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 56 ประชุมเชิงปฏิบัติการแพลตฟอร์มภาครัฐ



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค : -

ข้อเสนอแนะ : -

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ



18. โครงการศูนย์บริหารวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ของประเทศไทยที่เผชิญเหตุการณ์สาธารณภัยและวิกฤตความรุนแรงทางสังคมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายและซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนในประเทศ รวมทั้งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของประเทศ และด้านสุขภาพจิตทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตเกิดบาดแผลทางใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ โดยข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต (Crisis Mental Health Surveillance : CMS) และข้อมูลประเมินสุขภาพจิตคนไทย Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต โดยระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 - 2567 (31 มีนาคม 2567) เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงจากสาธารณภัยและวิกฤตความรุนแรงทางสังคม รวมทั้งสิ้น 704 เหตุการณ์พบว่า มีผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิต รวมทั้งสิ้น 3,178,918 ราย และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งสิ้น 65,622 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.06 ทั้งนี้ หากผู้ได้รับผลกระทบได้รับการช่วยเหลือและเยียวยาจิตใจอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันทั่วทั้งตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือความเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ กรมสุขภาพจิต จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการขยายขอบเขตงานเพื่อรองรับวิกฤตการณ์ทางสังคมและจิตเวชฉุกเฉินตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ควบคู่กับการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ประสบภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัย ในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนที่ประสบภาวะวิกฤต สามารถเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตและภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ปลอดภัยอย่างทันทั่วทั้งที่ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

เป้าหมาย

ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตและจิตเวชฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ใน 12 เขตสุขภาพและกรุงเทพมหานคร

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 95 ของการตอบสนองต่อข่าววิกฤตสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์ (Social listening)
2. ร้อยละ 90 ของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง



ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 95.49 ของการตอบสนองต่อข่าววิกฤตสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์ (Social Listening) ภายใต้ระบบเฝ้าระวังสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี Human ประเด็นวิกฤตทางสุขภาพจิต (ได้รับการรายงานการตอบสนองต่อสถานการณ์และรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในสังคม จำนวน 635 ข่าว จากประเด็นวิกฤตทางสังคมที่ Alert ทีม MCATT จำนวน 665 ข่าว)
2. ร้อยละ 97.70 ของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐาน (จำนวน 15,783 ราย จากจำนวน 16,153 ราย) โดยมีเหตุการณ์วิกฤตทั้งสิ้น จำนวน 398 เหตุการณ์
3. ร้อยละ 96.93 ของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง (จำนวน 4,036 ราย จากจำนวน 4,164 ราย)
4. ทีม MCATT ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้บูรณาการการฝึกซ้อมแผนตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุขด้านวิกฤตสุขภาพจิต ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระดับภาค เพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน โดยมีกรอบสถานการณ์ฝึก ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ภัยน้ำมีอมุข และผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง มีผู้เข้าร่วมการฝึกซ้อม จำนวน 765 คน แบ่งเป็น ภาคใต้ จังหวัดสงขลา จำนวน 200 คน ภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 77 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 248 คน และภาคกลาง จังหวัดนครนายก จำนวน 240 คน
5. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567
6. ขยายเครือข่ายรับแจ้งเหตุป้องกันการฆ่าตัวตายในโลกออนไลน์ HOPE Task Force ระดับจังหวัด ร้อยละ 26.3 จำนวน 20 จังหวัด จากจำนวน 76 จังหวัด

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

2,354,600 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

2,351,683 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ภาพที่ 57 การฝึกซ้อมแผนด้านวิกฤตสุขภาพจิต ระดับภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567





1. ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตที่มีความหลากหลายและรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์วิกฤต พลิ้วแปลง สถานการณ์วิกฤตเด็ก

2. ประชาชนบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิตได้ทุกพื้นที่

3. การบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพทุกปี เนื่องจากความหลากหลายของเหตุการณ์ความรุนแรงจากสาธารณสุขและวิกฤตความรุนแรงทางสังคมในปัจจุบันที่มีหลายประเภท และมีความซับซ้อนของภัยมากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพทีม MCATT ให้มีการฝึกปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์วิกฤตดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

2. กำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้พื้นที่บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤต ผ่านระบบ CMS และใช้เป็นฐานข้อมูลหลัก ประกอบการวิเคราะห์และประมวลผลในการตอบสนองเหตุการณ์สำหรับทุกภัยอันตรายและติดตามกลุ่มเสี่ยงภาวะสุขภาพจิตหลังเกิดสาธารณภัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ภาพที่ 58 ลงพื้นที่เยี่ยมวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤต





19. โครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านระบบดิจิทัล ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังของประเทศไทย ดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ผู้ต้องขังจิตเวชเข้าถึงบริการในปี 2563 จนถึงปี 2566 จำนวน 4,983 5,826 6,222 และ 9,059 คนตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการเกิดจากการขับเคลื่อนงานภายใต้โครงการพระราชดำริ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จากความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ข่าย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริการทางแพทย์ เรือนจำ สังกัดกรมราชทัณฑ์ ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จึงได้จัดทำโครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงยุติธรรม รวมทั้งพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบการให้บริการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช เป็นต้น ภายใต้แนวคิดการเพิ่มโอกาสให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รวมทั้งการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลบำบัดรักษา การฟื้นฟูและติดตามดูแลรักษาหลังพ้นโทษอย่างต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแล และป้องกันการกลับมาก่อคดีซ้ำ และขับเคลื่อนการบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความร่วมมือและเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระหว่างเครือข่ายสาธารณสุข เครือข่ายในกระบวนการยุติธรรม และเครือข่ายทางสังคม
2. เพื่อให้ผู้ต้องขังจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังพ้นโทษด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล
3. เพื่อป้องกันผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษก่อคดีซ้ำ จนเกิดความรุนแรง และความสูญเสียอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต



เป้าหมาย

1. บุคลากรในกระบวนการยุติธรรม จำนวน 100 ราย
2. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 100 ราย
3. ผู้ต้องขังในเรือนจำ 143 แห่งทั่วประเทศ จำนวน 300,000 คน

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 60 ของผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับมาก่อคดีซ้ำภายใน 1 ปี
2. ร้อยละ 95 ของผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 41.66 ของผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับมาก่อคดีซ้ำภายใน 1 ปี (จำนวน 1,676 คน จากจำนวน 3,900 คน)
2. ร้อยละ 100 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิต (จำนวน 19,443 ราย จากจำนวน 19,443 ราย)
3. ร้อยละ 100 ของผู้ต้องขังรายใหม่ทั่วประเทศได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (จำนวน 125,290 ราย จากจำนวน 125,390 ราย)
4. ร้อยละ 57.03 ของผู้ต้องขังรายเก่าทั่วประเทศ ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (จำนวน 159,961 ราย จากจำนวน 280,471 ราย)
5. บุคลากรสหวิชาชีพมีการดำเนินการจัดบริการสุขภาพตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตทำให้บุคลากรในเรือนจำสามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขังได้ตามระบบและสามารถนำผู้ต้องขังเข้าสู่กระบวนการรักษา
6. ผู้ต้องขังที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น มีระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและได้รับการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟูและมีระบบการส่งต่อติดตามการรักษาต่อเนื่องเมื่อพ้นโทษ
7. เกิดความร่วมมือและเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระหว่างเครือข่ายสาธารณสุข



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

การติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เนื่องจาก

1. การบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง
2. การส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
3. การติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังกลับสู่ชุมชน ไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรจากผู้ป่วย/ญาติ

ทำให้ข้อมูลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายในการประสาน ส่งต่อข้อมูล ลงพื้นที่ติดตามผู้ต้องขังจิตเวชทุกคดี โดยเฉพาะเคส JSOC และบันทึกข้อมูลการติดตามในระบบฐานข้อมูลที่กำหนด
2. การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยผู้ต้องขัง สร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือให้เห็นถึงความสำคัญในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องขอความร่วมมือในการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชให้หน่วยงานสาธารณสุขครบถ้วนทุกราย เพื่อประโยชน์ในการติดตามการรักษา ป้องกันการก่อคดีซ้ำหรือความรุนแรงซ้ำ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาพที่ 59 การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช
ผ่านระบบ Telepsychiatry



ภาพที่ 60 การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุข
เรือนจำ (อสรจ.) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช



ภาพที่ 61 การตรวจประเมินสุขภาพใจให้กับ
เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์



ภาพที่ 62 ประชุมคณะทำงานสุขภาพจิตเรือนจำ
จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ





20. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเหนือตติยภูมิ

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน โดยมีภารกิจหลักในการจัดระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรงและซับซ้อน โดยเป้าหมายคือการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่กลับมาป่วยซ้ำ กรมสุขภาพจิตยังพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการศึกษารวบรวมและพัฒนานวัตกรรมเฉพาะโรค พร้อมทั้งเป็นสถาบันที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้บริการในเขตสุขภาพต่าง ๆ และกำหนดนโยบายสำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตระดับประเทศ โดยได้พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิตเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรงและยุ่งยาก และได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตระดับเหนือตติยภูมิ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการและวิชาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรงและซับซ้อนใน 20 หน่วยบริการจิตเวช รวมทั้งบริการเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและเด็ก/วัยรุ่น เพื่อให้ได้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ให้เชื่อมโยงและตอบสนองต่อความต้องการในเขตสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนา ชีตความสามารถ และบริการเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนให้มีคุณภาพ มาตรฐาน
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะทั้งทางด้านการบริการ วิชาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน
4. เพื่อพัฒนาระบบบริการ Smart Psychiatric Hospital ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

เป้าหมาย

1. จำนวนหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีความพร้อมในการจัดบริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน 19 หน่วย
2. จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมเปิดจัดบริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน 40 หน่วย

เพื่อประเมินผลการจัดบริการ
ผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน



ภาพที่ 63 ประชุมเชิงปฏิบัติการ



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจิตเวชเฉพาะทางมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
2. จำนวนหน่วยบริการจิตเวช มีบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Super Specialist Service) ที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 (19 แห่ง)

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 74.96 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน
2. ร้อยละ 61.35 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลาภายใน 3 เดือน
3. ร้อยละ 4.71 ของการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
4. ร้อยละ 9.16 ของการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
5. ร้อยละ 81.78 ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดสามารถหยุดเสพต่อเนื่องใน 1 ปี
6. ร้อยละ 97.38 ของผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแลและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 5 ปี (ผลการดำเนินงานในสถาบัน/รพจ.)
7. สิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 1) บริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน
 - 2) การฟื้นฟูสุขภาพทางจิตโดยภาคประชาชน
 - 3) ยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่นกลุ่มใหม่เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ (R)
8. ร่างมาตรฐานรับรององค์กรด้านจิตบำบัด

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

2,000,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

1,875,128 บาท



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค :

ภาพที่ 64 ประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรฐาน
รับรององค์กรด้านจิตบำบัด



ข้อเสนอแนะ

ควรมีการกำหนดประเด็นด้านสุขภาพจิต
เพื่อการพัฒนาและยกระดับการพัฒนาหน่วยบริการ
จิตเวชที่ชัดเจน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



21. โครงการพัฒนาวัดกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาวัดกรรมบริการบริการด้านจิตเวชและสุขภาพจิตมีเป้าหมายหลักในการสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมต่อการรับบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะในสังคมเมืองที่เทคโนโลยีสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตมีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน และแนวโน้มสถานการณ์ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี การสร้างระบบบริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงง่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการบริการสุขภาพจิตช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้จากทุกที่ทุกเวลา และลดความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราทางสังคม (Social Stigma) ซึ่งจะสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้าร่วมระบบมากขึ้น นอกจากนี้ระบบเทคโนโลยีดังกล่าวยังช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและการเดินทางไปโรงพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพงานบริการให้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ดังนั้น กรมสุขภาพจิตจึงเล็งเห็นประโยชน์ของการนำเทคโนโลยีมาใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้เป็น Virtual Hospital ที่สามารถให้บริการทางจิตเวชอย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำกัดการรักษาเฉพาะในโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรักษา และพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในระยะแรกเริ่ม
2. เพื่อสร้างระบบสนับสนุนการทำงานบริการสุขภาพจิตดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในระยะแรกเริ่มแก่บุคลากรด้านสุขภาพจิต
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพจิตในการสร้างระบบสนับสนุนการทำงานและนวัตกรรมบริการสุขภาพจิตดิจิทัล
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ รพ.สต./รพช./รพท./รพศ./รพจ. และกรุงเทพมหานคร ให้สามารถบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล

ภาพที่ 65 ประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพผู้ดำเนินกิจกรรมแยกการนอน



ภาพที่ 66 อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดำเนินกิจกรรมแยกการนอนเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมด้านสุขภาพจิตอย่างมีส่วนร่วม



เป้าหมาย

1. ประชาชนที่มีต้องการใช้บริการนวัตกรรมการเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)
2. เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสุขภาพจิตผู้ให้บริการจิตเวชในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่กรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาทักษะด้านนวัตกรรมการบริการสุขภาพจิตดิจิทัล จำนวน 100 ราย
2. จำนวนทีมที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ต้นร่างนวัตกรรม ที่สามารถพัฒนาได้ตอบขยายผลได้
3. เกิดเวทีส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพจิตระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกองค์กรสุขภาพจิต อย่างน้อย 1 โครงการ

ผลการดำเนินงาน

1. จัดกิจกรรมเพื่อสร้างเครือข่ายผู้ดำเนินกิจกรรมแยกการอนด้านสุขภาพจิต และเพิ่มพูนศักยภาพขั้นสูงสำหรับผู้ดำเนินกิจกรรมแยกการอนด้านสุขภาพจิต โดยผู้เข้าร่วมเป็นบุคลากรผู้มีศักยภาพสูงในการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม (Facilitator) จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน
2. จัดอบรมบุคลากรผู้มีศักยภาพด้านการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม (Facilitator) จำนวน 40 คน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เดิมเพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาผู้ดำเนินกิจกรรมแยกการอนด้านสุขภาพจิต รวมทั้งสิ้น 4 ครั้งในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานแยกการอนด้านสุขภาพจิต และผลักดันให้นำไปใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานจริงในระดับประเทศและนานาชาติ
3. จัดกิจกรรมแยกการอนด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตอย่างยั่งยืนและมีส่วนร่วม (Hack ใจ) เพื่อรวบรวมไอเดียด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน และเป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และทักษะของแต่ละองค์กรมีผู้เข้าร่วมจำนวน 150 คน ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 3 วัน
4. จัดกิจกรรมการนำเสนอผลงาน นวัตกรรมด้านสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานได้จริง โดยทีมนวัตกรรมที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต ครบระยะเวลา 6 เดือน ได้ต้นแบบนวัตกรรมจำนวน 9 โครงการ และมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 70 คน ใช้ระยะเวลา 1 วัน

ภาพที่ 67 การนำเสนอผลงานนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติใช้งานจริง





5. จัดหลักสูตร Mental Health Innovation Coaching เพื่อสร้างบุคลากรที่มีคุณภาพและทักษะในการเป็นผู้นำกระบวนการด้านนวัตกรรมสุขภาพจิต โดยกำหนดระยะเวลาในการอบรมรวมทั้งสิ้น 6 เดือน (เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกรกฎาคม 2567) และมีบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านหลักสูตรดังกล่าว รวมทั้งสิ้น 14 คน

6. จัดหลักสูตรนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาทักษะการเป็นนวัตกรสุขภาพจิตด้วยการอบรมแนวคิดผ่านเครื่องมือและกระบวนการด้านนวัตกรรม โดยกำหนดระยะเวลาในการอบรมรวมทั้งสิ้น 6 เดือน และมีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 คน และผ่านหลักสูตร จำนวน 36 คน

7. ผลิตหนังสืออนาคตสุขภาพและสุขภาวะสังคมไทย พ.ศ. 2576 (Futures of health and Wellness in Thailand 2033) การมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีเป็นพื้นฐานของการพัฒนาประเทศจากปัจจุบันไปสู่อนาคตอย่างยั่งยืน จำนวน 100 เล่ม

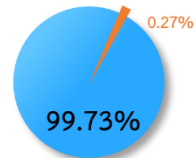
งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

2,000,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

1,994,642 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค : -

ข้อเสนอแนะ : -

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

ภาพที่ 68 ผลิตหลักสูตรนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต



ภาพที่ 69 หลักสูตร Mental Health Innovation Coaching





22. โครงการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มักพบเห็นในที่สาธารณะ เช่น ป้ายรถโดยสาร ตลาด เป็นต้น และใช้ชีวิตอยู่บนท้องถนน เก็บเศษอาหารจากขยะมารับประทาน แต่งกายมอมแมม เดินพุดพิมพำคนเดียว บุคคลเหล่านี้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง อันเกิดจากปัญหาความรุนแรงจากอาการของโรคที่ไม่ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ เพราะบางรายไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่สามารถระบุที่อยู่ได้ เกิดการสูญเสียโอกาสในการได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง อีกทั้งขาดการเชื่อมโยงจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคม ดังนั้น จึงควรได้รับการช่วยเหลือให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวดีขึ้น โดยผ่านการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์แบบครบวงจรในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เข้าร่วมภารกิจพิเศษ และการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ รวมทั้งเพิ่มแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อที่ได้มาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย ส่งเสริมบทบาทของชุมชน และภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสามารถดูแลสุขภาพที่ดีให้กับคนในชุมชน ผ่านระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน/ท้องถิ่น มีกลไกการแก้ไขปัญหาและวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ
2. เพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบ มีการแก้ไขปัญหาและวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ไขปัญหาและวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาตามระบบสาธารณสุข
5. เพื่อให้ทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการผลักดันสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ภาพที่ 70 พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการควบคุม
และป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ



เป้าหมาย

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในประเทศไทย

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

จำนวนโครงการศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่นกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 2 เรื่อง



ผลการดำเนินงาน

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการไต่ชนักบำบัดแรงจูงใจในผู้ป่วย SMI-V ระยะแรกเริ่ม
2. พัฒนาระบบการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในเขตสุขภาพ
3. พัฒนามาตรฐานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
4. พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ประกอบด้วยสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ประธาน Service Plan/ผู้แทนจาก 12 เขตสุขภาพ ผู้แทนจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ รวมทั้งสิ้น 75 คน
5. ทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับเขตสุขภาพ ลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 127 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ
6. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในเขตสุขภาพและศึกษาดูงานการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุโขทัย
7. พัฒนาการรายงานและนำเสนอข้อมูลการจัดบริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)
8. (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ (พ.ศ. 2567 -2570)

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

2,800,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

2,800,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดตามผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ยังไม่ครอบคลุม ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ ส่งผลให้ขาดการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง
2. การส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ เพื่อประมวลผลและนำเสนออัตราครองเตียงจิตเวชและยาเสพติด ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากไม่ได้กำหนดรหัสส่งออกข้อมูลให้ชัดเจน

ภาพที่ 71 การพัฒนาระบบการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในเขตสุขภาพ



ข้อเสนอแนะ

1. ควรร่วมกันวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยกับพื้นที่ในเขตสุขภาพเป็นประจำ เพื่อให้เกิดการกำกับติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยได้เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างความเข้าใจการนำเข้าข้อมูลในระบบ HDC ที่ถูกต้องให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

23. โครงการบูรณาการการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดและจิตเวชเขตเมือง

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในกรุงเทพมหานครฯ ตามข้อมูลในรายงาน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา (Alcohol use Disorders) คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ จำนวน 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) และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนกรุงเทพมหานครมีมากขึ้นต่อเนื่อง จาก 2.12 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2562 เป็น 4.51 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการได้รับบริการสุขภาพจิตของผู้มีปัญหาโรคจิตเวชในพื้นที่กรุงเทพฯ โดยยังพบช่องว่างของการเข้าถึงบริการค่อนข้างมาก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความเชื่อมโยงในการดูแลต่อเนื่องและการบริหารฐานข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีนโยบายทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟู เพื่อเยียวยาแก้ไขปัญหายาเสพติดในสังคม ได้เห็นความสำคัญของการสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหายาเสพติด การมีแนวทางดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงกระบวนการรักษา รวมถึงเมื่อผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชน จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สังคมยอมรับและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคม มีการฟื้นฟูในชุมชนตามศักยภาพ ภายใต้บริบทของความเป็นเมืองขนาดใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความต้องการของประชากรที่หลากหลาย ความแตกต่างของพื้นที่/รูปแบบชุมชน รวมทั้งอาศัยการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนอก ภาพที่ 72 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา

สภากาชาดไทย กรมสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร

แนวทางการขับเคลื่อนงาน



วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมเมือง
2. เพื่อพัฒนาระบบความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูเพื่อเยียวยาแก้ไขปัญหายาเสพติดในสังคมเมือง รวมถึงพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในสังคมเมือง
3. เพื่อพัฒนาวิชาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมเมือง

เป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วยงานในกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์ สำนักงานนายแพทย์พัฒนาสังคม กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย มหาวิทยาลัย สปสช. และ สสส.



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

- ร้อยละ 80 ของเขตที่มีคลินิก/สถานบริการจิตเวชในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ร้อยละ 11.59 ของ ศบส. ที่มีระบบบริการด้านการรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการดำเนินงาน

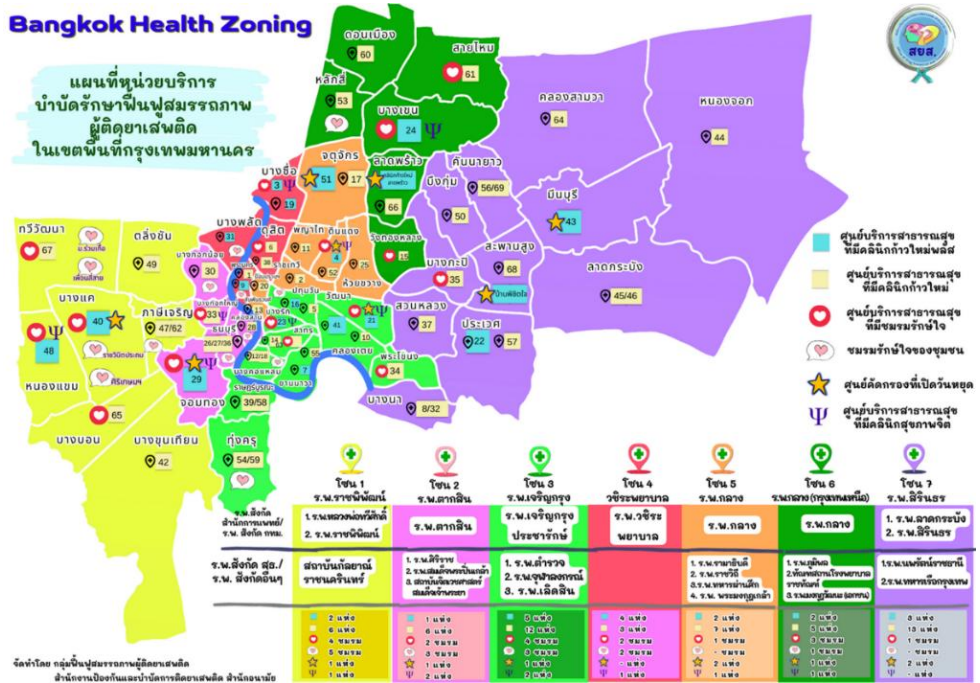
1. สัดส่วนของ Bangkok Health Zoning ที่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแบบบูรณาการ ทั้งงานส่งเสริมป้องกัน วินิจฉัย รักษา และการดูแลต่อเนื่อง

2. ทบทวนผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน วินิจฉัย รักษา และการดูแลต่อเนื่อง ผ่านการสนับสนุนระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต 45 เขต จากทั้งหมด 50 เขต สํารวจและพัฒนาศูนย์สุขภาพจิตใน Bangkok Health Zoning มีสถานพยาบาลที่มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทุกโซน เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์พัฒนาการบริการผู้ป่วยในจิตเวช

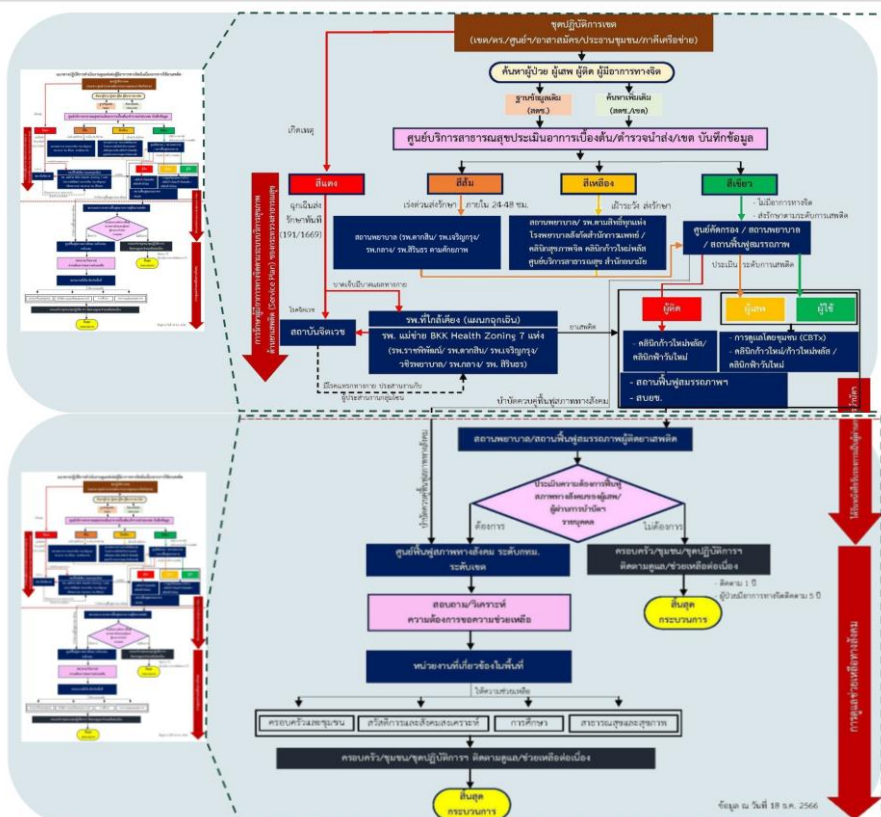
ตารางที่ 10 แสดงรายชื่อสถานพยาบาลใน Bangkok Health Zoning

หน่วยบริการ	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7
กรมจิต	ส.กัลยาณมิตร ส.เด็กและวัยรุ่น	ส.สมเด็จเจ้า ส.เด็กและวัยรุ่น	ส.สมเด็จเจ้า ส.เด็กและวัยรุ่น	ส.สมเด็จเจ้า ส.เด็กและวัยรุ่น	ส.สมเด็จเจ้า ส.ราชาฯ	รพ.ศรีธัญญา ส.ราชาฯ	ส.สมเด็จเจ้า ส.ราชาฯ
ส.แพทย์ *Sub Acute Ward	รพ.ราชพิพัฒน์ รพ.หลวงพ่อกว้าง รพ.ศิริราช	รพ.ตากสิน	รพ.เจริญกรุง	รพ.วชิระ	รพ.กลาง	รพ.กลาง	รพ.ศิริราช รพ.ลาดกระบัง
ศบส. ที่มีคลินิก จิตเวช	ศบส. 48	ศบส. 29, 33	ศบส. 21, 23	ศบส. 3	ศบส. 4	ศบส. 24	-
ก้าวใหม่ พลัส	ศบส. 40, 48	ศบส. 29	ศบส. 7, 16, 21, 23, 41	ศบส. 3, 9, 19, 31	ศบส. 4, 51 ก้าวใหม่ ลาดพร้าว	ศบส. 24	ศบส. 22, 43 บ้านพิชิตใจ (IMC)
เขต	ทวีวัฒนา, ตลิ่งชัน, หนองแขม, บางแค, ภาษีเจริญ, บางบอน, บางขุนเทียน	บางกอกน้อย, บางกอกใหญ่, ธนบุรี, จอมทอง, คลองสาน	ทุ่งครุ, ราษฎร์บูรณะ, บางคอแหลม, ยานนาวา, สาทร, บางรัก, ปทุมวัน, วัฒนา, พระโขนง, คลองเตย	บางพลัด, พระนคร, ดุสิต, บางซื่อ	จตุจักร, ห้วยขวาง, ดินแดง, พญาไท, ราชเทวี, ป้อมปราบฯ, สัมพันธวงศ์	วังทองหลาง, ลาดพร้าว, บางเขน, หลักสี่, สายไหม, ดอนเมือง	ปทุมวัน, มีนบุรี, คันนายาว, บางกะปิ, คลองสามวา, หนองจอก, ลาดกระบัง, สวนหลวง, สะพานสูง, ประเวศ, บางนา

ภาพที่ 73 แนวทางการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลใน Bangkok Health zoning



แนวทางการดูแลส่งต่อผู้มีอาการทางจิตอันเนื่องจากการใช้ยาเสพติด

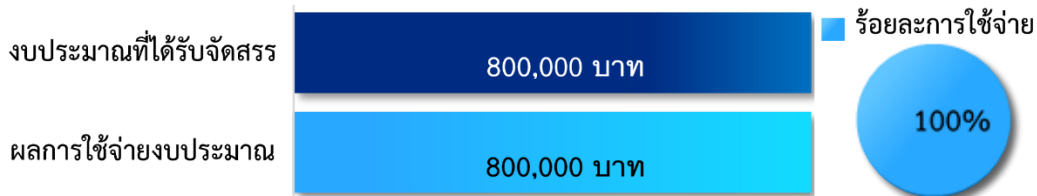




3. ร้อยละ 80 ของเขตที่มีคลินิก/สถานบริการจิตเวชในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวนคลินิกจิตเวชที่เปิดบริการจิตเวชในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 88 คลินิก จำแนกตามพื้นที่ได้ 40 เขต จากทั้งหมด 50 เขต

4. ร้อยละ 11.59 ของ ศบส. ที่มีระบบบริการด้านการรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น Home Psychiatric Ward การเปิดบริการรับจ่ายยาแบบ Node 8 ศบส. จากทั้งหมด 69 ศบส.

5. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยทางจิตเวชในโรคที่สำคัญในกรุงเทพมหานคร ในระบบฐานข้อมูลกลางระดับประเทศ Health Data Center เพิ่มขึ้น ในปี 2567



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค :

1. กรุงเทพมหานคร มีสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้หลากหลายสังกัด ไม่มีคณะทำงานในการวางนโยบาย ออกแบบวางแผนงานด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจน การประสานงานในรูปแบบคณะกรรมการ Plan สาขาจิตเวชเป็นไปแนวระนาบ ไม่มีข้อสั่งการลงไปฝ่ายปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

2. คณะกรรมการ Plan สาขาจิตเวช และคณะกรรมการ Service Plan สาขายาเสพติดของกรุงเทพมหานคร ยังแยกส่วนกัน โดยในสถานการณ์ปัจจุบัน งานจิตเวชและยาเสพติดมีความเกี่ยวข้องกันมาก

3. ตามคำสั่งเดิมของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (ลคสช.) ในส่วนของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

4. ปัจจุบันการจัดเก็บข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยยังไม่มีหน่วยงานกลางรวบรวม ทำให้การเชื่อมโยงและการนำข้อมูลไปใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

1. เสนอแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด โดยมีผู้นำในพื้นที่เป็นประธาน เพื่อทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบครบวงจรทั้งนโยบาย แผนงาน ติดตาม และพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช

2. เสนอให้ควรรวมคณะกรรมการ Service plan สาขาจิตเวชและยาเสพติด

3. เสนอให้หน่วยงานกลางของกรุงเทพมหานครเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบและการเข้าถึงบริการทางจิตเวชในพื้นที่

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



► ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

24. โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและสมรรถภาพจิตใจประชาชนวัยทำงาน

หลักการและเหตุผล

จากรายงานสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประจำปี 2563 แสดงให้เห็นสัดส่วนข้อมูลของการพึ่งพิงวัยแรงงานในปัจจุบัน พบว่า จากวัยแรงงาน 3.6 คน ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเหลือวัยแรงงาน 1.8 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน โดยคาดการณ์ว่า ตัวเลขจะเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี 2583 (สำนักงานสภาพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์สุขภาพของ คนวัยทำงานทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า เกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาส 1 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้สรุปข้อมูลความเคลื่อนไหวทางสังคม ในประเด็นสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า มีภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ ไตรมาสเดียวกันในปี 2564 ซึ่งสามารถจำแนกได้ว่ากลุ่มคนวัยทำงานในช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปี เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด อีกทั้ง ยังพบปัญหาความรุนแรง ในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเครียดทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ ในครอบครัวและการใช้สารเสพติด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) และยังพบข้อมูลความเคลื่อนไหวและความเปลี่ยนแปลงด้านรายได้และเงินออมของแรงงาน ที่สำคัญ ได้แก่ วงเงินออมของคนวัยแรงงานในปี 2564 ลดลงร้อยละ 43.8 เมื่อเทียบกับปี 2562 (ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด, 2564) และสัดส่วนครัวเรือน มีหนี้สินเพิ่มขึ้น จาก 45.2 ในปี 2562 เป็น 51.5 ในปี 2564 (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2564) ทั้งนี้ ผลกระทบจาก สถานการณ์ดังกล่าว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงาน โดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการทำาน องค์กร ระบบเศรษฐกิจ และความมั่นคงของสังคมอีกด้วย ดังนั้น การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตคนวัยทำงาน จึงควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสุข และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ประชาชน เพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) เป็นเกราะป้องกันด้านจิตใจ และลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่คนวัยทำงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จึงมีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีสุขภาวะที่ดี พร้อมเป็น กำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้มากยิ่งขึ้น

ภาพที่ 74 โครงการ Healthy Living





วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนา สนับสนุนให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงาน
2. เพื่อพัฒนาและขยายเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ
3. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและสมรรถภาพจิตใจแก่ประชาชนวัยทำงาน

เป้าหมาย

ประชาชนวัยทำงานกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15-59 ปี) จำนวน 800,000 คน พื้นที่เป้าหมาย ในสถานประกอบการ/องค์กร มหาวิทยาลัย และชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 85 ของประชาชนวัยทำงานมีสุขภาพจิตดี
2. สถานประกอบการ/องค์กรเป้าหมายร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเพื่อขับเคลื่อนเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 90.44 ของประชาชนวัยทำงานมีสุขภาพจิตดี (จำนวน 14,889 คน จากจำนวน 16,463 คน)
2. สถานประกอบการ/องค์กรในพื้นที่เป้าหมายเขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร เข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี จำนวน 49 เครือข่าย รวม 389 แห่ง
3. สถานประกอบการ/องค์กรลงทะเบียนใช้ระบบ Mental Health Check-in เพื่อคัดกรอง/สำรวจสุขภาพจิตบุคลากรในองค์กร จำนวน 3,677 แห่ง
4. บุคลากรภาคีเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดีในสถานประกอบการ/องค์กรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพแกนนำหลักสูตรเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Adviser) รวมทั้งสิ้น 56 คน ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ โดยกลุ่ม Mental Health Leader สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในการดูแลบุคลากรในสถานประกอบการ/องค์กร ได้มากกว่า 320,607 คน
5. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวตามมติสมัชชาครอบครัวผ่านโครงการ/กิจกรรม “สร้างสุข ทุกพื้นที่ปลอดภัย” ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ โดยดำเนินการใน Setting/ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว 4 แห่ง โรงเรียน 3 แห่ง ชุมชน 3 แห่ง สถานประกอบการ 2 แห่ง และบูรณาการร่วมกับความรู้ด้านกฎหมาย 1 แห่ง
6. ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงานผ่านการบูรณาการวิชาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ 1) โครงการสถานประกอบการปลอดภัย



ปลอดภัย ภูมิใจเป็นสุข ร่วมกับกรมควบคุมโรค และกรมอนามัย 2) โครงการขับเคลื่อนสุขภาวะ
คนทำงานในสถานประกอบการอย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living) ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข 3) โครงการพัฒนาจังหวัด “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี” ร่วมกับสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ 4) โครงการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการ
เพื่อสร้างเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาวะใน 4 มิติ (กาย ใจ สังคม จิตปัญญา) ร่วมกับกรมอนามัย



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. จำนวนบุคลากรผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
ประชาชนวัยทำงานไม่เพียงพอต่อการดูแลประชาชนที่อยู่ในช่วงกำลังแรงงานทั่วประเทศ
2. การติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานในเชิงคุณภาพ เช่น การรวบรวมผลการประเมิน
สุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายก่อน และหลังการร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 เดือน ไม่สามารถติดตาม
ติดตามข้อมูลพฤติกรรม การขาด ลา มาสาย ลาออก ของบุคลากรในสถานประกอบการ/องค์กร
ได้ครบถ้วน เนื่องจากเป็นข้อมูลเฉพาะเจาะจง เป็นความลับ อาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์
3. ประชาชนวัยทำงานในทุก Setting (สถานประกอบการ/องค์กร มหาวิทยาลัย และชุมชน)
ยังมีความต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในด้านการขอรับการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและ
การบำบัดรักษา ที่สะดวกรวดเร็ว/มีช่องทางพิเศษ สามารถรักษาความลับเป็นอย่างดี และไม่ส่งผล
กระทบต่อหน้าที่การทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดนโยบายหรือประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต ประชาชนวัย
ทำงานในระดับกรมหรือกระทรวงร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อสร้างการรับรู้ เพิ่มความเข้าใจ
เล็งเห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิตให้กับสถานประกอบการ/องค์กรอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการบูรณาการความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขใน
การดำเนินงานร่วมกันหรือจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพจิต
และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ/องค์กรอย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรพิจารณาเพิ่มจำนวนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตและ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงาน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต



25. โครงการขับเคลื่อนกลไกการดูแลสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หลักการและเหตุผล

จากข้อเท็จจริงที่องค์การอนามัยโลกเปิดเผยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช (Mental Health Disorder) ในปี 2562 พบว่า ในประชากร 8 คน จะพบผู้ที่มีโรคทางจิตเวช 1 คน หรือประชากร 970 ล้านคนทั่วโลกอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ในขณะเดียวกันข้อมูลจาก Mental Health Check In พบข้อมูลด้านสุขภาพจิตของคนไทยมีความเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตายและมีภาวะหมดไฟร้อยละ 8.87, 10.65, 6.03 และ 4.68 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2563 - 27 ตุลาคม 2566) ปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติ หรือแม้แต่ในชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงมักขาดโอกาส การสนับสนุนจากสังคม ความเหลื่อมล้ำและความไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน อาจนำไปสู่ผลกระทบปัญหาในด้านอื่น ๆ มากขึ้น เช่น ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายเป็นวงกว้าง

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานสุขภาพจิตผ่านกลไกการดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบบริการที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด อีกทั้งเป็นการบูรณาการดำเนินงานที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน และนำพาประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและทั่วถึง ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต นำไปสู่ความสามารถในการวางแผนดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัวและคนรอบข้าง ให้มีสุขภาพจิตที่ดี
2. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมในการดำเนินงานสุขภาพจิต
3. เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการและนำฐานข้อมูลสุขภาพจิตเชิงประจักษ์ของประเทศไปใช้ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ภาพที่ 75 การสร้างความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย

เป้าหมาย

ประชาชนในชุมชนทั่วประเทศ ในพื้นที่ระดับตำบลภายใต้อำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิต เข้ากับ พขอ. 878 อำเภอ/50 เขตใน กทม.





ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 80 ของอำเภอเข้าร่วมบูรณาการร่วมกับ พชอ./พช. มีทีม 3 หมอที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพพร้อมระบุทีมสุขภาพจิตและจิตเวชที่รับผิดชอบ

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 99.46 ของอำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 873 อำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พช.) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต (อำเภอ) รวมเป็น 923 อำเภอ

2. มีบุคลากรในเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาจนสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) ในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และ กทม. จำนวน 8,480 คน

3. มีทีมสามหมอที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จำนวนสะสมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทั้งสิ้น 16,844 คน แบ่งเป็นหมอที่ 1 จำนวน 14,142 คน หมอที่ 2 จำนวน 2,309 คน และหมอที่ 3 จำนวน 393 คน

4. มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care Unit : PCU) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 3,703 แห่ง

5. มีประชาชนที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตจาก PCU จำนวน 752,198 คน

6. มีกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจจำนวน 68,141 คน แบ่งเป็น ผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 31,307 คน ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 13,639 คน ผู้ป่วยจิตเวช/ติดสุรา สารเสพติดจำนวน 8,130 คน และผู้พิการทางกาย จำนวน 15,065 คน

7. มีประชาชนที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตจาก PCU จำนวน 752,198 คน

8. มีเครือข่ายพลเมืองที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสังคมสุขภาพจิตดีและผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน จำนวน 10 เครือข่าย ดังต่อไปนี้ 1) คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ระดับเขต (พชอ./พช.) 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ., อบต., เทศบาล, สำนักพัฒนาสังคม) 4) เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพจิต : Mental Influence Team 5) เครือข่ายผู้รับผิดชอบงานความรอบรู้สุขภาพจิตงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย 6) ชมรมผู้สูงอายุ 7) มหาวิทยาลัยราชภัฏ/มหาวิทยาลัยราชชมงคล 8) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) 9) สถานประกอบการ 10. ทีมสาธารณสุขระดับจังหวัด (รพช., รพท., รพศ.)

9. ร้อยละ 94.74 ของประชาชนในชุมชนที่ร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 11,534 คน จากจำนวน 12,175 คน (จาก Mental Health Check-In)

10. ร้อยละ 98.80 ของชุมชนที่ร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 82 ชุมชน จากจำนวนชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินงานทั้งหมด 83 ชุมชน



งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

7,000,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

7,000,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

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

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในมิติส่งเสริมป้องกันฯ ให้มากขึ้น
2. ร่วมกันออกแบบและกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพจิต ร่วมกับเครือข่ายพลเมืองที่เข้าร่วม เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานที่มีต่อประชาชน พร้อมทั้งพัฒนาระบบรายงานข้อมูลให้ง่ายขึ้น

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

ภาพที่ 76 กิจกรรมขยะแลกบุญ เพื่อนำเข้า
กองทุนช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง
ในชุมชน



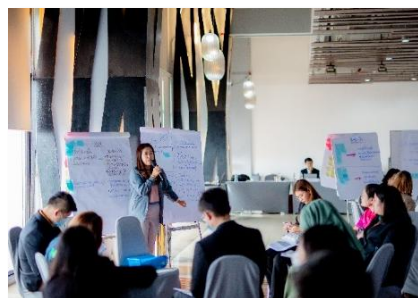
ภาพที่ 78 การสร้างพลังใจ ลดภาวะซึมเศร้า
ด้วยวิถีชุมชนไทยพวน



ภาพที่ 77 กิจกรรมปฏิทินยา รักษาใจ



ภาพที่ 79 การสร้างความร่วมมือการดำเนินงาน
ร่วมกับเครือข่าย



26. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแล บำบัดรักษาอย่างถูกต้อง อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในสังคมส่วนรวม จากข้อมูลผลการดำเนินงาน ของสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ ประจำปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษารวมทั้งสิ้น 2,161 ราย โดยเป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป จำนวน 1,892 ราย และเป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) จำนวน 269 ราย เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการคุ้มครองสิทธิ และได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง ลดอาการความผิดปกติ ลดความรุนแรง ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของบุคคลนั้น และของผู้อื่นในสังคม รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิต จึงจำเป็นต้องดำเนินการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจ ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ สู่สังคม รวมทั้งพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และจิตเวช รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นที่เข้าใจและเกิดผลอันดีต่อผู้มีปัญหาทางจิตและจิตเวช และสังคมทุกภาคส่วน โดยประสานความร่วมมือในระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ เช่น ตำรวจ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/พนักงานฝ่ายปกครอง ฯลฯ

วัตถุประสงค์

1. ผู้มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิและได้รับการดูแลอย่างครบวงจร เพื่อลดอาการความผิดปกติความรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของบุคคลนั้น และของผู้อื่นในสังคม
2. สถานบำบัดรักษา สามารถดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตอย่างครบวงจรตามกฎหมายของกฎหมายสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ ในระดับพื้นที่
4. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้มีความผิดปกติทางจิตได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามดูแล ตามมาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมาย

ผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัด
ในพื้นที่เขตสุขภาพ 13 แห่ง

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน

ภาพที่ 80 ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิต
แห่งชาติ





ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน โดยมีจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนตามแนวทางที่กำหนดอย่างน้อย 4 ข้อ จำนวน 76 จังหวัด (ไม่นับรวมกทม.)

2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติและคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ รวมทั้งหน่วยงานภายในกรมสุขภาพจิต ทั้งศูนย์สุขภาพจิตและหน่วยบริการจิตเวชในพื้นที่ ดังนี้

1) จัดทำ (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. โดยคณะอนุกรรมการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตให้ความเห็นชอบ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา

2) จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2661 - 2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ความเห็นชอบ และเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา และหากได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีแล้วจะได้ประกาศใช้แผนฯ รวมทั้งเผยแพร่ให้ทราบโดยทั่วกัน

3) จัดทำอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ พร้อมลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต พ.ศ. 2567

4) ปรับปรุงคำสั่งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ได้แก่ คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่ 2/2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดและกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพครบถ้วนทั้ง 77 จังหวัด

5) ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ผ่านคณะทำงานเฉพาะด้าน ได้แก่ (1) ขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย (2) ขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (V - Care) (3) ขับเคลื่อนระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการ (4) ขับเคลื่อนระบบดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบกิจการ และ (5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน

6) ขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ผ่านหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตและคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด ซึ่งมีการดำเนินงานครบทั้ง 76 จังหวัด ภายใต้การดำเนินงานอย่างน้อย 2 ประเด็นจาก 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ (1) การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (2) การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (3) การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด และ (4) การติดตามดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ



งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

4,000,000 บาท

ร้อยละการใช้จ่าย

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

3,875,000 บาท
(คืนเงินคงเหลือ 125,000 บาท เรียบร้อยแล้ว)

100%

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

1. การขับเคลื่อนการประชุมคณะอนุกรรมการฯ จังหวัด ต้องบูรณาการร่วมกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่ที่ผ่านมาอาจยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากบางจังหวัดอย่างเต็มที่
 2. ผู้รับผิดชอบทั้งในระดับจังหวัด รพท./รพช./สสอ./รพสต. มีภาระงานค่อนข้างมาก และต้องรับผิดชอบหลายภารกิจ จึงทำให้การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร
 3. ผู้รับผิดชอบบางพื้นที่ขาดองค์ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ
 4. ผู้รับผิดชอบบางพื้นที่มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
 5. บุคลากรด้านสาธารณสุขโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำให้การประสานงานต้องผ่าน อบจ. ส่งผลให้การติดตามประสานงานในพื้นที่ที่แบ่งเขตความรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดชะงัก ไม่ต่อเนื่อง
- (ที่มา : สสจ.ซึ่งเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต)

ข้อเสนอแนะ

1. กรมสุขภาพจิตควรสื่อสารนโยบายบูรณาการและเชื่อมโยงงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ควรจัดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานจิตเวชและยาเสพติด พร้อมทั้งความก้าวหน้าในสายงาน
3. จัดให้มีหน่วยงาน/ศูนย์วิชาการเข้ามาเป็นพี่เลี้ยง เพื่อให้ความช่วยเหลือ/ชี้แนะแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีเป้าหมาย
4. ทีมพี่เลี้ยงของจังหวัด รพ.จิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต ควรบูรณาการงานร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินงานซ้ำซ้อนกัน
5. จัดประชุมแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับมอบงานระดับจังหวัดและถอดบทเรียนหรือเผยแพร่ผลงานของจังหวัดที่ดำเนินการได้ดี (Best Practice) เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานให้กับจังหวัดอื่น ๆ



6. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ผ่านช่องทางกลุ่ม Line ต่าง ๆ ในชุมชน, Facebook/เว็บไซต์ ของหน่วยงานรัฐ/ชุมชน, เสียงตามสายในโรงพยาบาล/หมู่บ้าน/โรงเรียน, การเทศนาของพระภิกษุ และแกนนำเยาวชนในสถานศึกษา

(ที่มา : สสจ.ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

ภาพที่ 81 สารสำคัญร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ...





► ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง

27. โครงการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิตปรับบทบาทภารกิจให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยกำหนด ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง เพื่อให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชในภาพรวมของประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนางานสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 - 2580 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ภายใต้ประเด็นที่ 5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยกรมสุขภาพจิตได้กำหนดให้สำนักวิชาการสุขภาพจิต ที่มีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา ค้นคว้า วิจัย การจัดการความรู้ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้สอดคล้องตามประเด็นสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศ รวมทั้งควบคุม กำกับ พัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และสนับสนุนการนำผลงานวิชาการประเภทต่าง ๆ ไปใช้ประโยชน์ เกิดเป็นเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตได้

กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการ จำเป็นต้องพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่องในทุกหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต เนื่องจากบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีการโอนย้ายงาน หมุนเวียน ลาออก เข้ามา รับงานใหม่หรือเกษียณอายุราชการ รวมทั้งการให้บริการต่างๆ ทำให้การทำงานด้านวิชาการน้อยลง และจากการนิเทศงานวิชาการ พบว่า มีความจำเป็นต้องทบทวนให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและทักษะวิชาการให้สอดคล้องกับองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทิศทางการสรรหาประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่ช่วยเสริมการพัฒนางานวิชาการของบุคลากรและองค์กรอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับบุคลากรระดับหน่วยงาน และระดับกรมสุขภาพจิต
2. เพื่อพัฒนาความคิด ริเริ่มในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เพื่อสร้างและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถทางการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์
4. เพื่อสร้างกระบวนการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อเนื่องไปในทิศทางเดียวกัน
5. เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่หลากหลาย และสามารถนำไปใช้ในการลดช่องว่างและพัฒนาการดำเนินงานทั้งระดับหน่วยงานและระดับกรมได้



เป้าหมาย

บุคลากรสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งสาขาวิชาชีพและงานสนับสนุน จำนวน 500 คน/ในพื้นที่ทุกหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 15 ของบุคลากร (กรมสุขภาพจิต) ที่เข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการนำผลงานไปนำเสนอในหัวข้องานประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

2. ร้อยละ 75 ของหน่วยงาน (สังกัดกรมสุขภาพจิต) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment: ROI) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 14.56 ของบุคลากร (กรมสุขภาพจิต) ที่เข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการนำผลงานไปนำเสนอในหัวข้องานประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต (จำนวนบุคลากร 74 คน จากบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 508 คน)

2. ร้อยละ 71.74 ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment: ROI) (จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 33 หน่วยงาน จากหน่วยงานเป้าหมายทั้งหมด สังกัดกรมสุขภาพจิต 46 หน่วยงาน)

ภาพที่ 82 การอภิปราย “มูลค่างานสุขภาพจิตเพื่อการพัฒนาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข”



ด้านการวิจัย	ด้านการพัฒนาระบบและบุคลากร
• การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี สำหรับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและนักวิชาการกรมสุขภาพจิต (Good Clinical Practice: ICH GCP) • การพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรมสุขภาพจิต • การเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน • การจัดทำข้อเสนอการศึกษาความคุ้มค่าของบริการด้านสุขภาพจิต	• การจัดการความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช • การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ (MH Journal Club) • การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นด้านสุขภาพจิตและจิตเวช • การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสืบค้นงานวิชาการและการใช้โปรแกรมสำหรับจัดเก็บรายการบรรณานุกรมที่หลากหลายสำหรับงานวิจัย • การพัฒนางานแบบ Routine to Research (R2R)



ด้านการวิจัย	ด้านการพัฒนาระบบและบุคลากร
• การพัฒนา (ร่าง) ข้อเสนอการศึกษาความคุ้มค่าของบริการด้านสุขภาพจิต • การจัดนิทรรศการและเข้าร่วมนำเสนอผลงานและนวัตกรรมสุขภาพจิตที่มีความพร้อมใช้สู่การนำไปใช้ประโยชน์ในระดับชุมชน/องค์กร (และกิจกรรม Business Matching) ในงาน “มหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ 2567” (Thailand Research Expo 2024) ครั้งที่ 19 ภาพที่ 83 Thailand Research Expo 2024 	• การเขียนผลงานวิจัย/งานวิชาการเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการที่มีคุณภาพมาตรฐาน • การจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผลิตภัณฑ์/บริการ หรือ โครงการ/กิจกรรม หรือชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต • การพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมสุขภาพจิตด้านการประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต • ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตจากทั้งภายในและภายนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต • ทำเนียบผู้เข้ารับการอบรม ROI และ SROI และการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

1,400,000 บาท

ผลการใช้จ่ายงบประมาณ

1,300,250 บาท



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

ผลการดำเนินงานของกิจกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมายในเชิงคุณภาพ แม้จะได้รับความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ควรกำหนดประเด็นการประชุมและระบุคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมประชุมให้ชัดเจนและตรงกับเป้าหมายของการประชุม เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถคัดเลือกบุคลากร ที่จะเข้าร่วมประชุมได้ตรงประเด็น เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนผลลัพธ์ของการประชุมให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักวิชาการสุขภาพจิต



28. โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

ระบาดวิทยาสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่บอกถึงขนาดของปัญหา การกระจาย สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการ และผู้สนใจในการนำไปใช้วางแผนควบคุมป้องกัน รวมทั้ง เฝ้าระวังเชิงนโยบาย เฝ้าระวังวิชาการ และสื่อสารสู่สังคม

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งเชิงรับ (Passive Surveillance) และเชิงรุก เฉพาะพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง (Active, Sentinel Surveillance)
2. พัฒนาระบบการศึกษาทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
3. พัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568)

เป้าหมาย

ควบคุมป้องกันโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. จำนวนรายงานโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ผ่านเว็บไซต์ hdcservice.moph.go.th อย่างน้อย 22 รายงาน
2. ชุดข้อมูลจากการเฝ้าระวัง อย่างน้อย 2 ชุดข้อมูล
3. จำนวนรายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ อย่างน้อย 10 เรื่อง

ผลการดำเนินงาน

1. เฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีการรายงานเป็นปกติประจำ (Passive Surveillance) รายงานโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ hdcservice.moph.go.th 30 รายงาน และได้ 30 ชุดข้อมูล ทั้งนี้ สามารถสืบค้นรายงานผ่าน website ดังนี้: HDC-dash-board >> ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >> สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช >> รายงานที่ 22-24 ดังนี้

ภาพที่ 84 การนำข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตไปใช้ประโยชน์ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในเวทีประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 23





1) รายงานที่ 22 : ลักษณะการรับบริการของกลุ่มโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ จำนวนคน จำนวนครั้ง จังหวัด เขตสุขภาพ และภาพรวมประเทศ

2) รายงานที่ 23 : อัตราป่วยรายใหม่และความชุกของโรคจิตเวชที่สำคัญ จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัด เขตสุขภาพ และภาพรวมประเทศ

3) รายงานที่ 24 : ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่มีโรคอื่นร่วมด้วย จำแนกตามจังหวัดเขตสุขภาพ และภาพรวมประเทศ

2. เฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเชิงรุกและเฉพาะพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง (Active, Sentinel Surveillance) ในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตคนไทย มีการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในสถานการณ์ปัจจุบัน 2 ครั้ง ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่เป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือน ใช้เครื่องมือ ST-5 และ PHQ-9 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยปี 2567 สูงขึ้นกว่า 2 เท่าในช่วง 6 เดือน โดยความเครียดจากร้อยละ 2.2 เป็น 4.5 ภาวะซึมเศร้าจากร้อยละ 3.0 เป็น 10.8 และความคิดทำร้ายตนเองจากร้อยละ 0.6 เป็น 1.4 ดังนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับควรเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมรับมือเพื่อการควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยในพื้นที่รับผิดชอบ

3. การพัฒนาระบบการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566

1) นำชุดข้อมูลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 (TNMHS2023) ไปใช้จัดทำบทความเผยแพร่ในวารสารวิชาการ 5 เรื่อง ได้แก่ พฤติกรรมฆ่าตัวตายของคนไทย รูปแบบการใช้สารเสพติดของคนไทย โรคร่วมของโรคซึมเศร้าของคนไทย ประสิทธิภาพคล้ายโรคจิตของคนไทย และโรคจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และอยู่ระหว่างการพัฒนา 2 เรื่อง ได้แก่ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญของคนไทย และแบบแผนการดื่มสุราของเยาวชนไทยกับโรคจิตเวชและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2) เผยแพร่ผลเฝ้าระวังเชิงรับและการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2567 ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 ณ ศูนย์การค้าไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร ในรูปแบบ Symposium เรื่อง “ข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตกับการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู”

3) เผยแพร่รายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบ Infographic 10 เรื่อง ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ไลน์กลุ่มเครือข่ายระบาดวิทยาสุขภาพจิต และนักวิชาการ Facebook สำนักวิชาการสุขภาพจิต Facebook กรมสุขภาพจิต และคลังความรู้สุขภาพจิต



4. การพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับ ปี พ.ศ. 2568) กรมสุขภาพจิตพัฒนาดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2550) ซึ่งพัฒนาตามบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 17 ปีที่ผ่านมา การพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ตามสถานการณ์ ณ ปัจจุบัน เป็นการเปิดโอกาสให้คนไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประเมินสภาพจิตใจตนเอง ครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นการดำเนินงานสุขภาพจิตเชิงรุกในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ทั้งนี้ วางแผนพัฒนาต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้เครื่องมือวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) ฉบับทดสอบภาษา จำนวน 56 ข้อ



ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค : -

ข้อเสนอแนะ : -

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักวิชาการสุขภาพจิต

29. โครงการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนของการรักษาโรคจิตเภท

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช โดยพบร้อยละ 40 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จะเริ่มมีอาการเมื่อวัยหนุ่มสาว และกำเนิดรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักมีอาการเรื้อรังและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น จะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และการเข้าสังคม ประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด มีพฤติกรรมรุนแรง การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังถึงแม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว มีเพียงร้อยละ 2 - 4 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะหาย ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ยอมรับประทานยา ไม่พบแพทย์ตามนัด ทำให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำและกลับมาเป็นซ้ำ เป็นปัญหาที่พบได้มากสถานการณ์การกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และเกิดอาการรุนแรงขึ้นได้ จากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยยังมีน้อย กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของผลกระทบดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังขึ้นโดยจะมีการศึกษาทางระบาดวิทยาศึกษาความชุก อุบัติการณ์ เพื่อให้เห็นภาระของโรค ศึกษาประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ และศึกษามุมมองของระบบสุขภาพ มุมมองของผู้ให้บริการ มุมมองของผู้ป่วย มุมมองทางสังคม เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวโครงการนี้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แผนระดับต่าง ๆ ของประเทศและนโยบายที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการขับเคลื่อนงานเชิงบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ภาพที่ 85 ประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงาน
สุขภาพจิตและยาเสพติดในกลุ่มที่มีความ
เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)



วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนของการรักษาโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เกิดความเชื่อมโยงทุกภาคส่วนและมีประสิทธิภาพ



เป้าหมาย

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

การศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่นกลุ่มใหม่ ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ผลการดำเนินงาน

1. สืบหาข้อมูลเบื้องต้นการใช้ยา LAI รายงานผลการสำรวจสัดส่วนการใช้ยาฉีด และรายชื่อจิตแพทย์ผู้สั่งยา

2. ประชุมหารือผู้เชี่ยวชาญเพื่อเตรียมโครงร่าง LAI ดังนี้

1) จัดทำโครงร่างการศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่นกลุ่มใหม่ ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เสนอต่อ สำนักงาน ป.ป.ส.

2) จัดทำโครงการนำร่องและติดตามการใช้ยา Aripiprazole Extended Release Injectable ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เสนอต่อ สปสช.

3. จัดเตรียมโครงร่าง LAI ดังนี้

1) เสนอโครงการศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่นกลุ่มใหม่ ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ต่อ สำนักงาน ป.ป.ส. พิจารณาเห็นชอบสนับสนุนโครงการ

2) เสนอโครงการนำร่องและติดตามการใช้ยา Aripiprazole Extended Release Injectable ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ต่อ สปสช. พิจารณาเห็นชอบสนับสนุนโครงการ

3) จัดทำ (ร่าง) แนวทางการใช้ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่นกลุ่มใหม่ ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของโรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต

4) พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้งานติดตามประเมินผลการใช้ยาฉีดออกฤทธิ์เนิ่น (LAIs)



- 5) พัฒนาระบบกระจายยาและบริหารจัดการแลกเปลี่ยนยาฉีดออกฤทธิ์เน้นระหว่างสถาบันและ รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต (คลังยากลางจิตเวช)
- 6) ดำเนินการจัดซื้อยาฉีดออกฤทธิ์เน้น (LAI) ตามระเบียบและวิธีการทางพัสดุ
- 7) ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางการใช้ยาฉีดออกฤทธิ์เน้นกลุ่มใหม่ (LAIs) ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต
- 8) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัยประเมินผลด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข



ระยะเวลาดำเนินการ : 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567

ปัญหาอุปสรรค

การศึกษาประสิทธิภาพผลยา LAI ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ปรึกษาหารือและเชิญผู้เชี่ยวชาญจาก HITAP และมหาวิทยาลัย เข้าร่วมเป็นที่ปรึกษาโครงการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



ส่วนที่ 3

รายงานการเงิน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



1. รายงานการเงินของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิต จัดทำรายงานการเงินตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐ โดยรวมรายการบัญชีที่เกิดขึ้นทั้งหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนภูมิภาค จำนวน 21 หน่วย ซึ่งแต่ละหน่วยเบิกจ่ายรับผิดชอบบริหารจัดการเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ ที่ได้รับการจัดสรร โดยรายการบัญชีของหน่วยเบิกจ่ายทุกแห่ง ได้นำมาแสดงรวมไว้ในงบการเงินฉบับนี้ โดยมีกองบริหารการคลังเป็นผู้รับผิดชอบในการเสนอรายงานและจัดทำงบการเงินภาพรวม ของกรมสุขภาพจิต

► นโยบายการบัญชีที่สำคัญ

เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

- เงินอุดหนุนราชการ เป็นเงินที่กรมสุขภาพจิตได้รับจากรัฐบาลเพื่ออุดหนุนจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายปลีกย่อยในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตตามวงเงินที่ได้รับอนุมัติ และต้องคืนให้รัฐบาลเมื่อหมดความจำเป็นในการใช้เงิน แสดงไว้เป็นเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดซึ่งมียอดตรงกันข้ามกับรายการเงินอุดหนุนราชการรับจากคลังภายใต้หัวข้อหนี้สินไม่หมุนเวียน
- รายการเทียบเท่าเงินสด ได้แก่ เงินลงทุนระยะสั้นที่มีสภาพคล่องซึ่งมีระยะเวลาครบกำหนดที่จะเปลี่ยนให้เป็นเงินสดได้ภายใน 3 เดือน เช่น เงินฝากประจำ เป็นต้น

ลูกหนี้การค้า หมายถึง ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล แสดงด้วยมูลค่าสุทธิที่จะได้รับค่าเพื่อหนี้สงสัยจะสูญจะตั้งขึ้นสำหรับลูกหนี้ ส่วนที่คาดว่าจะไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ โดยใช้วิธีคำนวณร้อยละของยอดลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแยกตามประเภทลูกหนี้คงเหลือ ณ วันสิ้นรอบระยะเวลาบัญชี

สินค้าคงเหลือ เป็นสินค้าสำเร็จรูปบันทึกบัญชีโดยวิธีการตรวจนับเมื่อสิ้นงวดและตีราคาสินค้าคงเหลือตามราคาทุนโดยวิธีเข้าก่อนออกก่อน (First in – First out : FIFO)



อาคาร และอุปกรณ์

● อาคารและสิ่งปลูกสร้าง ทั้งอาคารและสิ่งปลูกสร้างที่กรมสุขภาพจิตมีกรรมสิทธิ์ และไม่มีกรรมสิทธิ์ แต่กรมสุขภาพจิตได้ครอบครองและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน แสดงมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม อาคารที่อยู่ระหว่างการก่อสร้างแสดงตามราคาทุน

● อุปกรณ์ ได้แก่ ครุภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ แสดงมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุน หักค่าเสื่อมราคาสะสม

● ค่าเสื่อมราคา บันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน คำนวณ โดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับหลักการและนโยบายบัญชี สำหรับหน่วยงานภาครัฐ และกรมสุขภาพจิตกำหนดอายุการใช้งาน ดังนี้

- อาคารพักอาศัย	อายุการใช้งาน	25	ปี
- อาคารสำนักงาน	อายุการใช้งาน	25	ปี
- อาคารเพื่อประโยชน์อื่น	อายุการใช้งาน	10	ปี
- สิ่งปลูกสร้าง	อายุการใช้งาน	10	ปี
- ครุภัณฑ์สำนักงาน	อายุการใช้งาน	8	ปี
- ครุภัณฑ์ยานพาหนะ	อายุการใช้งาน	7	ปี
- ครุภัณฑ์ไฟฟ้า	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์โฆษณา	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์การเกษตร	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์โรงงาน	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์ก่อสร้าง	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์สำรวจ	อายุการใช้งาน	8	ปี
- ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	อายุการใช้งาน	3	ปี
- ครุภัณฑ์การศึกษา	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครุภัณฑ์งานบ้าน	อายุการใช้งาน	5	ปี



- ครูภัณฑ์กีฬา	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครูภัณฑ์ดนตรี	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครูภัณฑ์สนาม	อายุการใช้งาน	5	ปี
- ครูภัณฑ์อื่น ๆ	อายุการใช้งาน	5	ปี

สินทรัพย์ไม่มีตัวตน

● สินทรัพย์ไม่มีตัวตน แสดงมูลค่าด้วยมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าตัดจำหน่ายสะสม

● ค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ไม่มีตัวตนบันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน โดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์โดยประมาณ ดังนี้

- สินทรัพย์ไม่มีตัวตน Software อายุการใช้งาน 3 ปี
- สินทรัพย์ไม่มีตัวตนอื่น ๆ อายุการใช้งาน 10 ปี

รายได้จากการขายสินค้าและบริการ เป็นรายได้การรักษาพยาบาลที่กรมสุขภาพจิตได้รับอนุญาตให้เก็บรายได้นั้นไว้ เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตจะรับรู้เป็นรายได้ เมื่อกรมสุขภาพจิตส่งมอบบริการให้กับผู้รับบริการ



กรมสุขภาพจิต
งบแสดงฐานะการเงิน
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

(หน่วย:บาท)

	2567	2566
สินทรัพย์		
สินทรัพย์หมุนเวียน		
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	787,602,628.83	558,153,469.77
ลูกหนี้การค้า (สุทธิ)	425,520,716.59	390,471,436.41
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	25,697,062.55	7,705,060.58
เงินลงทุนระยะสั้น	23,703,587.08	23,642,100.77
สินค้าคงเหลือ	90,330,516.56	113,844,580.65
วัสดุคงเหลือ	7,536,495.48	7,085,348.00
ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า	16,143.42	10,533.38
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	1,360,407,150.51	1,100,912,529.56
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		
ที่ดิน อาคารและอุปกรณ์ (สุทธิ)	3,968,474,065.14	3,997,775,922.35
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน (สุทธิ)	12,721,975.28	8,653,485.41
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	3,981,196,040.42	4,006,429,407.76
รวมสินทรัพย์	5,341,603,190.93	5,107,341,937.32

หมายเหตุ : 1) ข้อมูลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 นำมาจากรายงานของผู้สอบบัญชีและ
รายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566 กรมสุขภาพจิต
2) ข้อมูลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 นำมาจากระบบบริหารการเงินการคลัง
ภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMS Thai) ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567



กรมสรรพากร
งบแสดงฐานะการเงิน
ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

(หน่วย:บาท)

หนี้สิน	2567	2566
หนี้สินหมุนเวียน		
เจ้าหนี้การค้า	70,055,398.42	45,336,228.87
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	65,773,849.15	34,087,132.34
เงินรับฝากระยะสั้น	124,596,508.40	61,826,031.65
รวมหนี้สินหมุนเวียน	260,425,755.97	141,249,392.86
หนี้สินไม่หมุนเวียน		
รายได้รอการรับรู้ระยะยาว	38,379,616.87	42,402,900.29
เงินทดรองราชการรับจากคลังระยะยาว	15,430,000.00	15,430,000.00
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน	53,809,616.87	57,832,900.29
รวมหนี้สิน	314,235,372.84	199,082,293.15
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		
ทุน	2,760,892,363.11	2,760,851,263.11
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	2,266,475,454.98	2,147,408,381.06
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	5,027,367,818.09	4,908,259,644.17
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	5,341,603,190.93	5,107,341,937.32



กรมสุขภาพจิต

งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

สำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567

(หน่วย:บาท)

	2567	2566
รายได้		
รายได้จากงบประมาณ	4,533,229,323.98	4,337,235,152.56
รายได้จากเงินกู้และรายได้จากรัฐบาล	-	7,821,392.08
รายได้จากการให้บริการ	2,701,830,871.71	2,571,648,299.62
รายได้จากการอุดหนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	44,307,050.60	34,664,889.74
รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	52,702,362.82	49,492,310.46
รายได้อื่น	76,483,418.52	56,720,597.03
รวมรายได้	7,408,553,027.63	7,057,582,641.49
ค่าใช้จ่าย		
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	2,890,108,346.90	2,814,672,127.19
ค่าบำเหน็จบำนาญ	1,069,969,176.22	982,450,107.34
ค่าตอบแทน	275,641,432.04	305,218,752.91
ค่าใช้สอย	840,750,699.92	781,789,540.63
ค่าวัสดุ	267,493,091.80	284,924,987.10
ค่าสาธารณูปโภค	163,808,448.44	181,693,806.57
ต้นทุนขายสินค้าและบริการ	923,945,208.46	959,210,970.45
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	449,501,799.24	479,375,249.38
ค่าใช้จ่ายโอนสินทรัพย์ระหว่างหน่วยงาน	6,295.19	112,574.31
ค่าใช้จ่ายช่วยเหลือตามมาตราการของรัฐ	29,897,001.00	69,208,204.01
ค่าใช้จ่ายอื่น	380,445,267.40	521,447,822.47
รวมค่าใช้จ่าย	7,291,566,766.61	7,380,104,142.36
รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	116,986,261.02	(322,521,500.87)



2. รายงานการวิเคราะห์งบการเงินเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมสหภาพพืช

กระทรวงการคลังได้พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMS Thai) เพื่อทดแทนระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) โดยกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐเริ่มใช้ระบบ New GFMS Thai ได้ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2565

รายงานการเงินของกรมสหภาพพืช ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่เสนอรายงานตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ รวมรายการบัญชีที่เกิดขึ้นทั้งที่หน่วยงานในส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนภูมิภาค จำนวน 21 หน่วย ซึ่งแต่ละหน่วยเบิกจ่ายรับผิดชอบบริหารจัดการเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรรายการบัญชีของหน่วยเบิกจ่ายทุกแห่ง จึงได้นำมาแสดงรวมไว้ในรายงานการเงินฉบับนี้ โดยมีกองบริหารการคลังเป็นผู้รับผิดชอบในการเสนอและจัดทำรายการการเงินภาพรวมของกรมสหภาพพืช รายการที่ปรากฏในรายงานการเงินรวมถึงสินทรัพย์ หนี้สิน รายได้ และค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นของรัฐบาล และอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลในภาพรวม แต่ให้หน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาและบริหารจัดการให้แก่รัฐบาล ภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย และรวมถึงองค์ประกอบของรายงานการเงินซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของหน่วยงานที่ใช้เพื่อประโยชน์ ในการดำเนินงานของหน่วยงานเอง

รายงานการเงินของกรมสหภาพพืช สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 และ 2566 จากระบบ New GFMS Thai มีบทวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์การย่อส่วนตามแนวดิ่ง (Common Size Analysis)

1) งบแสดงฐานะการเงิน ซึ่งมีสัดส่วนของเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ต่อสินทรัพย์รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.9 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 14.7 ในปี 2567 สัดส่วนของ ลูกหนี้การค้า(สุทธิ) ต่อสินทรัพย์รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 8.0 ในปี 2567 สัดส่วนของสินค้าคงเหลือต่อสินทรัพย์รวม ลดลงจากร้อยละ 2.2 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 1.7 ในปี 2567 สัดส่วนของอาคารและอุปกรณ์ (สุทธิ) ลดลงจากร้อยละ 78.3 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 74.3 ในปี 2567 สัดส่วนของเจ้าหนี้การค้าต่อหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.9 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 1.3 ในปี 2567

2) งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน สัดส่วนของรายได้จากงบประมาณต่อรายได้รวม ลดลงจากร้อยละ 61.5 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 61.2 ในปี 2567 สัดส่วนของรายได้จากการให้บริการ ต่อรายได้รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.4 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 36.5 ในปี 2567 สัดส่วนค่าใช้จ่าย บุคลากร ต่อค่าใช้จ่ายรวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.1 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 39.6 ในปี 2567 สัดส่วน ค่าตอบแทน ต่อค่าใช้จ่ายรวม ลดลงจากร้อยละ 4.1 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 3.8 ในปี 2567 ค่าใช้สอย



ต่อค่าใช้จ่ายรวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 11.5 ในปี 2567 ต้นทุนขายสินค้าและบริการ ต่อค่าใช้จ่ายรวม ลดลงจากร้อยละ 13.0 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 12.7 ในปี 2567 และสัดส่วนของค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายต่อค่าใช้จ่ายรวม ลดลงจากร้อยละ 6.5 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 6.2 ในปี 2567

2. การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม (Trend Analysis) จากอัตราส่วนตามแนวโน้ม/จำแนกตามรายได้และค่าใช้จ่าย จะเห็นได้ว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตมีรายการในงบแสดงฐานะการเงินที่เป็น เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด และลูกหนี้ระยะสั้น เพิ่มขึ้น สินค้าคงเหลือ ลดลงสำหรับ อาคารและอุปกรณ์ (สุทธิ) ลดลง เจ้าหนี้การค้า เพิ่มขึ้น

สำหรับรายการในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน จะเห็นได้ว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตมีรายได้จากงบประมาณลดลง และมีรายได้จากการให้บริการเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายบุคลากรเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายบำเหน็จบำนาญเพิ่มขึ้น ต้นทุนขายสินค้าและบริการลดลง และมีค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายที่ลดลง

3. การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis) จากสภาพคล่องทางการเงิน (Short – term Risk or Liquidity Risk) จะเห็นได้ว่า กรมสุขภาพจิต มีสภาพคล่อง Current Ratio ลดลงจาก 7.79 เท่า ในปี 2566 เป็น 5.22 เท่า ในปี 2567 และ Quick Ratio ลดลงจาก 6.94 เท่า ในปี 2566 เป็น 4.85 เท่า ในปี 2567 ความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ โดยระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ลดลงจาก 65.69 วัน ในปี 2566 เป็น 54.36 วัน ในปี 2567 สำหรับการบริหารความเสี่ยงระยะยาว อัตราส่วนหนี้สินรวมต่อสินทรัพย์รวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.90 ในปี 2566 เป็น 5.88 ในปี 2567



► การวิเคราะห์การย่อส่วนตามแนวดิ่ง (Common Size Analysis)

งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 และ 2566

(บาท) อัตราย่อส่วนตามแนวดิ่ง

	2567	2566	2567	2566
สินทรัพย์				
สินทรัพย์หมุนเวียน				
เงินสดและรายการ	787,602,628.83	558,153,469.77	14.7	10.9
เทียบเท่าเงินสด				
ลูกหนี้การค้า (สุทธิ)	425,520,716.59	390,471,436.41	8.0	7.6
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	25,697,062.55	7,705,060.58	0.5	0.2
เงินลงทุนระยะสั้น	23,703,587.08	23,642,100.77	0.4	0.5
สินค้าคงเหลือ	90,330,516.56	113,844,580.65	1.7	2.2
วัสดุคงเหลือ	7,536,495.48	7,085,348.00	0.1	0.1
ค่าใช้จ่ายจ่าย	16,143.42	10,533.38	-	-
ล่วงหน้า				
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	1,360,407,150.51	1,100,912,529.56	25.5	21.6
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน				
ที่ดิน อาคารและ	3,968,474,065.14	3,997,775,922.35	74.3	78.3
อุปกรณ์ (สุทธิ)				
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน (สุทธิ)	12,721,975.28	8,653,485.41	0.2	0.2
รวมสินทรัพย์	3,981,196,040.42	4,006,429,407.76	74.5	78.4
ไม่หมุนเวียน				
รวมสินทรัพย์	5,341,603,190.93	5,107,341,937.32	100.0	100.0



งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 และ 2566

(บาท) อัตราย่อส่วนตามแนวดิ่ง

	2567	2566	2567	2566
หนี้สิน				
หนี้สินหมุนเวียน				
เจ้าหนี้การค้า	70,055,398.42	45,336,228.87	1.3	0.9
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	65,773,849.15	34,087,132.34	1.2	0.7
เงินรับฝากระยะสั้น	124,596,508.40	61,826,031.65	2.3	1.2
รวมหนี้สินหมุนเวียน	260,425,755.97	141,249,392.86	4.9	2.8
หนี้สินไม่หมุนเวียน				
รายได้รอการรับรู้ระยะยาว	38,379,616.87	42,402,900.29	0.7	0.8
เงินอุดหนุนระยะยาว	15,430,000.00	15,430,000.00	0.3	0.3
จากคลังระยะยาว				
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน	53,809,616.87	57,832,900.29	1.1	1.1
รวมหนี้สิน	314,235,372.84	199,082,293.15	5.9	3.9
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน				
ทุน	2,760,892,363.11	2,760,851,263.11	51.68	54.06
รายได้สูง (ต่ำ)	2,266,475,454.98	2,147,408,381.06	42.44	42.05
กว่าค่าใช้จ่ายสะสม				
รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	5,027,367,818.09	4,908,259,644.17	94.12	96.10
รวมหนี้สินและ	5,341,603,190.93	5,107,341,937.32	100.0	100.0
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน				



งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
สำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567 และ 2566

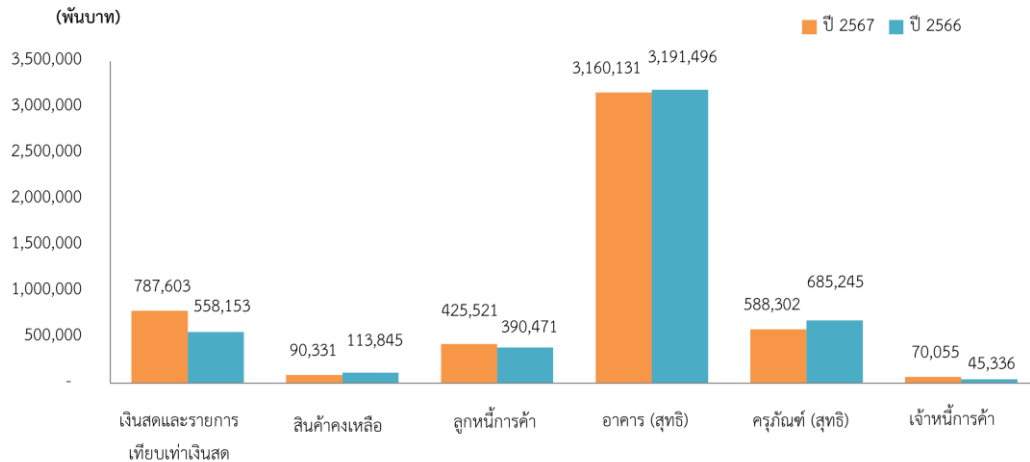
(บาท) อัตราย่อส่วนตามแนวดิ่ง				
	2567	2566	2567	2566
รวมรายได้	7,408,553,027.63	7,057,582,641.49	100	100
รายได้				
รายได้จากงบประมาณ	4,533,229,323.98	4,337,235,152.56	61.2	61.5
รายได้จากเงินกู้และรายได้อื่นจากรัฐบาล	-	7,821,392.08	-	0.1
รายได้จากการให้บริการ	2,701,830,871.71	2,571,648,299.62	36.5	36.4
รายได้จากการอุดหนุน	44,307,050.60	34,664,889.74	0.6	0.5
จากหน่วยงานภาครัฐ				
รายได้จากการอุดหนุน	52,702,362.82	49,492,310.46	0.7	0.7
อื่นและบริจาค				
รายได้อื่น	76,483,418.52	56,720,597.03	1.0	0.8
รวมรายได้	7,408,553,027.63	7,057,582,641.49	100.0	100.0
ค่าใช้จ่าย				
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	2,890,108,346.90	2,814,672,127.19	39.6	38.1
ค่าบำเหน็จบำนาญ	1,069,969,176.22	982,450,107.34	14.7	13.3
ค่าตอบแทน	275,641,432.04	305,218,752.91	3.8	4.1
ค่าใช้จ่ายสอย	840,750,699.92	781,789,540.63	11.5	10.6
ค่าวัสดุ	267,493,091.80	284,924,987.10	3.7	3.9
ค่าสาธารณูปโภค	163,808,448.44	181,693,806.57	2.2	2.5
ต้นทุนขายสินค้าและบริการ	923,945,208.46	959,210,970.45	12.7	13.0
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	449,501,799.24	479,375,249.38	6.2	6.5
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนจาก	6,295.19	112,574.31	0.0	0.0
หน่วยงานภาครัฐ				
ค่าใช้จ่ายช่วยเหลือตามมาตรการรัฐ	29,897,001.00	69,208,204.01	0.4	0.9
ค่าใช้จ่ายอื่น	380,445,267.40	521,447,822.47	5.2	7.1
รวมค่าใช้จ่าย	7,291,566,766.61	7,380,104,142.36	100.0	100.0
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	116,986,261.02	(322,521,500.87)		



► การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม/จำแนกตามรายได้และค่าใช้จ่าย (Trend Analysis)

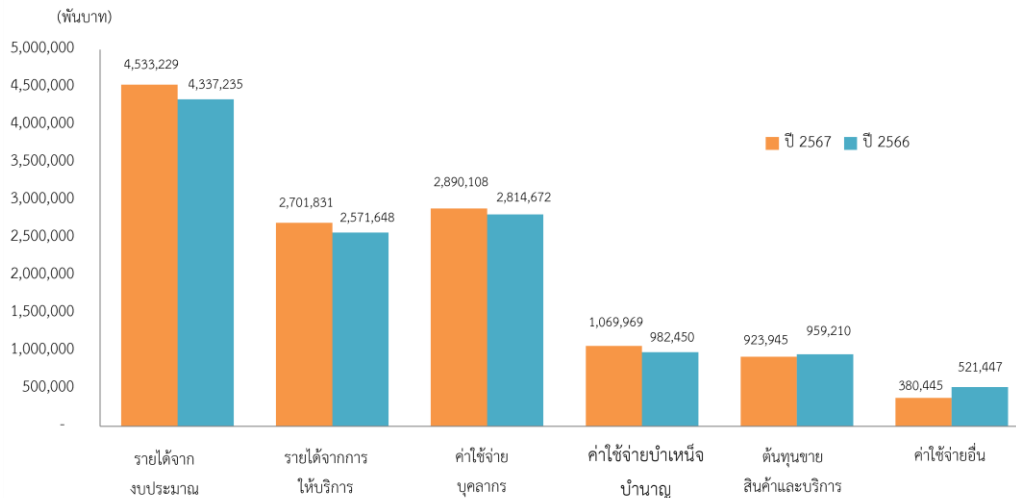
ภาพที่ 86 กราฟรายการในงบแสดงฐานะการเงิน เปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567

รายการในงบแสดงฐานะการเงิน



ภาพที่ 87 กราฟรายการในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน เปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

รายการในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน





► การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)

สูตร	ปี 2567	ปี 2566
3.1 การบริหารสภาพคล่อง		
3.1.1 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio		
$\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$	$\frac{1,360,407,150.51}{260,425,755.97}$ = 5.22	$\frac{1,100,912,529.56}{141,249,392.86}$ = 7.79
3.1.2 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio		
$\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{สินค้าและวัสดุ}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$	$\frac{1,262,540,138.47}{260,425,755.97}$ = 4.85	$\frac{979,982,600.91}{141,249,392.86}$ = 6.94
3.2 ความสามารถในการบริหารสินทรัพย์		
3.2.1 ลูกหนี้ถัวเฉลี่ย		
$\frac{\text{ลูกหนี้ต้นปี} + \text{ลูกหนี้ปลายปี}}{2}$	$\frac{815,992,153.00}{2}$ = 407,996,077	$\frac{827,965,095.87}{2}$ = 413,982,548
3.2.2 อัตราการหมุนของลูกหนี้ (ครั้ง)		
$\frac{\text{รายได้ค่ารักษาพยาบาล}}{\text{ลูกหนี้ถัวเฉลี่ย}}$	$\frac{2,701,830,871.71}{407,996,077}$ = 6.62	$\frac{2,571,648,299.62}{413,982,548}$ = 6.21
3.2.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (วัน)		
$\frac{360 \text{ วัน}}{\text{อัตราการหมุนของลูกหนี้}}$	$\frac{360 \text{ วัน}}{6.62}$ = 54.36 วัน	$\frac{360 \text{ วัน}}{6.21}$ = 65.69 วัน
3.3 การบริหารความเสี่ยงระยะยาว		
อัตราส่วนหนี้สินต่อสินทรัพย์รวม		
$\frac{\text{หนี้สินรวม} \times 100}{\text{สินทรัพย์รวม}}$	$\frac{314,235,372.84 \times 100}{5,341,603,190.93}$ = 5.88	$\frac{199,082,293.15 \times 100}{5,107,341,937.32}$ = 3.90



ส่วนที่ 4

แผนการดำเนินงาน

โครงการขับเคลื่อนนโยบายและ
ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิต
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



► ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์การสื่อสารสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

1. โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติด พบว่า เด็กและเยาวชนยังเป็นกลุ่มเปราะบางสูง แม้ว่าสัดส่วนของผู้ต้องหาคดีเสพติดและผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดที่เป็นวัยเด็กและเยาวชนจะมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลคดีเด็กและเยาวชนจากกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน บ่งชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนคดีเด็กและเยาวชนที่เกี่ยวกับยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้เข้าบำบัดรายเก่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 ถึงปัจจุบัน มุ่งเน้นการป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ในรูปแบบใหม่ที่เข้าถึงจิตวิทยาวัยรุ่น เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ปัญหายาเสพติด สร้างกระแสให้กับเยาวชนกลุ่มเป้าหมายที่เติบโตมาจากกลุ่มเด็กเข้าสู่กลุ่มวัยรุ่น ด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การรณรงค์เพื่อปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้แนวคิดการสร้างกระแส “เป็นหนึ่งในโดยไม่พึ่งยาเสพติด” โดยผ่านสื่อและการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างสรรค์ต่างๆ 2) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน และ 3) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จากการดำเนินงานที่ผ่านมา 2 ทศวรรษ มีเยาวชนสมาชิกและอาสาสมัครแกนนำ TO BE NUMBER ONE ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่อง มีการเรียนรู้และเติบโตขึ้น มีการเรียนรู้หลักคิดของการมีชีวิตที่ดีงาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างกระแส “การเป็นหนึ่งในโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของเยาวชน วัยรุ่น ในการดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศชาติ
2. เพื่อขยายบริการและกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย วัยรุ่นและเยาวชน ตลอดจนบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิก “ใครติดยากมือขึ้น” ตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE
3. เพื่อสนับสนุนและเพิ่มโอกาส ให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ในการกลับตัวเป็นคนดีของสังคม



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 90 ของ จังหวัด อำเภอกเขต และชมรม TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดีเด่น มีการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในระดับที่สูงขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานต้นแบบ
2. ร้อยละ 95 ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทักษะในการป้องกันการติดสารเสพติด (มีภูมิคุ้มกันทางจิต)
3. จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE (120,000 คน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีค่านิยม “การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” มีภูมิคุ้มกันทางจิต เข้าถึงบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจ ตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และ ประเทศชาติ ตลอดจนกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ผู้เสพยาเสพติดได้รับการสนับสนุน และเพิ่มโอกาส ให้ในการกลับตัวเป็นคนดีของสังคม



2. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนซึ่งเป็นจุดแรกที่พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมในเด็ก โดยริเริ่มโครงการฯ ในปี 2564 – 2567 นำร่องครอบคลุมทั้ง 21 พื้นที่ ขยายผลงานส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการให้แก่เด็กและเยาวชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนหรือพื้นที่ทุรกันดารทุกกลุ่มวัย **สำหรับงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย** โครงการได้นำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย (Preschool Parenting Program; Triple-P) สามารถทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังพ่อแม่เข้ากลุ่มกิจกรรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็ก โดยไม่ต้องส่งต่อมารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยลดการส่งต่อเด็กจากพื้นที่ทุรกันดารเข้ารับบริการฟื้นฟูพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลชุมชนได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง **สำหรับงานดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน** โครงการได้นำดิจิทัลแพลตฟอร์ม School Health HERO มาใช้ในระบบการทำงานสุขภาพจิตโรงเรียน เป็นการบูรณาการอีกครั้งระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาลบนดิจิทัลแพลตฟอร์มให้เกิดกระบวนการดูแลช่วยเหลือ ช่วยให้อุปกรณ์เป้าหมายเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญ คือ ออทิสติก สมาธิสั้น และซึมเศร้า ได้อย่างทันท่วงที **สำหรับงานดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น** ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดในช่วงวัยรุ่น โครงการจึงริเริ่มกิจกรรม U18 เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ที่มีภาวะซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพไม่ว่าจะมีผู้ปกครองมาด้วยหรือไม่ นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ในปัจจุบัน มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการโรคออทิสติก สำหรับเด็กปฐมวัย และโรคสมาธิสั้นสำหรับเด็กวัยเรียน/วัยรุ่น ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรและพัฒนาวิชาการ เพื่อให้พื้นที่สามารถดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ครบวงจร ต่อเนื่องตั้งแต่ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดารให้มีสุขภาพจิตดี เป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าของสังคม
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นครบวงจร



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 15 ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
2. ร้อยละ 75 ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น
3. ร้อยละ 70 ของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมการพัฒนาสมรรถนะทักษะส่งเสริมพัฒนาการและวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย (Triple-P) มีทักษะผ่านเกณฑ์
4. ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมการพัฒนาสมรรถนะทักษะหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Modification) มีทักษะผ่านเกณฑ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมต่อการเรียนรู้โดยพ่อแม่ ผู้ดูแล มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ และเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงฯ ได้รับการดูแลในโรงเรียนอย่างเหมาะสม ตลอดจนเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ที่มีภาวะซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ



3. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในพื้นที่โครงการ ส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ในพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีพระราชดำริให้ดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร มาตั้งแต่ปี 2523 เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งมีโอกาสศึกษาเล่าเรียนในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาครอบครัว ชุมชนและสังคม ปัจจุบันมีสถานศึกษา กว่า 870 แห่ง จากส่วนราชการ 7 หน่วยงาน เข้าร่วมโครงการตามพระราชดำริ และมีส่วนราชการที่มีความชำนาญเฉพาะด้านให้การสนับสนุนในการดำเนินงานมีแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2560 - 2569) เป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 8 เป้าหมายหลัก ดังนี้ 1) การเสริมสร้างสุขภาพของครุฑมารดา 2) การเพิ่มโอกาสทางการศึกษา 3) การเสริมสร้างศักยภาพของเด็กและเยาวชนทางวิชาการและทางจริยธรรม 4) การเสริมสร้างศักยภาพของเด็กและเยาวชนทางการงานอาชีพ 5) การปลูกฝังจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 6) การเสริมสร้างศักยภาพของเด็กและเยาวชนในการอนุรักษ์และสืบทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของท้องถิ่นและของชาติไทย 7) การขยายการพัฒนาจากโรงเรียนสู่ชุมชน และ 8) การพัฒนาสถานศึกษาเป็นศูนย์บริการความรู้สำหรับการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กตั้งแต่ในครรภ์มารดา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชน

เพื่อร่วมขับเคลื่อนงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในปี 2569 โดยกำหนดให้ปี 2564 - 2565 เป็นการพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ (Learning Curve) จำนวน 88 พื้นที่ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ (ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 3 ที่ไม่มีโรงเรียนในพื้นที่โครงการ) และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายร้อยละ 65 ในปี 2568 และร้อยละ 100 ในปี 2569 - 2570 รวมถึงติดตามผลในระยะยาวของเด็กที่พ่อแม่ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการเลี้ยงดู ตั้งแต่ปฐมวัย จนเข้าสู่วัยรุ่น (Mental Health Profile) เพื่อให้เด็กได้รับการติดตามดูแล รวมถึง ศึกษาผลกระทบ (Impact Research) ของโครงการซึ่งจะเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่โครงการ ผ่านการพัฒนาพ่อแม่ผู้ปกครองให้มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม มีคุณภาพ
2. เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมและการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ในการเลี้ยงดูเด็กโดยไม่ใช้ความรุนแรง



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 70 ของเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในโครงการมีพัฒนาการสมวัย
2. ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในโครงการมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติขึ้นไป
3. ร้อยละ 70 ของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง กลุ่มเป้าหมายมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผ่านตามเกณฑ์
4. ร้อยละ 70 ของเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการเดิมปีงบประมาณ 2564 - 2566 ที่ได้รับการติดตามประเมินผลไม่มีปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ สังคม
5. ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในโครงการได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์
6. ร้อยละ 90 ของพ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายในโครงการได้รับการฝึกทักษะในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม
7. ร้อยละ 80 ของเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการเดิมปีงบประมาณ 2564 - 2566 ได้รับการติดตามประเมินผล
8. ร้อยละ 80 ของเครือข่ายทั้งในและนอกสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ และทักษะในการเสริมพลังพ่อ แม่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมต่อการเรียนรู้
2. พ่อแม่ผู้ดูแลมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ เกิดเป็นวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กโดยไม่ใช้ความรุนแรง



4. โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) กำหนดให้การดูแลสุขภาพจิตและสวัสดิภาพของคนทุกกลุ่มอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนประเทศ แต่เด็กและวัยรุ่นปัจจุบันได้รับผลกระทบอย่างมากจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 4.1 (ชายร้อยละ 2.8, หญิงร้อยละ 5.3) วัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน และเด็กไทยอายุ 5 - 9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์ สอดคล้องกับผลสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลก ในส่วนของประเทศไทยเมื่อปี 2564 พบว่า ร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นอายุ 13 - 17 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย คือ สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของวัยรุ่นไทย ปัญหาการกลั่นแกล้งกันในโรงเรียน ร้อยละ 29.3 การถูกข่มเหงรังแกทางสื่อสังคมออนไลน์ ในระหว่างเรียนออนไลน์ ร้อยละ 15 จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การดูแลเด็กและเยาวชนไทย โดยมีเป้าหมายให้เด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบและส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันทางสุขภาพจิตของตนเอง เน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล ผ่านโปรแกรม School Health HERO เผื่อระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนโดยบุคลากรเครือข่ายสถานศึกษาเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุข ในส่วนเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคมมุ่งเน้นการดูแลปฐมพยาบาลทางใจร่วมกับบ้านพักเด็กและครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กกลุ่มเปราะบางทางสังคม รวมทั้งส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

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

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 75 ของเด็กวัยรุ่นวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO
2. ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายมีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นไทยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กวัยรุ่นวัยเรียนได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น



5. โครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของคนไทย แม้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคนไทย (ระดับมาก-มากที่สุด) ในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.8 เป็น ร้อยละ 66.3 แต่ที่สะท้อนให้เห็นว่า 1 ใน 3 คน ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา โดยมีมิติที่คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ มิติด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพจิต ส่วนมิติที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิต ในขณะที่พบว่าประชาชน ร้อยละ 20 ยังไม่รู้จักการสำรวจอารมณ์ตนเอง นอกจากนี้ยังพบประเด็นสำคัญที่ต้องเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคือ 3 ใน 5 คน (ร้อยละ 64.44) ยังมีทัศนคติที่คิดว่าคนที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นคนที่ยอ่อนแอ ใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกของปัญหา หรือหนีปัญหา สะท้อนให้เห็นว่าต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตตนเองได้ โดยเน้นการเสริมทักษะในการสังเกตปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนรู้แหล่งช่วยเหลือและทักษะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผ่านการ “ช่วยเหลือและรู้เท่าทันสัญญาณเสี่ยงของตนเอง” เสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การปฐมพยาบาลทางใจ สำรวจอารมณ์ด้วยตัวเองหรือใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเป็น มีความตระหนักลดอคติทางสังคมว่าคนฆ่าตัวตายไม่ใช่คนที่อ่อนแอ นอกจากนั้นการสื่อสารนับเป็นกลวิธีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั้งการสื่อสารผ่านสื่อ คือ On Air สื่อสารสร้างความตระหนักผ่านสื่อ ด้วยการรณรงค์สื่อสารสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ผ่านงานสัปดาห์สุขภาพจิต และการสื่อสารสร้างความรอบรู้แก่ในสถานการณ์วิกฤติ และ On Ground ขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต และการพัฒนาระบบการสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนความรอบรู้สุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
2. เพื่อพัฒนาให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามปัญหาของพื้นที่
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
4. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านความรอบรู้สุขภาพจิต

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 85 ของคนไทยมีสุขภาพจิตดี
2. ร้อยละ 75 ของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
3. ร้อยละ 75 ของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์
4. ร้อยละ 75 ของประชาชนมีความเชื่อมั่นและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่



► ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต

6. โครงการลดช่องว่างระบบบริการสุขภาพ เสริมสร้างความรอบรู้ พึ่งพาตนเอง ป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายนับเป็นการเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติ มักมีเหตุปัจจัยมากกว่าหนึ่งปัจจัย มีความแปรผันไปตามปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงการเกิดอุบัติการณ์ของโรคระบาดใหม่ อาทิเช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ส่งผลให้แนวโน้มการฆ่าตัวตายขยับตัวสูงขึ้น โดย ปี พ.ศ. 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มากถึง 8 ต่อประชากรแสนคน หรือมีคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มากถึง 5,206 คน กรมสุขภาพจิต ได้มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะ การเสริมศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีด้วยตนเอง การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพ โดยศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้กำหนด 4 มาตรการที่สำคัญแบบพุ่งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

- 1) มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด
- 2) มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง
- 3) มาตรการช่วยเหลือติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 4) มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายในแต่ละจังหวัด

เพื่อจะแก้ไขและจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายที่ค้ำใจถึงบริบทของสังคมไทย และการให้ความร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขยายกิจกรรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องฯแก่ประชาชนให้มีความรอบรู้ โดยเฉพาะทักษะการสังเกตเห็นสัญญาณเตือน การดูแลช่วยเหลือเฝ้าระวัง และนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตลอดจนภายหลังจากจำหน่ายคืนสู่ชุมชน ผู้ทำร้ายตนเอง ยังคงได้รับการดูแลติดตามเฝ้าระวังจนปลอดภัย ไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ฆ่าตัวตาย ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด จะยังคงได้รับการดูแล และความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้กลับมาฟื้นฟูจิตใจที่เข้มแข็งเผชิญหน้าและปรับตัวได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน สร้างเสริมสุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติสุข



วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต การประเมิน ติดตาม และเฝ้าระวังป้องกันตามแนวทางที่กำหนด ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือเชิงรุกและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับดำเนินการตามแนวทางการสอบสวนการฆ่าตัวตาย และนำข้อมูลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาแบบพุ่งเป้าในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้
4. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยา

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน
2. ร้อยละ 70 ของผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีความรอบรู้ในเรื่องการฆ่าตัวตาย มีทักษะการจับสัญญาณเตือน และการช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง
3. ร้อยละ 85 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงของแต่ละจังหวัดได้รับการค้นหาคัดกรองและเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด
4. ร้อยละ 63 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ไม่กลับมาฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปี
5. ร้อยละ 95 ของครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ได้รับการวินิจฉัย ดูแลรักษา และติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน
6. ร้อยละ 80 ของผู้ดูแล/ผู้ดูแล กลุ่มผู้พยายามได้รับการถ่ายทอดความรู้ ในรูปแบบต่าง ๆ เรื่องความเข้าใจเรื่องสัญญาณเตือน และการช่วยเหลือ และการส่งต่อ
7. ร้อยละ 75 ของจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพมีทีมสอบสวนระดับอำเภอ (อำเภอละ 3 คน) ครบทุกอำเภอ
8. ร้อยละ 80 ของจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันแบบมุ่งเป้าต่อกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ตามแผนงานที่กำหนด
9. จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (จำนวน 20,000 คน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

อัตราการฆ่าตัวตายลดลง โดยประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ได้รับการวินิจฉัย ดูแลรักษา และติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน



7. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) เป็นปัญหาทางจิตเวชสำคัญที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ากำลังจะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพและเกิดภาวะโรคในปี 2030 (World Health Organization, 2019) เมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ อาจส่งผลให้เศรษฐกิจของตนเอง ครอบครัว และความมั่นคงของประเทศชาติได้ ผลกระทบที่สำคัญของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จึงได้มีการพัฒนาวิธีการบำบัดด้วยโปรแกรมพระศรี Dialectical Behavior Therapy Model เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากร (ประภาส อุครนันท์ และคณะ, 2567) และการทำกลุ่มบำบัดแบบนวนรำลึกถึงความหลังที่เป็นสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ซึ่งมีผลการวิจัยที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (วาสนา เหล่าคงธรรม และคณะ, 2558) ทั้งนี้ การนำแนวความคิดการบำบัดทั้ง 2 แบบไปขยายผลและเพิ่มศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการหายทุเลาและการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุ รวมถึงเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางสาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิ ในการค้นหา คัดกรอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง/ประเมินอาการโรคซึมเศร้า ประเมินความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง และผู้อื่น และถูกส่งต่อการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษาได้ทันที่ ได้รับบริการบำบัดรักษาครบตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องจนอาการทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ รพ.สต./รพช./รพจ./รพศ. ให้การบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงเครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
3. เพื่อให้เกิดการเชื่อมฐานข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายสุขภาพจิต



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน
2. ร้อยละ 90 ของการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการซึมเศร้าถูกส่งต่อไปรับการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษา
4. ร้อยละ 40 ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับหมอคนที่ 1
5. ร้อยละ 40 ของบุคลากรทางสาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับหมอคนที่ 2
6. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (จำนวน 1,319,500 คน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับบริการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานและต่อเนื่องจนอาการทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิต



8. โครงการขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน

จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติ ปี 2551 พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตหลักมีถึงร้อยละ 14 ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสุราและสารเสพติด และโรควิตกกังวล โดยพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีปัจจัยที่ทำให้ก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา การไม่รับรู้ความเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบางรายเกิดภาวะอันตรายก่อความรุนแรงต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคมดังที่เป็นข่าวทางสื่อมวลชนเป็นระยะๆ อีกทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและญาติ คือไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมและได้รับการยอมรับ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นภาระทางสังคม ขาดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น กรมสุขภาพจิต ได้มุ่งเน้นการดูแลเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย และได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการให้การเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในกรณีที่ผู้ป่วยก่อความรุนแรง โดยมีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับชุมชน ในระดับโรงพยาบาลเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลจิตเวช รวมถึงการบูรณาการความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย เน้นให้การดูแลทุกระดับมีความเข้มแข็ง ตั้งแต่การป้องกัน ค้นหา เฝ้าระวังในชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รวมถึงพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลในชุมชนในระดับเขตสุขภาพ ให้มีมาตรฐานตามแนวทางของสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวชสำหรับบุคคลกลุ่มคลัง
2. พัฒนานอค์ความรู้/มาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับเฉพาะทาง
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดูแลและนำส่งบุคคลกลุ่มคลัง
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบจัดการข้อมูลและการติดตามประเมินสถานการณ์บริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ
5. เพื่อขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด V-Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 96 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่กลับไปก่อคดี/ความรุนแรงซ้ำ (การพยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น และการก่ออันตรายทั้งตนเองและผู้อื่น (รายปี))
2. ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง
3. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง (จำนวน 51,000 คน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการบริการการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการติดตาม เฝ้าระวังในระบบอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังครอบครัว ชุมชน ให้มีความเข้มแข็ง ไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชุมชน สังคมมีความปลอดภัย



9. โครงการพัฒนาระบบการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมและการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การป้องกันความรุนแรงจากผู้มีปัญหাসุขภาพจิตจากยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช เป็นการพัฒนาระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และนำเข้าสู่ระบบการรักษาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงจากปัญหาการใช้ยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเกิดเป็นโครงการ Korat Care U (V-Care) โดยระบบดังกล่าวจัดเป็นกลยุทธ์ในเชิงป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ในการป้องกันการก่อความรุนแรงโดยอาศัยภาคีเครือข่ายการดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่ของสหกระทรวง สหกรม และเครือข่ายภาคเอกชน และประชาชน ตามกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันความรุนแรงจากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช ในด้านระบบบริการเพื่อตอบสนองต่อการก่อความรุนแรง (Corrective) จากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นอีกหนึ่งกลไกเพื่อเตรียมความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ เพื่อนำผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง และผู้อื่นเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์อย่างทันทั่วถึง ลดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง และประชาชนในพื้นที่ รวมถึงมีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขจิต ให้กับประชาชนในพื้นที่ มีการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะด้านจิตใจ เนื่องจากอาการทางจิตเวช หรือการใช้สารเสพติด รวมถึงมีการพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีในการคัดกรองประชาชน ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ เพื่อการคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม มีการกระจายระบบบริการให้สถานบริการ ทั้งในและระบบสาธารณสุขเข้ามาเกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการคัดกรอง ดูแลประชาชน ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (V-CARE) ให้มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ Pre-Hospital Intra-Hospital และ Post-Hospital รวมถึงระบบเชื่อมโยงระบบการรายงานผล การวัดวิเคราะห์ ในภาพรวมของประเทศ
2. เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในประเด็นจิตเวชและสารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทุกการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
3. เพื่อบูรณาการโครงการเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ไม่ก่อเหตุซ้ำภายใน 1 ปี
2. อุบัติการณ์ความรุนแรงจากบุคคลคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ 1669 (34 ต่อแสนประชากร)
3. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีศักยภาพดีขึ้น หรือไม่เปลี่ยนแปลง
4. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับคัดกรองที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้รับบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง
5. จำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเข้าถึงบริการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (จำนวน 34,500 คน)
6. ร้อยละ 60 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์
7. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับต่ำได้รับการติดตาม ดูแลในชุมชนและบำบัดตามเกณฑ์
8. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลางได้รับการวินิจฉัย รักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลาที่กำหนด
9. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูงได้รับการได้รับการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ ภายในระยะเวลาที่กำหนด
10. ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการเข้าใช้ระบบสารสนเทศในคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมต่อเนื่อง
11. ร้อยละ 10 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีการรายงานผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าถึงระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และการดูแลต่อเนื่อง (V-CARE) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบท เชื่อมโยงทุกระดับบริการสาธารณสุขถึงชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



10. โครงการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชและวัยรุ่น

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แต่จากอัตราการเกิดของเด็กไทยที่ต่ำกว่า 5 แสนคนในช่วงปีที่ผ่านมา ทำให้เด็กทุกคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของประเทศ เด็กทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพ ความผิดปกติทางจิตเวชและปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคใหญ่ในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของเด็กทั้งในแง่พฤติกรรม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กช่วงวัยนี้อันดับแรกคือ โรคสมาธิสั้น รองลงมาคือโรควิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรม สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อปี 2021 ที่รายงานว่า 1 ใน 7 ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีทั่วโลก มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมถึงความผิดปกติของพัฒนาการและสมอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเพื่อมีชีวิตที่สมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยจะต้องมีระบบป้องกัน เฝ้าระวัง รวมถึงการดูแลปัญหาพัฒนาการ ปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีมาตรฐาน มีความครอบคลุมของระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจนถึงในระดับภูมิภาคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิตในฐานะผู้รับผิดชอบ จึงได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ครอบคลุมปัญหาพัฒนาการสุขภาพจิตและการรักษากลุ่มโรคสำคัญทางจิตเวช อันได้แก่ โรคสมาธิสั้น ออทิสติก สติปัญญาบกพร่อง เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีความต่อเนื่องในการรักษา อันจะส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นสามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพเป็นผู้ใหญ่ที่มีสมรรถนะสูง มีทักษะที่สำคัญจำเป็นสำหรับโลกยุคใหม่และเอื้อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาประเทศได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับเป้าหมายการพลิกโฉมประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีคุณภาพในการจัดบริการที่เหมาะสมในเขตสุขภาพของตน
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นมีความรู้ความสามารถในการบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้ระบบสารสนเทศการบริการผู้ป่วยจิตเวชในเครือข่ายบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นระบบ



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
2. ร้อยละ 85 ของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป
3. ร้อยละ 42 ของเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง/พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐานจนมีพัฒนาการสมวัย
4. ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
5. ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
6. ร้อยละ 70 ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน
7. ร้อยละ 39 ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
8. ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเข้าถึงบริการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กออทิสติกและเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการทางจิตเวชเพิ่มขึ้น และการติดตามดูแลรักษาจนเด็กมีอาการดีขึ้น ใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า รวมถึงผู้ปกครองและครูสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น



11. โครงการสร้างสภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุข

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) และคาดว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2583 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลกระทบลหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ตามมา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะสมองเสื่อม และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากถึง ร้อยละ 10 - 20 ของประชากร ปัญหาเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อถึงญาติที่ต้องดูแลผู้สูงอายุด้วย จากปัญหาดังกล่าว กรมสุขภาพจิต จึงได้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติขึ้น โดยขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงมีทักษะในการดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยนี้ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้และสื่อเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการเสริมสร้างและดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ทันต่อสถานการณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และสมรรถนะทางใจ มีความสามารถในการฟื้นตัว มีความทนทาน สามารถปรับสมดุลจิตใจและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ต้องเผชิญ ทั้งภาวะความเสื่อมร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมเทคโนโลยี รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ดีขึ้นเพื่อให้ชุมชนมีระบบในการเสริมสร้างสมรรถนะทางใจให้แก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุและญาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพจิตดี มีแรงจูงใจเพื่อดูแลสุขภาพกายตนเองสามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ และควมมีคุณค่าได้อย่างสูงสุดและยาวนานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
3. เพื่อขยายผลการจัดบริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริบาลผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิตและยกระดับการจัดบริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริบาลผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต
4. เพื่อขยายการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. เพื่อพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 83 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี
2. ร้อยละ 82 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น
3. ร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ผิดปกติได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ
4. จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ (จำนวน 10,000 คน)
5. จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต (จำนวน 150,000 คน)
6. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต
7. จำนวนนวัตกรรมเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ (จำนวน 2 นวัตกรรม)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก NCD/คลินิกผู้สูงอายุ ในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป
2. มีระบบการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่สำคัญในผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมาตรฐานและระบบการคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการรักษาฟื้นฟู
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียงในชุมชน ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ และได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการเสริมสร้างพลังใจ



12. โครงการเพิ่มศักยภาพการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชคดีเพื่อความปลอดภัยของสังคมด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน มุ่งเน้นการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ต้องขังทุกราย และการดูแลรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry หรือจิตแพทย์เข้าไปตรวจรักษาในเรือนจำ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชคดีทั้งหมด 8,600 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 (ผู้ต้องขังทั่วประเทศ 268,621 คน) มีเรือนจำที่มีระบบการให้บริการ Telepsychiatry และพร้อมให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 124 แห่ง จากเรือนจำจำนวน 143 แห่งทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 86.71 และผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษกลับสู่ชุมชนจำนวน 1,916 คน ได้รับการติดตามต่อเนื่องบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จำนวน 574 คน คิดเป็นร้อยละ 29.71 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จเกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ดังนั้น จึงได้มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงยุติธรรม เร่งพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชคดีในเรือนจำด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบการให้บริการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช เป็นต้น เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชคดีในเรือนจำอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มศักยภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษกลับสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชคดีได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงบริการได้ตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกันตามหลักสิทธิมนุษยชน ป้องกันการกลับมาก่อคดีซ้ำ และเป็นภาวะอันตรายต่อสังคมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชคดี ให้ได้รับการติดตามทั้งใน และนอกระบบ เครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อป้องกันผู้ป่วยจิตเวชคดีก่อคดีซ้ำ จนเกิดความรุนแรง และความสูญเสียอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชคดีที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังพ้นโทษ ไม่กลับมาก่อคดีซ้ำภายใน 1 ปีบนระบบดิจิทัล
2. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องบนระบบดิจิทัล (ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช)
3. มีระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชสำหรับติดตามผู้ป่วยจิตเวชคดีให้เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (จำนวน 1 ระบบ)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดความร่วมมือและเกิดศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคดีระหว่างบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้ป่วยจิตเวชคดีเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ได้รับการบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังพ้นโทษผ่านระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช



13. โครงการขยายผลกับวิกฤตสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน

ประเทศไทยมีเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดจาก “สาธารณภัย” และวิกฤตความรุนแรงทางสังคมต่าง ๆ ที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของประเทศ ซึ่งเหตุการณ์รุนแรงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ซึ่งการใช้ชีวิตท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตมีส่วนทำให้เด็กและเยาวชนเครียด กังวล ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า และมีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตอื่น ๆ รุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันพบว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ข้อมูลจากระบบ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิตระหว่างปีพ.ศ. 2564 ถึงปัจจุบัน (31 มีนาคม 2567) พบว่ามีกลุ่มเด็กและวัยรุ่นประเมินสุขภาพจิตจำนวน 371,048 ราย พบเสี่ยงฆ่าตัวตายถึง จำนวน 13,355 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.62 เสี่ยงซึมเศร้าจำนวน 8,626 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32 สาเหตุเกิดจากหลากหลายปัจจัยที่เข้ามากระทบจิตใจเด็กตั้งแต่เรื่องการเรียน สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน

กรมสุขภาพจิตซึ่งมีบทบาทหลักในการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และจัดตั้งทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ครอบคลุมระดับจังหวัดและระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการช่วยเหลือเยียวยาและฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ประสบสถานการณ์วิกฤตในทุกกลุ่มทุกช่วงวัย แต่ยังคงพบว่าเด็กและเยาวชนที่เผชิญปัญหามีจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิตได้ อีกทั้งทีม MCATT ยังขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทุกวัย ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะขยายทีมวิกฤตสุขภาพจิตให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพทีม MCATT และพัฒนาขีดความสามารถให้อยู่ในระดับ Advanced MCATT ที่มีความชำนาญในการป้องกัน เตรียมความพร้อม ตอบสนอง และฟื้นฟูภาวะวิกฤตสุขภาพจิต
3. เพื่อพัฒนาวิชาการ องค์ความรู้ วิกฤตสุขภาพจิตที่ครอบคลุมกลุ่มเด็กและเยาวชน
4. พัฒนาระบบข้อมูลวิกฤตสุขภาพจิต และส่งเสริมการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล ระบบจัดการข้อมูล และการติดตามประเมินสถานการณ์ที่รวดเร็ว ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 92 ของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง
2. ร้อยละ 80 เด็กกำพร้าในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ร้อยละ 80 ของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต
4. จำนวนทีม MCATT ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลเยียวยาจิตใจเด็กและเยาวชน (จำนวน 293 ทีม)
5. ร้อยละ 80 ของเด็กและเยาวชนที่ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ประสบภาวะวิกฤต สามารถเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตและภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ปลอดภัยอย่างทันท่วงที ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และลดความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายจากสถานการณ์วิกฤต



14. โครงการบูรณาการการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเขตเมือง

สถานการณ์ประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเมืองกรุงเทพมหานคร 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) ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับบริการสุขภาพจิตของผู้มีปัญหาโรคจิตเวช ในกรุงเทพมหานครนั้น ยังมีช่องว่างของการเข้าถึงบริการมาก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องและการบริหารฐานข้อมูลร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ กรมสุขภาพจิต จึงมีนโยบายทั้งในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟูเพื่อเยียวยาแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมเขตเมือง ทั้งในแง่การสร้าง ความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องการการขยายสู่การครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมาย และในส่วนกลุ่มที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีทั้งที่เป็นผู้ป่วย และเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในขณะเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชน จำเป็นต้องมีกระบวนการ ติดตามต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านกระบวนการสื่อสาร ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจความรู้สุขภาพจิต ให้สังคมยอมรับและให้โอกาส ผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในวิถีชีวิต มีการฟื้นฟูในชุมชนตามศักยภาพ รวมทั้งสร้างกระแสเพื่อลดตราบาปต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต โดยในบริบทของความเป็นเมือง ขนาดใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร จำเป็นจะต้องมีการพิจารณาถึงความต้องการของประชากร ที่หลากหลาย การทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างสังกัด เพื่อให้เกิดรูปแบบการทำงาน สุขภาพจิตและจิตเวชแบบองค์รวมในสังคมเมือง เป็นรูปแบบต้นแบบสู่การขยายพัฒนางาน สุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมเมืองของจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในสังคมเมือง ระดับประเทศ
2. เพื่อพัฒนาบริการส่งเสริมป้องกัน รักษา ติดตามต่อเนื่องของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในสังคมเมือง
3. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่สะท้อนการเข้าถึงบริการที่แท้จริง รวมถึงข้อมูล กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในสังคมเมืองระดับประเทศ



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเขตเมืองระดับประเทศ อย่างน้อย 2 เรื่อง
2. จำนวนนวัตกรรม องค์ความรู้ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเขตเมืองระดับประเทศ อย่างน้อย 3 เรื่อง
3. จำนวนฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเขตเมือง/กลุ่มเสี่ยง อย่างน้อย 2 ฐาน
3. ร้อยละ 40 ของเขตเข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวช
4. ร้อยละ 33 การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในเขตเมือง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา)
5. ร้อยละ 76 การเข้าถึงบริการโรคจิตเภทในเขตเมือง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา)
6. ร้อยละ 64 การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเขตเมือง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา)
7. ร้อยละ 86 การเข้าถึงบริการโรคออทิสติกในเขตเมือง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา)

สิ่งที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยบริการจิตเวช/ศูนย์สุขภาพจิตมีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเขตเมืองระดับประเทศ
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในเขตเมืองได้รับการแก้ไขปัญหา และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี

15. โครงการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2563 พบว่า วัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15 - 24 ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) และจากผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี 2565 พบว่า กลุ่มอายุนี้นี้มีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากที่สุดเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต ในปี 2564 และ ปี 2565 พบว่าวัยทำงานตอนต้น เป็นกลุ่มที่มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมากที่สุด เมื่อเทียบกับวัยทำงานตอนกลางและตอนปลาย และผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจากแบบประเมินสุขภาวะระดับมหาวิทยาลัย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กันยายน 2565 จำนวน 9,050 ราย จากมหาวิทยาลัยเครือข่ายทั่วประเทศ จำนวน 15 แห่ง จาก 5 ภูมิภาค พบว่า นิสิตร้อยละ 40 มีความเครียดอย่างมาก มีสัดส่วนถึงร้อยละ 4.3 ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีความเสี่ยงทางจิตเวช กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศที่จะก้าวเข้าสู่การทำงานและเป็นวัยที่ก้าวเข้าสู่การเริ่มต้นสร้างครอบครัว และจากมติจากการประชุมคณะกรรมการกรมสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 ได้มอบกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ดำเนินการจัดระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัย รวมถึงสนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และมอบกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการจัด “ระบบโรงพยาบาลคู่เครือข่าย” เพื่อสนับสนุนระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษา พัฒนาศักยภาพบุคลากร และรับการส่งต่อเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมอบหมายให้กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือนักศึกษาอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการพึ่งพิงตนเองในเชิงของการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษา เป็นการดูแลสุขภาพกายใจให้สมดุล และแก้ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น อีกทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาที่จะเติบโตและใช้ชีวิตในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัย

ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 50 ของนักศึกษากลุ่มเสี่ยงในมหาวิทยาลัยได้รับการดูแลช่วยเหลือนด้านสุขภาพจิต
2. ร้อยละ 11 ของมหาวิทยาลัยมีวิทยาการหลักในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรผู้รับผิดชอบสามารถให้การดูแลช่วยเหลือนักศึกษาเบื้องต้นได้
2. นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



16. โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและสมรรถภาพจิตใจประชาชนวัยทำงาน

สถานการณ์สุขภาพของคนวัยทำงานด้านสุขภาพจิต พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็น ความเครียด โรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ ในบางกรณีนำมาซึ่งการสูญเสียจากการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตคนวัยทำงานให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คนวัยทำงานในประเด็นการสร้างสุขและความเข้มแข็งทางใจ (RQ) โดยบูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน/องค์กร/สถานประกอบการ และผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต ครอบคลุมคนวัยทำงานกลุ่มเป้าหมาย จำนวนทั้งสิ้น 24,042 คน รวม 639 อำเภอ และ 40 เขตในกรุงเทพมหานคร อีกทั้งได้ขยายขอบเขตการขับเคลื่อนงาน ผ่านการบูรณาการงานสุขภาพจิตรวมกับการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนให้คนวัยทำงานได้รับบริการสุขภาพจิต ในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและครอบคลุมควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพกาย เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีสุขภาวะดี มีสมรรถภาพจิตใจที่มั่นคง อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้าย (Ultimate Outcome) คือเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี พร้อมทั้งจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้อย่างเต็มศักยภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ ภายใต้นิยามใหม่ของการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของโลก BANI WORLD

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงาน
2. เพื่อพัฒนาและขยายเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ
3. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและสมรรถภาพจิตใจแก่ประชาชนวัยทำงาน



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 87 ของประชาชนวัยทำงานมีสุขภาพจิตดี
2. ร้อยละ 10 ของสถานประกอบการ/องค์กรที่เป็นภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพมีทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) สามารถขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยทำงานเพื่อเป็นต้นแบบสถานประกอบการ/องค์กรสร้างสุข
3. ร้อยละ 80 ของผู้ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานสามารถเป็นทีมนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) ในสถานประกอบการ/องค์กร
4. จำนวนองค์กรที่ลงทะเบียนใช้งาน Mental Health Check In (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10) (จำนวน 3,289 องค์กร)
5. จำนวนองค์ความรู้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางใจและสมรรถภาพจิตใจคนวัยทำงาน (จำนวน 1 เรื่อง)
6. จำนวนประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการ ชุมชน และมหาวิทยาลัย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (จำนวน 1,320,000 คน)
7. จำนวนนวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว (อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ชิ้นงาน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนวัยทำงาน
2. เพิ่มเครือข่ายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานแบบบูรณาการ
3. มีสื่อเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและสมรรถภาพจิตใจแก่ประชาชนวัยทำงาน



17. โครงการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเครือข่ายชุมชน ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การดูแลสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี โดยเครือข่ายชุมชน ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งเน้นการเสริมพลังผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชอ./พชข.) เป็นกลไกสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตประชาชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนและมีความใกล้ชิด ซึ่งเข้าใจความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดแนวทางการส่งเสริมการมีสุขภาวะทางกาย จิต สังคม ที่ดีให้กับประชาชน ร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่าย แกนนำชุมชนต่าง ๆ ร่วมติดตามดูแลสุขภาพจิตประชาชนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ฯลฯ ให้ได้รับการดูแลและให้บริการด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว พร้อมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีการจัดบริการสุขภาพจิต ดูแลประชาชนแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกายสุขภาพจิต และการให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคม พร้อมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวชไปยังหน่วยบริการได้อย่างไร้รอยต่อ โครงการนี้จะช่วยยกระดับการมีคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตที่ดี ของประชาชนในชุมชน รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบางและกลุ่มป่วยทางสุขภาพจิต จากการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มทุกช่วงวัยในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง พร้อมกับยกระดับโครงสร้างการดูแลและให้บริการด้านสุขภาพจิตรองรับประชาชนทุกคนในชุมชน และสร้างชุมชนที่มีความเข้มแข็งทางใจมีภูมิคุ้มกันทางใจพร้อมรับมือเหตุการณ์วิกฤตหรือความรุนแรงต่าง ๆ ได้อย่างเข้มแข็งและมั่นคง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายในระดับพื้นที่ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สามารถดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชนได้ตามบริบทที่แตกต่าง
2. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมให้ประชาชน สามารถดูแลจิตใจตนเองและคนรอบข้างได้ มีความเข้มแข็งทางใจ พร้อมทั้งจะรับมือและดูแลสุขภาพจิตซึ่งกันและกันในสถานการณ์วิกฤต และเหตุการณ์ความรุนแรงต่าง ๆ
3. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเปราะบางทางสังคม/กลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตทั่วประเทศ ได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมและทั่วถึง



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 60 ของพื้นที่ที่ร่วมดำเนินการมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา
2. ร้อยละ 30 ของประชาชนกลุ่มเปราะบางในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพจิต
3. ร้อยละ 85 ของประชาชนในอำเภอ/เขตที่ร่วมเป็นเครือข่ายพลเมืองด้านสุขภาพจิตได้รับการดูแลสุขภาพจิต
4. ร้อยละ 80 ของประชาชนในพื้นที่ร่วมดำเนินการมีความเข้มแข็งทางใจ
5. ร้อยละ 80 ของชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินงานมีสุขภาพจิตดี
6. ร้อยละ 85 ของประชาชนในอำเภอที่เข้าร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับ ปชอ./พช. มีความสุข
7. ร้อยละ 30 ของประชาชนกลุ่มเปราะบางที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายพลเมืองด้านสุขภาพจิตมีสุขภาพจิตดี
8. ร้อยละ 85 ของประชาชนในอำเภอที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายพลเมืองด้านสุขภาพจิตมีสุขภาพจิตดี
9. ร้อยละ 30 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในชุมชน
10. ร้อยละ 65 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
11. ร้อยละ 20 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวทางดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการกาย จิต สังคม ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
12. อำเภอ/เขต มีเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้าร่วมสร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี (จำนวน 928 อำเภอ/เขต)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชนมีสุขภาพที่ดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ได้รับการดูแลสุขภาพจิต และเข้าถึงบริการฯ ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสและความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรง ตลอดจนชุมชนเข้มแข็งมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของกันและกัน และมีความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์วิกฤต ความรุนแรงต่าง ๆ ช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจิต



18. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย

ปัจจุบันผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะความรุนแรงเพิ่มขึ้นเนื่องจากการใช้สารเสพติด ซึ่งบุคคลเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในสังคมส่วนรวมได้ ข้อมูลผลการดำเนินงานของสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ประจำปี พ.ศ. 2567 มีสถานบำบัดที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 จำนวน 130 แห่ง พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ ที่มารับบริการในสถานบำบัดรักษาทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 4,053 ราย และเพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการคุ้มครองสิทธิ และได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ลดอาการ ความผิดปกติ ความรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของบุคคลนั้น และของผู้อื่นในสังคม และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิต ดังนั้น การสื่อสารความรู้ความเข้าใจในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตสู่สังคม รวมทั้งพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นที่เข้าใจและเกิดผลอันดีต่อผู้มีปัญหาทางจิตและจิตเวช และสังคมทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นกลไกสำคัญ โดยประสานความร่วมมือในระดับพื้นที่ รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ ซึ่งมีประมาณ 18,000 คนทั่วประเทศ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการสนับสนุนและผลักดันการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต รวมทั้ง วางแผนและถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานการสร้างเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และประสานแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิและได้รับการดูแลอย่างครบวงจรตามกลไกของกฎหมายสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้มีความผิดปกติทางจิตได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลตามมาตรฐานโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อให้จังหวัดมีกลไกทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 85 ของสถานบริการระดับ A S M1 ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต
2. ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่มีการดำเนินงานสุขภาพจิต ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
3. ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่นำกลไกการดำเนินงานทางกฎหมายและมาตรการอื่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน (ไม่รวม กทม.)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ปฏิบัติหน้าที่มีความรู้ มีทักษะ มีความพึงพอใจและมีความมั่นใจในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และครอบคลุมทั่วประเทศ
2. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแลในพื้นที่อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันทั่วถึง อันจะเป็นการช่วยลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในสังคม
3. มีระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ มีความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข และเครือข่ายภาคประชาชน ตลอดจนแนวปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
4. ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้องรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต



► ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตและกำลังคนสมรรถนะสูง

19. โครงการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จากระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) มีบุคคลได้เข้าสู่ช่วงการเกษียณอายุจำนวนมาก และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนมากต่อเนื่อง และบุคลากรให้น้ำหนักงานบริการที่ทำประจำมากกว่างานวิชาการ ด้วยผลกระทบดังกล่าว ยังทำให้เกิดภาวะผู้รับผิดชอบงานมีการโอนย้าย หมุนเวียน ลาออก หรือเข้ามารับงานใหม่ เป็นบุคลากรรุ่นใหม่ที่ดีและระบบงานวิชาการ จากการลงนิเทศงานวิชาการหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต มีการทบทวนให้เกิดความรู้ความเข้าใจทัศนคติและทักษะวิชาการต่อระบบงานนี้แก่บุคลากรที่มาทดแทน ซึ่งต้องมีการเรียนรู้งานอย่างมาก เพื่อการเพิ่มพูนศักยภาพองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับองค์ความรู้เทคโนโลยีใหม่ ประกอบกับทิศทางการสรรหางบประมาณ จากงบประมาณแผ่นดิน และแหล่งทุนวิจัยนวัตกรรมอื่นที่เข้ามาช่วยเสริมระบบงานวิจัย การคงความสามารถในกำหนดข้อเสนอการวิจัยพัฒนานวัตกรรม การพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงพัฒนาหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตที่มีการทำงาน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระบบเครือข่ายสาธารณสุขและสุขภาพจิตได้อย่างเข้มแข็งและเชื่อมั่นต่อการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต ก้าวสู่การบ่งบอกผลตอบแทนจากการลงทุนและผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Return on Investment: ROI & Social Return on Investment: SROI) ในผลิตภัณฑ์ บริการ ชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งระดับบุคลากรระดับหน่วยงาน และระดับกรมสุขภาพจิต ให้เป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตที่มีการทำงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบเครือข่ายสาธารณสุขและสุขภาพจิต
2. เพื่อพัฒนาความคิดริเริ่มของบุคลากรในการพัฒนาองค์ความรู้เทคโนโลยีนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มุ่งสู่การเป็นชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตหรือเทียบเท่า
3. เพื่อสร้างและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถทางการพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) ที่ประชาชนได้รับจากผลิตภัณฑ์บริการและบุคลากรของกรมสุขภาพจิต (>1.5 เท่า)
2. ผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment : ROI) ของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิต (>1.0 เท่า)
3. ร้อยละ 50 ของข้อเสนอวิจัยเชิงชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตหรือเทียบเท่าที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
4. ร้อยละ 50 ของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการนำความรู้ไปใช้ในการพัฒนางานประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต
5. ร้อยละ 50 ของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการสามารถจัดทำข้อเสนอวิจัยเชิงชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพจิตหรือเทียบเท่า
6. ร้อยละ 20 ของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการนำผลงานไปนำเสนอในหัวข้องานประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิตหรือเกี่ยวกับ ROI&SROI
7. ร้อยละ 80 ของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการนี้มีแนวทางในการพัฒนางานวิชาการฯ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กำลังคนที่มีสมรรถนะในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี ลดการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต และมีระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ตอบสนองต่อสถานการณ์และบริบทของประเทศ



20. โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นในการดำเนินงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อรายงานสถานการณ์แนวโน้ม การกระจาย และปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตคนไทย ทำให้กรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีองค์ความรู้ประกอบการวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิต จัดทำแผนฟื้นฟูสุขภาพจิต มีเครื่องมือ และเครือข่ายทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ และมีการนำไปใช้เชิงวิชาการในรูปแบบการเผยแพร่เป็นบทความ เผยแพร่ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ในคลังความรู้สุขภาพจิต รวมทั้งมีการสื่อสารสู่สังคมให้ประชาชนเกิดความรู้ และตระหนัก ในสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และโรคระบาด เพื่อให้มีองค์ความรู้และนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานสุขภาพจิต ส่งผลต่อประชาชนมีสุขภาพจิตดี ด้วยการพัฒนา 4 กระบวนงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) 2) การสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตคนไทยในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active, Sentinel Surveillance) ที่เป็นการเฝ้าระวังโดยการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตคนไทยต่อเนื่องในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต 3) การพัฒนาองค์ความรู้โรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ และ 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความผิดปกติการควบคุมตนเองของคนไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีองค์ความรู้สถานการณ์และแนวโน้มโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการเฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ
2. เพื่อให้มีองค์ความรู้การรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย (ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตนเอง และความรู้) จากการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเชิงรุกและเฉพาะพื้นที่/กลุ่มเสี่ยง (Active, Sentinel Surveillance) จากสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตคนไทย
3. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังความผิดปกติการควบคุมตนเองของคนไทย และทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Version ใหม่)



ตัวชี้วัดสำคัญ/ค่าเป้าหมาย

1. จำนวนองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการเฝ้าระวังเชิงรับและเชิงรุก ผลพัฒนาระบบเฝ้าระวังความผิดปกติการควบคุมตนเองของคนไทย และผลการพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Version ใหม่) (จำนวน 3 เรื่อง)
2. จำนวนระบบเฝ้าระวังเชิงรับและเชิงรุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต และระบบเฝ้าระวังความผิดปกติการควบคุมตนเองของคนไทย (จำนวน 3 ระบบ)
3. จำนวนรายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากการเฝ้าระวังเชิงรับและเชิงรุก ผลพัฒนาระบบเฝ้าระวังความผิดปกติการควบคุมตนเองของคนไทย และผลการพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Version ใหม่) (จำนวน 3 เรื่อง)
4. จำนวนเครือข่ายทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตทั้งใน-นอกสังกัดกรมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 20 คน (จำนวน 3 เครื่อง)
5. จำนวนชุดข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตจากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต (จำนวน 4 ชุด)
6. จำนวนเครื่องมือในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต (จำนวน 4 ชุด)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย
2. มีระบบเฝ้าระวังเชิงรับและเชิงรุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต และระบบเฝ้าระวังความผิดปกติการควบคุมตนเองของคนไทย

ภาคผนวก

ภาคผนวก



ภาคผนวก

นอกจากข้อมูลภาพรวมของกรมสุขภาพจิต ผลการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต รายงานการเงิน และทิศทางการดำเนินงานกรมสุขภาพจิต และแผนโครงการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ประกอบในรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ยังมีรายละเอียดสำคัญในภาคผนวก ดังนี้



ภาคผนวกที่ 1

สถานการณ์สุขภาพจิต/ข้อมูลสถิติที่สำคัญ



ภาคผนวกที่ 2

สื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต



ภาคผนวกที่ 3

การดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ



ภาคผนวกที่ 4

รายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต



ภาคผนวกที่ 5

รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ

ภาคผนวกที่ 1

สถานการณ์สุขภาพจิต/ ข้อมูลสถิติที่สำคัญ





สรุปสถานการณ์สุขภาพจิตและข้อมูลที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

ตารางที่ 12 สรุปสถานการณ์สุขภาพจิต และข้อมูลที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

ลำดับ	รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2565	2566	2567
1	จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (เตียง)	4,383	4,419	4,469
2	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ครั้ง)	1,129,404	1,186,625	1,233,797
3	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (คน)	71,394	86,115	78,799
4	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ครั้ง/วัน)	4,726	4,965	5,098
5	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (เตียง)	49,269	60,839	68,150
6	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ราย)	49,267	60,587	67,511
7	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ราย/วัน)	2,586	3,132	3,352
8	อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ (ร้อยละ)	59.20	71.37	75.01
9	จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (วัน)	19	18	18
10	จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ครั้ง)	364,620	372,494	323,050
11	จำนวนอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ร้อยละ)	32.28	31.39	26.18
12	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ราย)	5,521	6,862	6,650
13	จำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ครั้ง)	52,693	50,248	45,235
14	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ราย)	80,020	98,301	107,006

ข้อมูล ณ วันที่ : 14 พฤศจิกายน 2567



1. จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

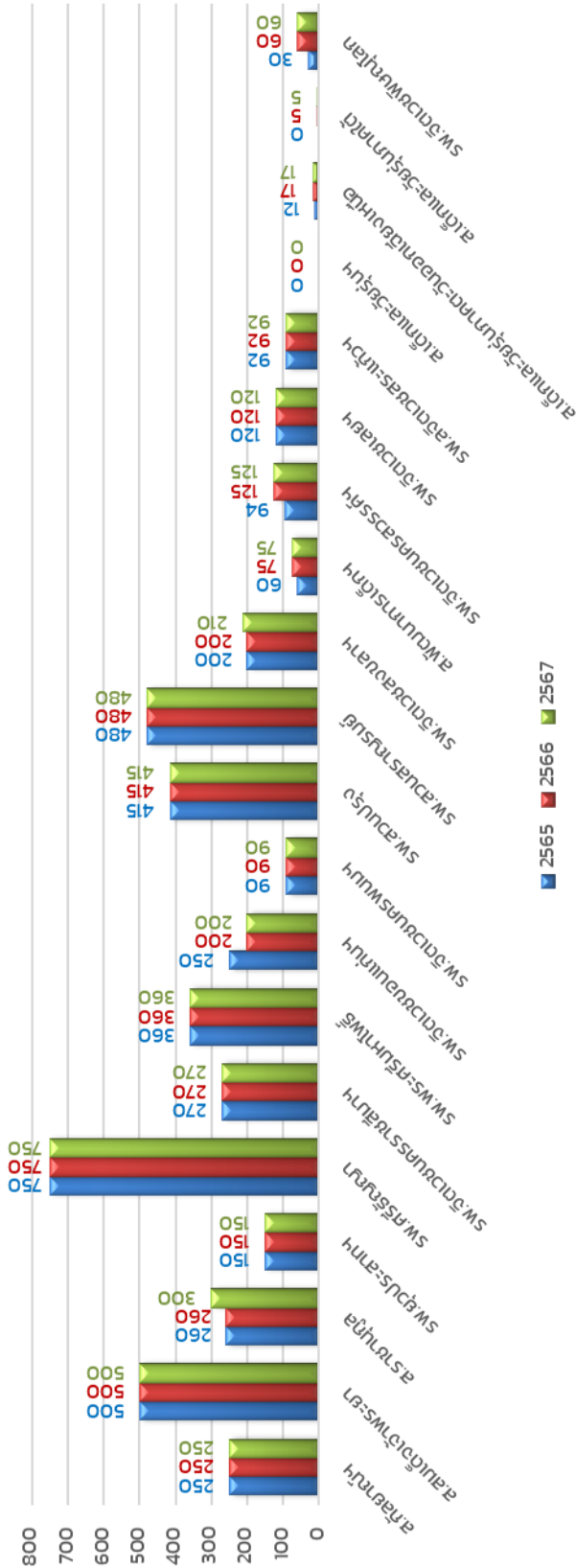
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : เตียง

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	250	250	250
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	500	500	500
3	12246	สถาบันราชานุกูล	260	260	300
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	200	200
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	90	90	90
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	415	415	415
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	480	480	480
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	200	200	210
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	60	75	75
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	94	125	125
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	120	120	120
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	92	92	92
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12	17	17
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	5	5
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	30	60	60
รวม			4,383	4,419	4,469



ภาพที่ 88 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ยังไม่เปิดให้บริการผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวนเตียงจิตเวชที่เปิดให้บริการจริงของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต 4,469 เตียง

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



2. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

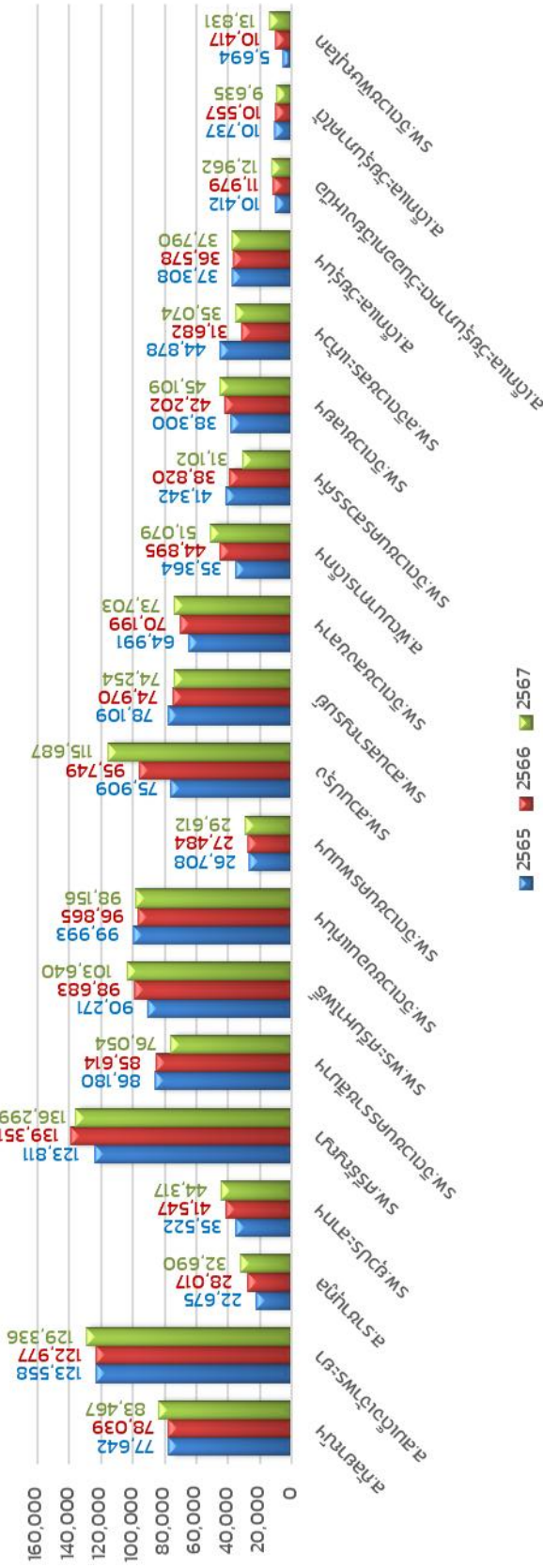
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ครั้ง

ลำดับ	รหัสสถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	77,642	78,039	83,467
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	123,558	122,977	129,336
3	12246	สถาบันราชานุกูล	22,675	28,017	32,690
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	35,522	41,547	44,317
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	123,811	139,351	136,299
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	86,180	85,614	76,054
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	90,271	98,683	103,640
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	99,993	96,865	98,156
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	26,708	27,484	29,612
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	75,909	95,749	115,687
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	78,109	74,970	74,254
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	64,991	70,199	73,703
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	35,364	44,895	51,079
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	41,342	38,820	31,102
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	38,300	42,202	45,109
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	44,878	31,682	35,074
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	37,308	36,578	37,790
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,412	11,979	12,962
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	10,737	10,557	9,635
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	5,694	10,417	13,831
รวม			1,129,404	1,186,625	1,233,797



ภาพที่ 89 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.97 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมถึงได้มีโครงการ พัฒนา คุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในการทวงถามสุขภาพ สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีช่องทางทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



3. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มาใช้บริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

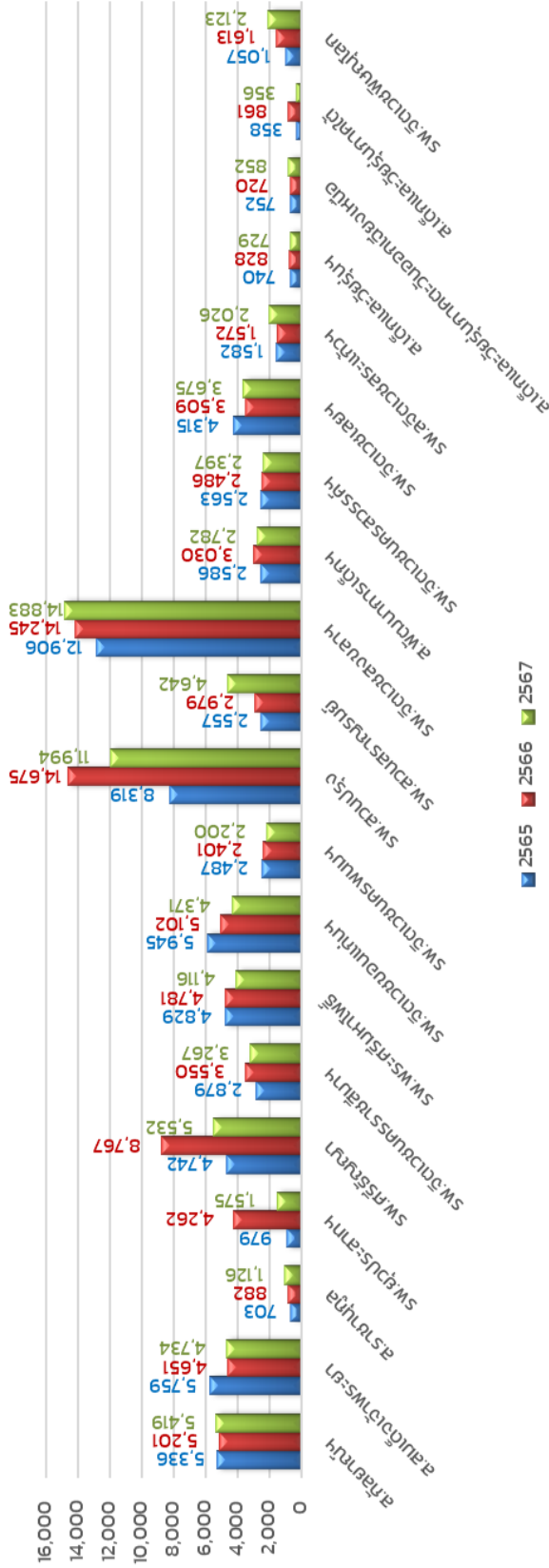
ตารางที่ 15 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่มาใช้บริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : คน

ลำดับ	รหัสสถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	5,336	5,201	5,419
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	5,759	4,651	4,734
3	12246	สถาบันราชานุกูล	703	882	1,126
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	979	4,262	1,575
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	4,742	8,767	5,532
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	2,879	3,550	3,267
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	4,829	4,781	4,116
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	5,945	5,102	4,371
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	2,487	2,401	2,200
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	8,319	14,675	11,994
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	2,557	2,979	4,642
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	12,906	14,245	14,883
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	2,586	3,030	2,782
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	2,563	2,486	2,397
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	4,315	3,509	3,675
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	1,582	1,572	2,026
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	740	828	729
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	752	720	852
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	358	861	356
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	1,057	1,613	2,123
รวม			71,394	86,115	78,799



ภาพที่ 90 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่ได้รับการบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 ผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่ที่ได้รับการบริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ใน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 8.49 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิต จึงได้มีโครงการพัฒนา
คุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับเป็นกระทรวงสาธารณสุข
สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีช่องทางทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต
และจิตเวชที่สะดวก รวดเร็ว

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



4. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

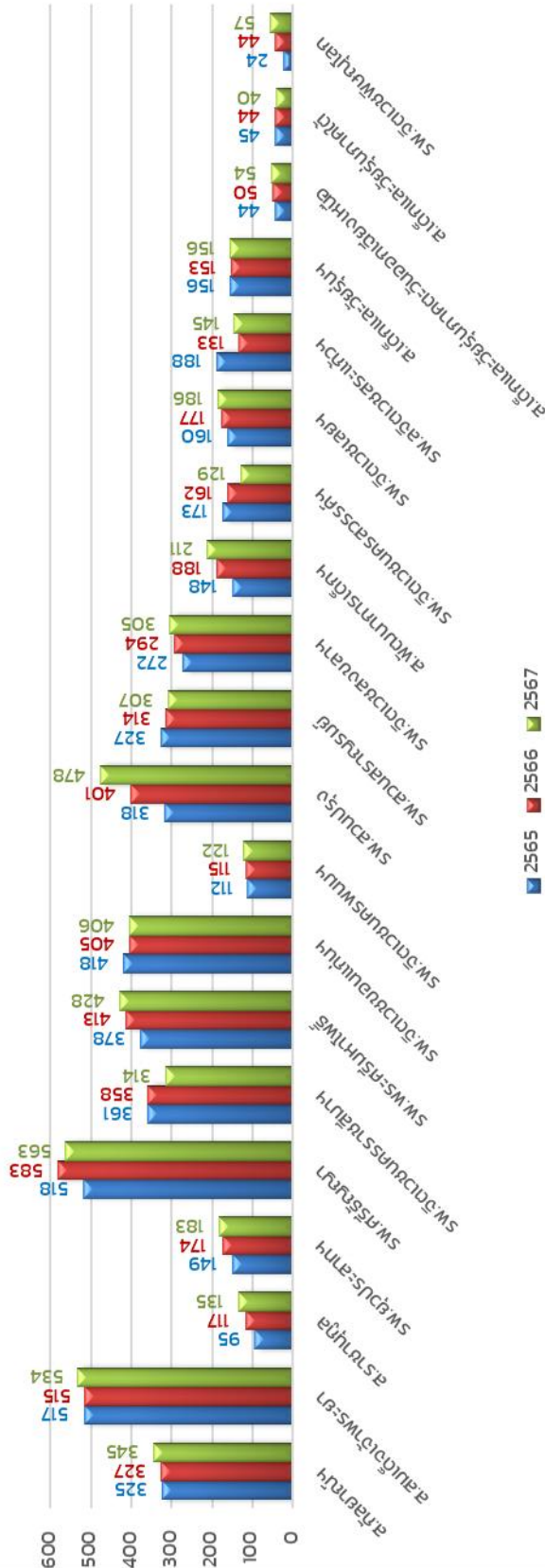
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ครั้ง/วัน

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	325	327	345
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	517	515	534
3	12246	สถาบันราชานุกูล	95	117	135
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	149	174	183
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	518	583	563
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	361	358	314
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	378	413	428
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	418	405	406
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	112	115	122
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	318	401	478
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	327	314	307
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	272	294	305
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	148	188	211
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	173	162	129
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	160	177	186
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	188	133	145
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	156	153	156
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	44	50	54
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	45	44	40
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	24	44	57
รวม			4,726	4,965	5,098



ภาพที่ 91 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 ผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 2.67 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช และจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่หน่วยบริการที่มีจำนวน
ผู้ป่วยนอกจิตเวชเฉลี่ยต่อวันที่มีารับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา รองลงมาคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ
โรงพยาบาลสวนปรุง คิดเป็นร้อยละ 11.04 , 10.47 และ 9.38

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



5. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567

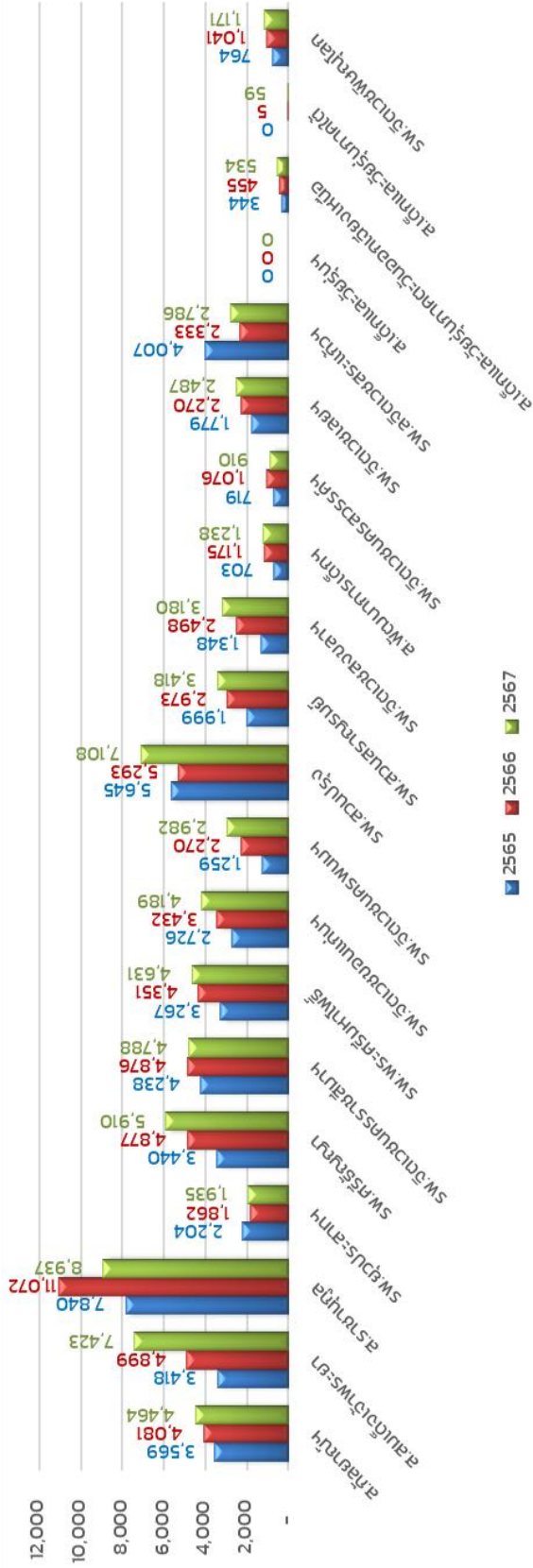
ตารางที่ 17 แสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : เตียง

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	3,569	4,081	4,464
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	3,418	4,899	7,423
3	12246	สถาบันราชานุกูล	7,840	11,072	8,937
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	2,204	1,862	1,935
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	3,440	4,877	5,910
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	4,238	4,876	4,788
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	3,267	4,351	4,631
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	2,726	3,432	4,189
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	1,259	2,270	2,982
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	5,645	5,293	7,108
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	1,999	2,973	3,418
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1,348	2,498	3,180
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	703	1,175	1,238
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	719	1,076	910
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	1,779	2,270	2,487
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	4,007	2,333	2,786
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	344	455	534
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	5	59
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	764	1,041	1,171
รวม			49,269	60,839	68,150



ภาพที่ 92 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ

พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 12.01 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมถึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพ

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข

สามารถดูแลให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และ

จิตเวชที่สะดวก รวดเร็วหน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษามากที่สุด คือ สถาบันราชานุกูล รองลงมาคือโรงพยาบาลสวนปรุง และ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คิดเป็นร้อยละ 13.11 , 10.98 และ 10.43

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



6. จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567

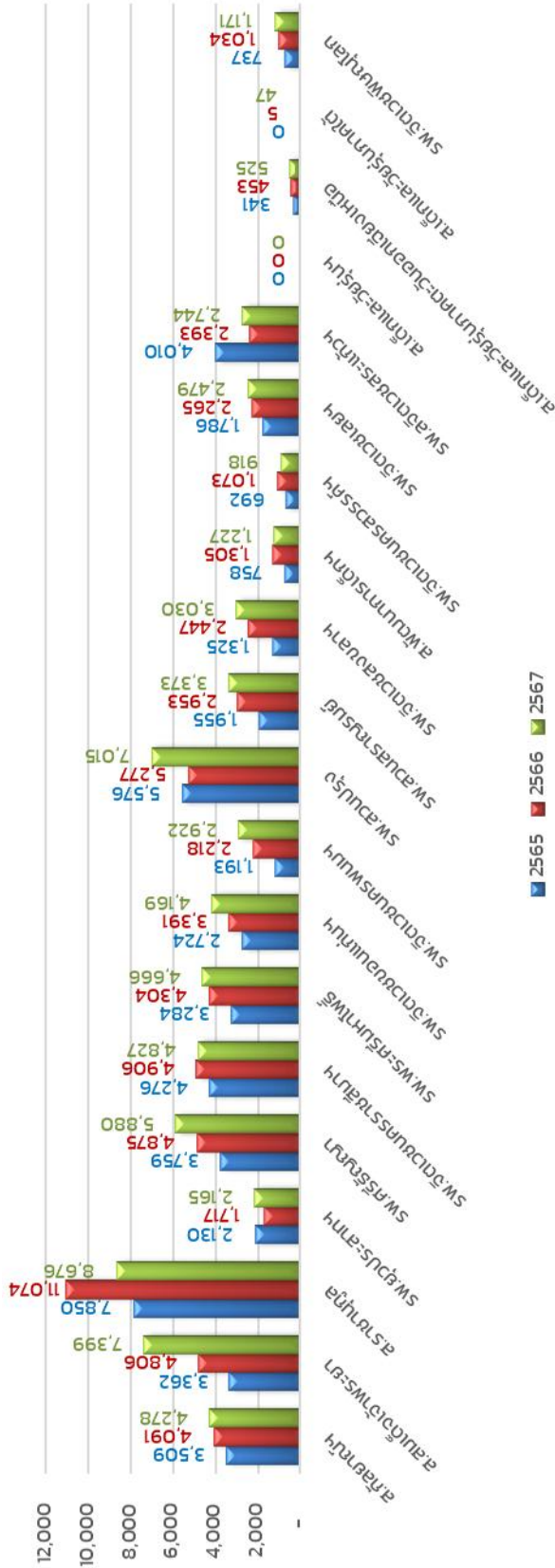
ตารางที่ 18 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ราย

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	3,509	4,091	4,278
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	3,362	4,806	7,399
3	12246	สถาบันราชานุกูล	7,850	11,074	8,676
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	2,130	1,717	2,165
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	3,759	4,875	5,880
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	4,276	4,906	4,827
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	3,284	4,304	4,666
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	2,724	3,391	4,169
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	1,193	2,218	2,922
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	5,576	5,277	7,015
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	1,955	2,953	3,373
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1,325	2,447	3,030
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	758	1,305	1,227
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	692	1,073	918
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	1,786	2,265	2,479
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	4,010	2,393	2,744
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	341	453	525
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	5	47
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	737	1,034	1,171
รวม			49,267	60,587	67,511



ภาพที่ 93 รูปกราฟเปรียบเทียบปริมาณผู้ป่วยในจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำหน่ายของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 11.42 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษา หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำหน่ายมากที่สุด คือ สถาบันราชานุกูล รองลงมาคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนปรุง คิดเป็นร้อยละ 12.85, 10.96 และ 10.39

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ. รง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



7. จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567

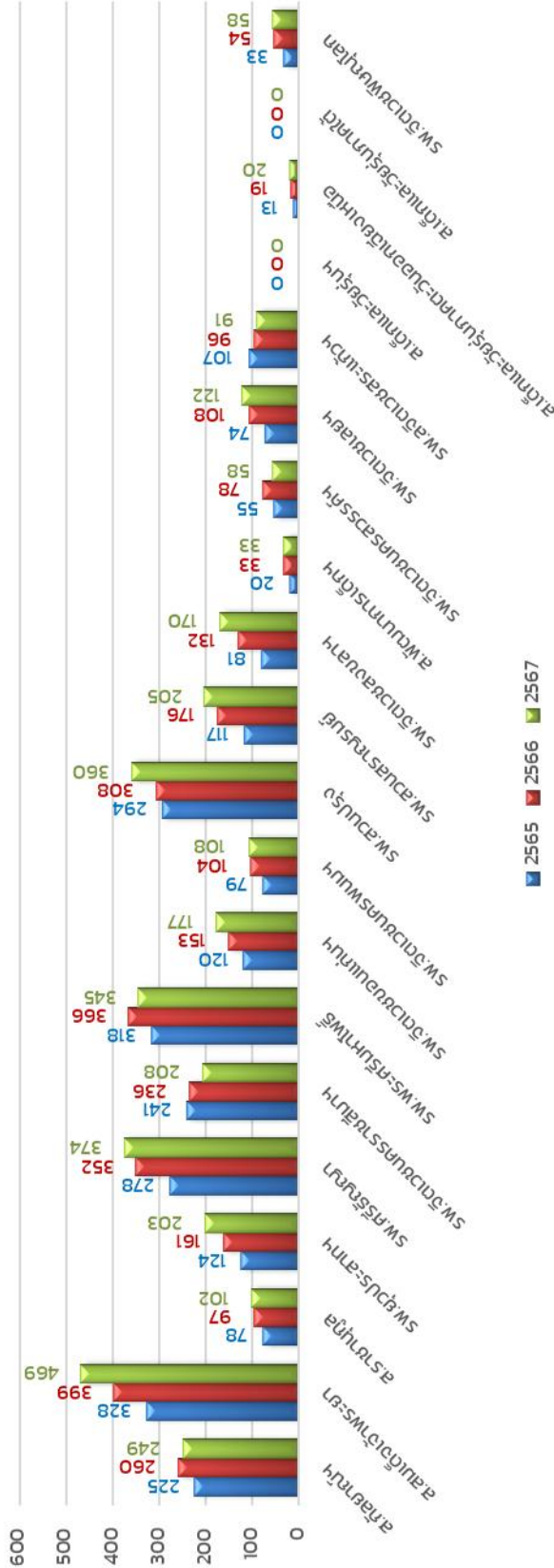
ตารางที่ 19 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ราย/วัน

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	225	260	249
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	328	399	469
3	12246	สถาบันราชานุกูล	78	97	102
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	124	161	203
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	278	352	374
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	241	236	208
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	318	366	345
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	120	153	177
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	79	104	108
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	294	308	360
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	117	176	205
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	81	132	170
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	20	33	33
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	55	78	58
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	74	108	122
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	107	96	91
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13	19	20
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	0	0
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	33	54	58
รวม			2,586	3,132	3,352



ภาพที่ 94 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 7.02 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษา และจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชเฉลี่ยต่อวันมากที่สุดคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รองลงมาคือ โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสวนปรุง คิดเป็น

ร้อยละ 13.99, 11.16 และ 10.75

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



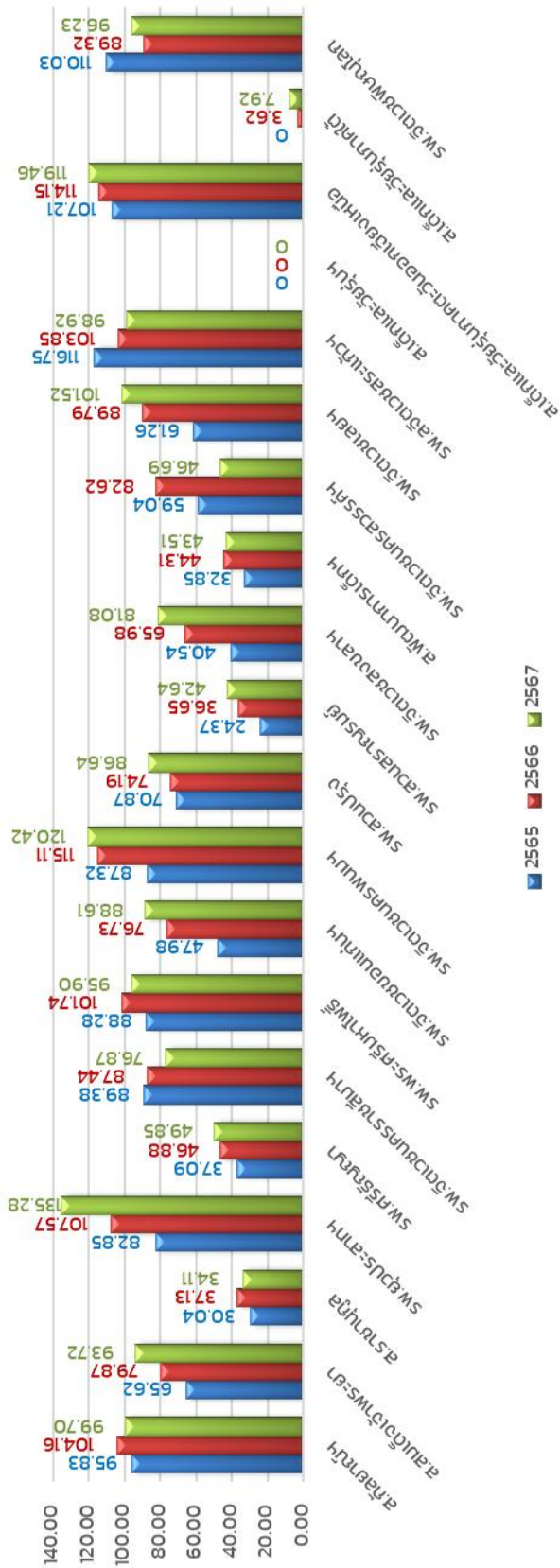
8. อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของ หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

ตารางที่ 20 แสดงอัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ

หน่วยนับ : ร้อยละ

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	95.83	104.16	99.70
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	65.62	79.87	93.72
3	12246	สถาบันราชานุกูล	30.04	37.13	34.11
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	82.85	107.57	135.28
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	37.09	46.88	49.85
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	89.38	87.44	76.87
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	88.28	101.74	95.90
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	47.98	76.73	88.61
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	87.32	115.11	120.42
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	70.87	74.19	86.64
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	24.37	36.65	42.64
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	40.54	65.98	81.08
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	32.85	44.31	43.51
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	59.04	82.62	46.69
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	61.26	89.79	101.52
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	116.75	103.85	98.92
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	107.21	114.15	119.46
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	3.62	7.92
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	110.03	89.32	96.23
รวม			59.20	71.37	75.01

ภาพที่ 95 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการ ปิงปวงมาถน พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวช (Bed Occupancy Rate) ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 75.01 เนื่องจากหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในหน่วยบริการที่มีอัตราการครองเตียงมากกว่า 100 ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลไวยวัฒน์, โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนรินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนรินทร์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.จ. 201) สำนักแก้ไขปัญาเสพติด กรมสุขภาพจิต



9. จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ใน โรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567

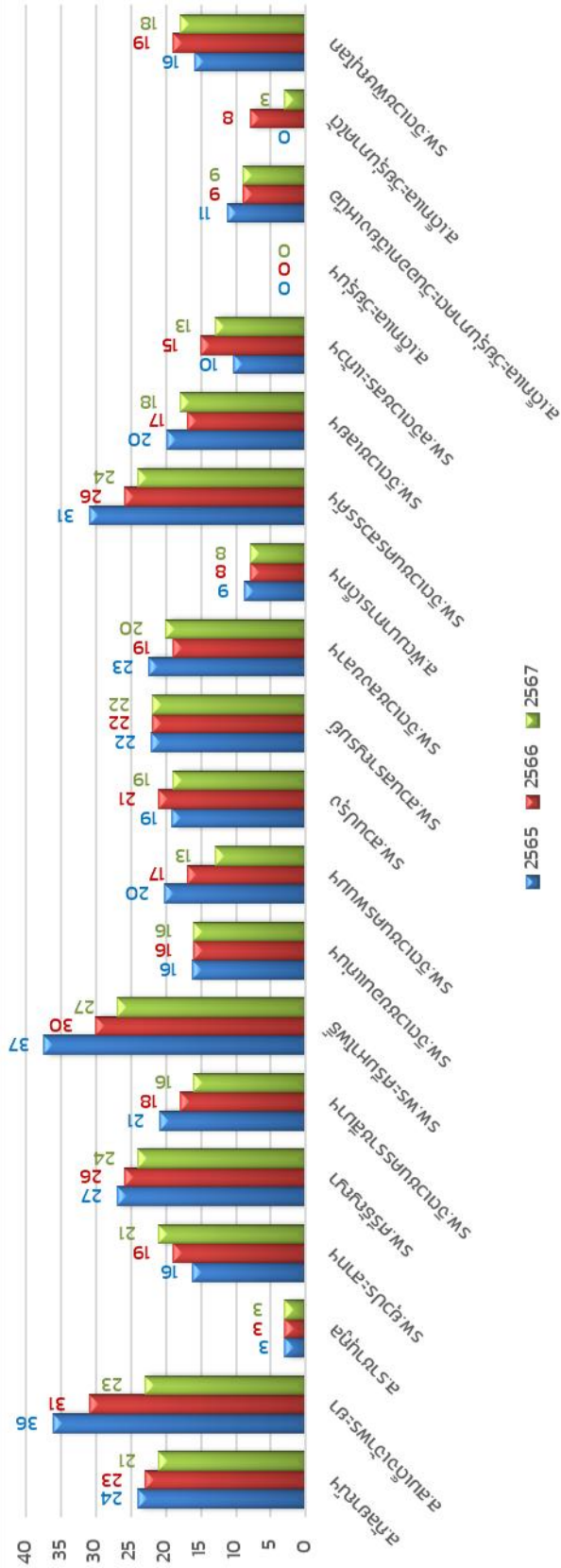
ตารางที่ 21 แสดงจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของ
หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : วัน

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	24	23	21
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	36	31	23
3	12246	สถาบันราชานุกูล	3	3	3
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	16	19	21
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	27	26	24
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	21	18	16
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	37	30	27
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	16	16	16
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	20	17	13
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	19	21	19
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	22	22	22
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	23	19	20
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	9	8	8
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	31	26	24
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	20	17	18
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	10	15	13
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	-	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11	9	9
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	-	8	3
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	16	19	18
รวม			19	18	18



ภาพที่ 96 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 5.55 เนื่องจากหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมจึงได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ Service Plan โดยสถานบริการทุกระดับในการทรวงสาธารณสุข

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



10. จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

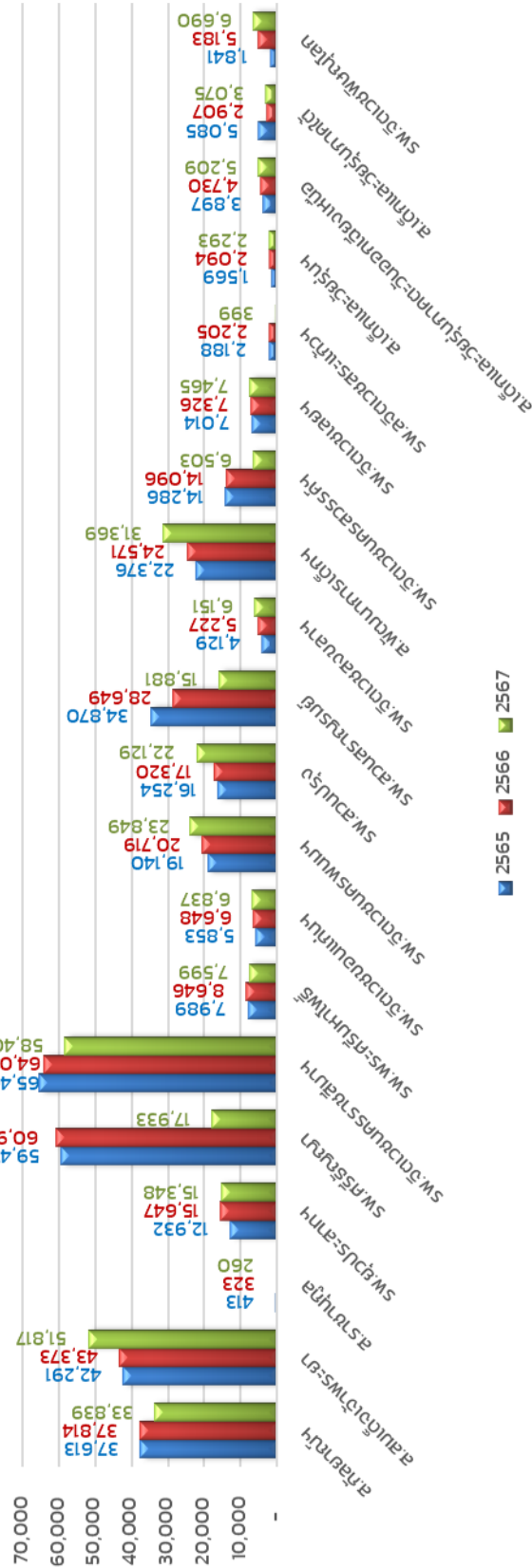
ตารางที่ 22 แสดงจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ครั้ง

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	37,613	37,814	33,839
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	42,291	43,373	51,817
3	12246	สถาบันราชานุกูล	413	323	260
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	12,932	15,647	15,348
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	59,472	60,947	17,933
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	65,408	64,069	58,404
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	7,989	8,646	7,599
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	5,853	6,648	6,837
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	19,140	20,719	23,849
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	16,254	17,320	22,129
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	34,870	28,649	15,881
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	4,129	5,227	6,151
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	22,376	24,571	31,369
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	14,286	14,096	6,503
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	7,014	7,326	7,465
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	2,188	2,205	399
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	1,569	2,094	2,293
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,897	4,730	5,209
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	5,085	2,907	3,075
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	1,841	5,183	6,690
รวม			364,620	372,494	323,050



ภาพที่ 97 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 13.27 หน่วยบริการที่มีจำนวนการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อการตรวจรักษาต่อมากที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา 13.27 รองลงมาคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณิวัฒนาศรีนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 18.08, 16.04 และ 10.47

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



11. อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

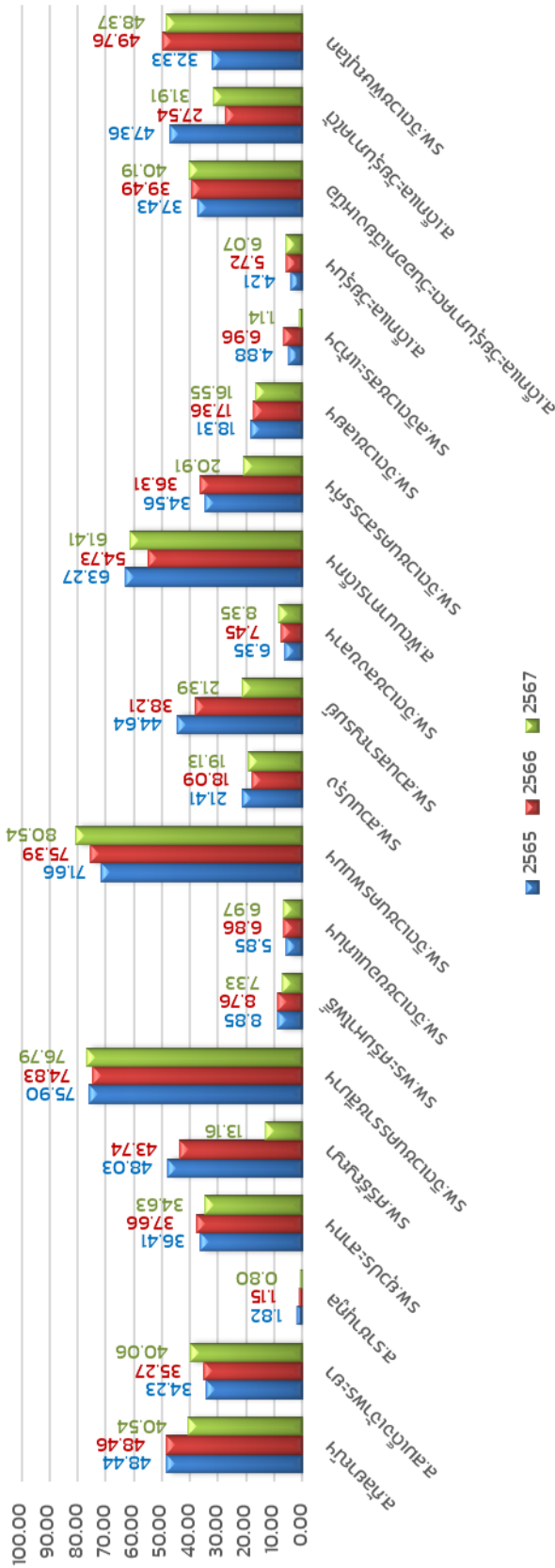
ตารางที่ 23 แสดงอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ร้อยละ

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	48.44	48.46	40.54
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	34.23	35.27	40.06
3	12246	สถาบันราชานุกูล	1.82	1.15	0.80
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	36.41	37.66	34.63
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	48.03	43.74	13.16
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	75.90	74.83	76.79
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	8.85	8.76	7.33
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	5.85	6.86	6.97
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	71.66	75.39	80.54
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	21.41	18.09	19.13
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	44.64	38.21	21.39
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	6.35	7.45	8.35
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	63.27	54.73	61.41
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	34.56	36.31	20.91
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	18.31	17.36	16.55
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	4.88	6.96	1.14
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	4.21	5.72	6.07
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	37.43	39.49	40.19
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	47.36	27.54	31.91
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	32.33	49.76	48.37
รวม			32.28	31.39	26.18



ภาพที่ 98 รูปกราฟเปรียบเทียบอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 อัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง

หน่วยบริการที่มีอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อมากที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวชเวชนครพนมราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 80.54

รองลงมาคือ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 76.79 และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 61.41

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



12. จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

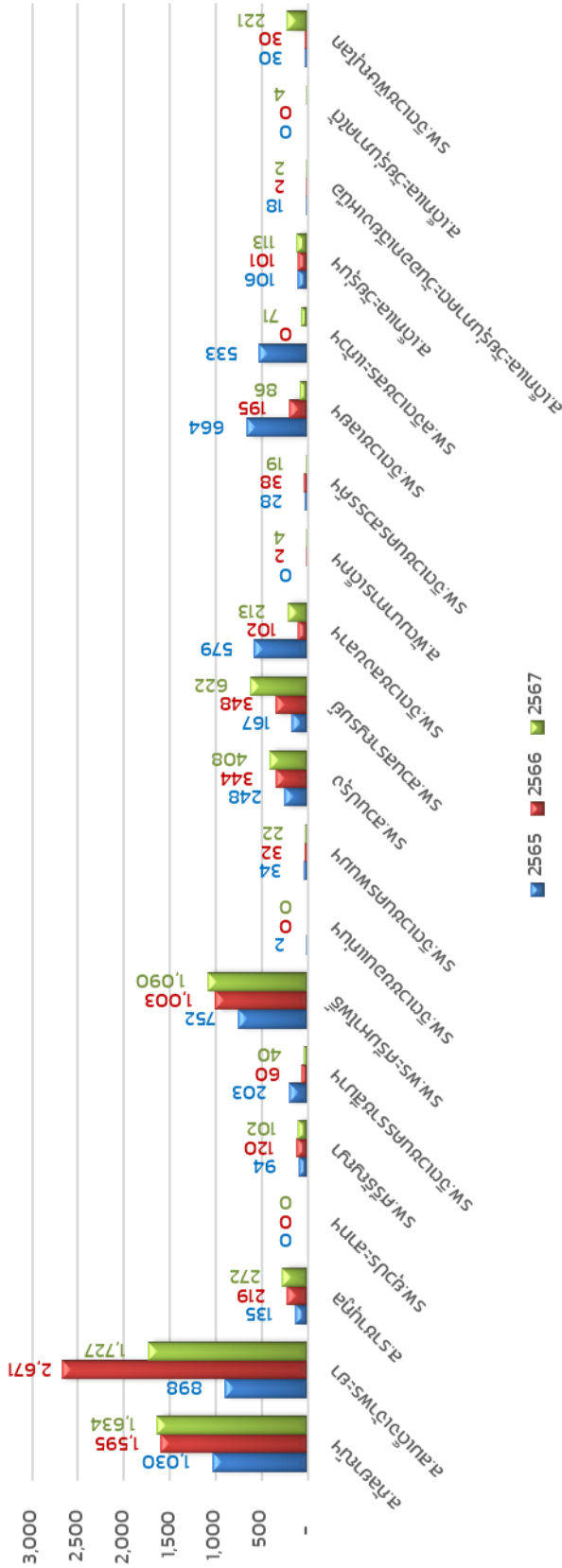
ตารางที่ 24 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ราย

ลำดับ	รหัสสถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	1,030	1,595	1,634
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	898	2,671	1,727
3	12246	สถาบันราชานุกูล	135	219	272
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	0	0	0
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	94	120	102
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	203	60	40
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	752	1,003	1,090
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	2	0	0
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	34	32	22
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	248	344	408
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	167	348	622
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	579	102	213
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	0	2	4
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	28	38	19
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	664	195	86
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	533	0	71
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	106	101	113
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	18	2	2
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	0	4
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	30	30	221
รวม			5,521	6,862	6,650



ภาพที่ 99 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.08 หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชส่งไปรักษาต่อหน่วยงานอื่นมากที่สุดคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รองลงมาคือสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คิดเป็นร้อยละ 25.97 , 24.57 และ 16.39

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



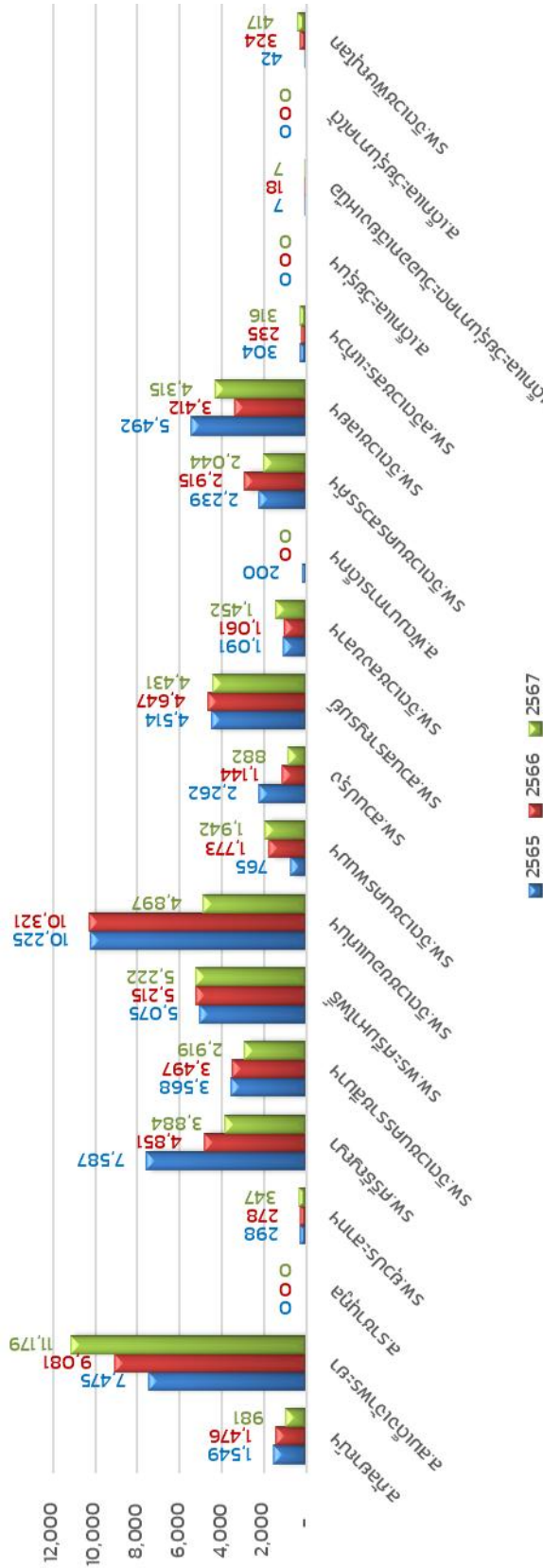
13. จำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ครั้ง

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	1,549	1,476	981
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	7,475	9,081	11,179
3	12246	สถาบันราชานุกูล	0	0	0
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	298	278	347
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	7,587	4,851	3,884
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	3,568	3,497	2,919
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	5,075	5,215	5,222
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	10,225	10,321	4,897
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	765	1,773	1,942
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	2,262	1,144	882
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	4,514	4,647	4,431
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1,091	1,061	1,452
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	200	0	0
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	2,239	2,915	2,044
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	5,492	3,412	4,315
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	304	235	316
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7	18	7
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	0	0
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	42	324	417
รวม			52,693	50,248	45,235

ภาพที่ 100 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 9.97 หน่วยบริการที่มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของหน่วยบริการมากที่สุด คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รองลงมาคือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 24.72 , 11.55 และ 10.83 หน่วยบริการที่ไม่มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ สถาบันราชานุกูล, สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นนภาคใต้

ผู้พิมพ์: รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร.ง. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต



14. จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567

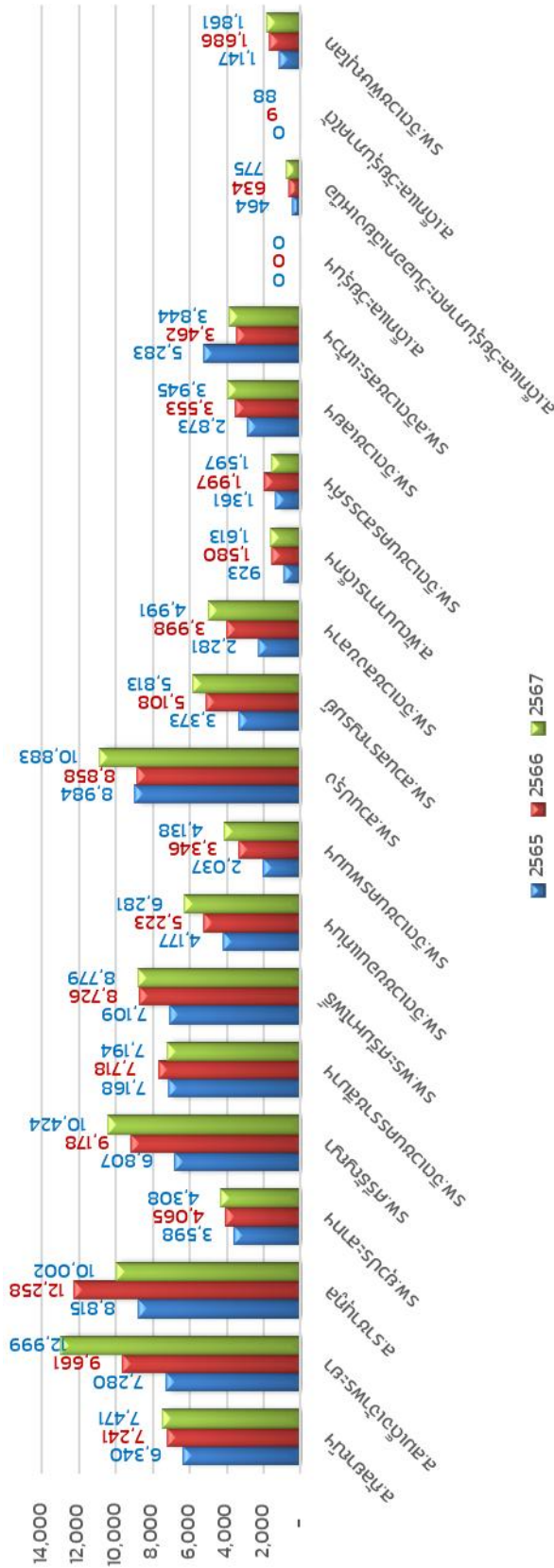
ตารางที่ 26 แสดงจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยนับ : ราย

ลำดับ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
1	11597	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	6,340	7,241	7,471
2	12244	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	7,280	9,661	12,999
3	12246	สถาบันราชานุกูล	8,815	12,258	10,002
4	12251	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	3,598	4,065	4,308
5	12260	โรงพยาบาลศรีธัญญา	6,807	9,178	10,424
6	12268	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	7,168	7,718	7,194
7	12269	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	7,109	8,726	8,779
8	12272	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	4,177	5,223	6,281
9	12277	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	2,037	3,346	4,138
10	12280	โรงพยาบาลสวนปรุง	8,984	8,858	10,883
11	12289	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	3,373	5,108	5,813
12	12290	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	2,281	3,998	4,991
13	13775	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	923	1,580	1,613
14	14171	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	1,361	1,997	1,597
15	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	2,873	3,553	3,945
16	14717	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	5,283	3,462	3,844
17	14955	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	0	0	0
18	24746	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	464	634	775
19	40915	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	0	9	88
20	41429	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	1,147	1,686	1,861
รวม			80,020	98,301	107,006



ภาพที่ 101 รูปกราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567



หมายเหตุ : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 8.85 จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่มารับบริการมากที่สุด คือสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
รองลงมา คือ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลศรีธัญญา คิดเป็นร้อยละ 12.15, 10.17 และ 9.74

ที่มา : รายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สจ.ร. 201) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

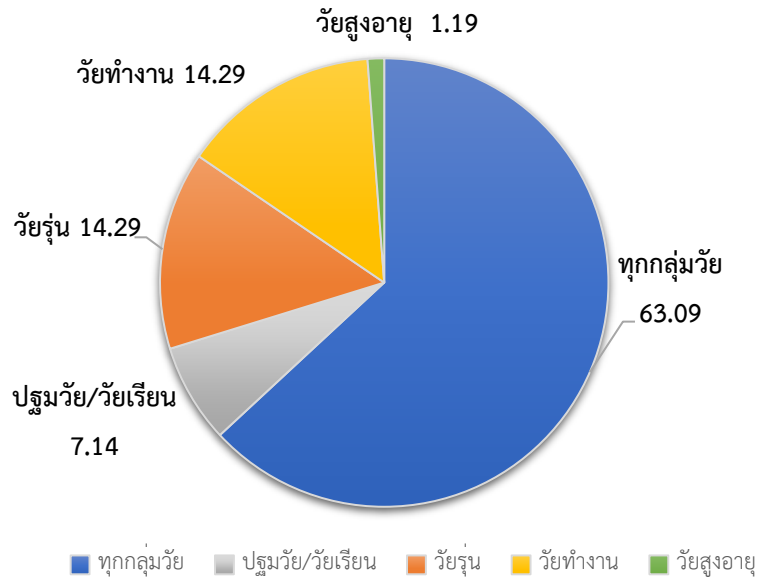
ภาคผนวกที่ 2

สื่อและเทคโนโลยี สุขภาพจิต





ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมสุขภาพจิตประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานที่ดำเนินงานบริการด้านสุขภาพจิต มีการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต เพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ ป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต บำบัด ฟื้นฟู สมรรถภาพทางจิต และสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 84 รายการ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมายของการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายที่มีการผลิตสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ตามลำดับ ได้ดังนี้



ตารางที่ 27 สรุปสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนสื่อและเทคโนโลยี	ร้อยละ
วัยรุ่น/วัยเรียน	6	7.14
วัยรุ่น	12	14.29
วัยทำงาน	12	14.29
วัยสูงอายุ	1	1.19
ทุกกลุ่มวัย	53	63.09
รวมทั้งสิ้น	84	100



ตารางที่ 28 แสดงสื่อและเทคโนโลยีสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
ปฐมวัย/วัยเรียน					
1	สื่อมัลติมีเดีย เรื่องการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยครอง และเทคนิค การบ้วนยาเด็ก เมื่อลูกกินยายาก หรือไม่ยอมกินยา	- ผู้ปกครองเด็กปกติ กลุ่มเด็กแรกเกิด - 12 ปี - ผู้ปกครองเด็กบกพร่อง ทางพัฒนาการและ สติปัญญา กลุ่มเด็ก แรกเกิด - 18 ปี	คลิปวิดีโอ	สถาบันราชานุกูล	https://moph.cc/8IDDmMdQB 
2	สื่อมัลติมีเดีย เรื่อง การหยุด พฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน (เด็กพิเศษ)	- ผู้ปกครองเด็กบกพร่อง ทางพัฒนาการ และสติปัญญา กลุ่มเด็กอายุ 3 - 18 ปี	คลิปวิดีโอ	สถาบันราชานุกูล	https://moph.cc/eYPvo6-v 
3	สื่อมัลติมีเดีย เรื่อง การหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน (เด็กพิเศษ)	- ผู้ปกครองเด็กบกพร่อง ทางพัฒนาการ และสติปัญญา กลุ่มเด็กอายุ 3 - 18 ปี	คลิปวิดีโอ	สถาบันราชานุกูล	https://moph.cc/u7Zs6Mz6r 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและภาคไอลย	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานกัฟลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
4	เทคนิคการรับมือเมื่อถูกลูกบูลลี่ “BULLYING”	- ผู้ปกครอง - ครู - นักเรียน	โปสเตอร์/ Facebook	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/ruXzDlh7r 
5	คำแนะนำสำหรับผู้ใหญ่ดูแลเด็ก และวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงภาวะ เครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง และ ดูแลจิตใจกลุ่มเด็กและเยาวชน เมื่อผ่านเหตุการณ์ความรุนแรง	- ผู้ปกครอง - ครู	สื่อออนไลน์ TikTok	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	https://moph.cc/DHWrkKuub 
6	โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เยาวชนในการป้องกัน การตั้งครรภ์ตามเพศวิถีในอิสลาม ระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ประถมศึกษาปีที่ 4-6)	- ผู้ปกครอง - ครู - เด็กและวัยรุ่น	สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ และรูปเล่ม	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	https://citly.me/Yvalb 



ลำดับ	รายชื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
วัยรุ่น					
7	คู่มือ ดิต่อใจ เสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮิต สู้ สำหรับวัยรุ่น ฉบับปรับปรุง ปี 2567	- ผู้ปกครอง - ครู - เด็กและวัยรุ่น	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	https://shorturl.asia/LlDzp 
8	คู่มือ Self Esteem เรื่องง่ายๆ สร้างได้ด้วยตัวเรา ฉบับปรับปรุง ปี 2567	- ประชาชนทั่วไป	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	https://shorturl.asia/zSmj5 
9	คู่มือ รับผิดชอบอย่างไร ให้ให้เป็นสุข ฉบับปรับปรุง ปี 2567	- ประชาชนทั่วไป	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	https://shorturl.asia/QOAJ4 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
10	คู่มือ Happiness สุขเป็นสร้างได้ ฉบับปรับปรุง ปี 2567	- ประชาชนทั่วไป	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	https://shorturl.asia/YOWRe 
11	คู่มือ เพราะการกลั่นแกล้ง ไม่ใช่เรื่องล้อเล่น Stop Bullying ฉบับปรับปรุง ปี 2567	- ผู้ปกครอง - ครู - เด็กและวัยรุ่น	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	https://shorturl.asia/QvkrL 
12	คู่มือ รู้เท่าทัน Hate Speech สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ฉบับปรับปรุง ปี 2567	- ประชาชนทั่วไป	e-Book	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	https://shorturl.asia/YOWRe 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและภาคโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
13	คู่มือผู้รับการบำบัดตามโปรแกรม การบำบัดด้วยการกระตุ้น พฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะ ซึมเศร้า	- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า -ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	เล่มคู่มือ	โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	www.thaidepression.com 
14	ต้นแบบโปรแกรมการบำบัด ด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า	- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า -ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	เล่มคู่มือ	โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	www.thaidepression.com 
15	แผ่นพับ โรคซึมเศร้า	- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า -ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	https://moph.cc/xQIHsOJwU 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
16	รายงานการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาการส่งเสริมและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในรูปแบบดิจิทัลสำหรับเยาวชน หลักสูตรห้องเรียนวัยรุ่น CPS (e-Learning)	- ผู้ปกครอง - ครู - เด็กและวัยรุ่น	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/MGapetk45 
17	คู่มือหลักสูตรเสริมพลังใจ วัยสร้างสรรค์ BRT : Building Resilience for Teen (e-Learning)	- ผู้ปกครอง - ครู - เด็กและวัยรุ่น	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/r6e57zNBp 
18	แนะนำหลักสูตรเสริมพลังใจ วัยสร้างสรรค์ BRT: Building Resilience for Teen (e-Learning)	- ผู้ปกครอง - ครู - เด็กและวัยรุ่น	แผ่นพับ/ Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/N9KGvm8LG 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
วิทยากร					
19	โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมทำงาน (CBT : Cognitive Behavior Therapy) สำหรับบุคลากรในเครือข่าย สาธารณสุข	- บุคลากรในเครือข่าย สาธารณสุข	เอกสาร	โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	https://moph.cc/ne-BAeEYa 
20	แผนปฏิบัติการเป็นพี่ปรึกษา ของหัวหน้างาน	- บุคลากรในเครือข่าย สาธารณสุข	แผนพับ	กองส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพจิต	https://bit.ly/Consult67 
21	วิถีคลายเครียด สำหรับประชาชน	- ประชาชนทั่วไป	แผนพับ	กองส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพจิต	https://bit.ly/Stress67 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
22	คู่มือวิทยากรการสนทนา สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	- บุคลากรในเครือข่าย สาธารณสุข	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/vcXWDONvK 
23	คู่มือวิทยากรการให้การปรึกษา แบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน สำหรับผู้มีความเสี่ยงปัญหา สุขภาพจิต	- บุคลากรในเครือข่าย สาธารณสุข	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/3P-61vOil 
24	หนังสือ HOW TO TALK AS TED	- บุคลากรในเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	เล่ม/E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/NUoluv6SV 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
25	การช่วยเหลือปฐมพยาบาลทางใจ ผู้ที่มีความเครียดด้วยหลัก 3 ส หรือ 3L	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/A_Kc9qCB9 
26	สูตรรุนแรงกว่าที่คุณคิดทำให้เกิด	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/R8y-O7_Lh 
27	ยาเสพติด..ติดได้อย่างไร	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/5Y8E5txTJ 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
28	6 สัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิตจากการใช้ยาเสพติด	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/cy7-awOz- 
29	สมุดสร้างสุข	- ประชาชนทั่วไป	เล่ม	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	https://moph.cc/H8uE8Xy53 
30	การบำบัดแบบกลุ่มทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy : HRT) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	- ผู้สูงอายุ -ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	เอกสาร	โรงพยาบาล พระศรีมหาราชา	https://moph.cc/plo-EB2rk 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
วัยรุ่นอายุ					
31	สงกรานต์ปีนี้แสดงความกตัญญู ต่อผู้สูงอายุกลับบ้าน รดน้ำ ขอพร แล้วส่งต่อความสุขให้กับ ผู้สูงอายุด้วยการสร้างสุข 5 มิติ	- ประชาชนทั่วไป	สื่อออนไลน์ TikTok	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	https://moph.cc/qscZM7F2B 
ทุกกลุ่มวัย					
32	แอปพลิเคชันสำหรับ ตรวจสุขภาพใจและ ประเมินความเครียด	- ประชาชนทั่วไป	Application	โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	www.thaidepression.com 
33	การช่วยเหลือปฐมพยาบาลทางใจ ผู้ที่มีความเครียดด้วยหลัก 3 ส หรือ 3L	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/-2eeo82A2 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
34	สารานุกรมแรงกว่าที่คุณคิดทำให้เกิด	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/3tO5Zsq7R 
35	ยาเสพติด..ติดได้อย่างไร	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/Ts9XNST_6 
36	6 สัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิตจากการใช้ยาเสพติด	- ประชาชนทั่วไป	โปสเตอร์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	https://moph.cc/TCHVEW5_B 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
37	Info 3 ส 3 หมอ คุณก็ช่วยเหลือ คนอื่นได้ เราช่วยกัน	- ประชาชนทั่วไป	ใบปลิว	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9	https://moph.cc/mG-wGSL_i 
38	ความสุขก็สร้างได้ เครียดก็คลายให้เป็น	- ประชาชนทั่วไป	ใบปลิว	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	https://moph.cc/4JK8E5IC_ 
39	ซึมเศร้าเราคุยกันได้	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข -ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	ใบปลิว	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	https://moph.cc/vl9FXRwq 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
40	รู้ทันสัญญาณเสี่ยง ก่อนความรุนแรง	- ประชาชนทั่วไป	ใบปลิว	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	https://moph.cc/ql64hnlF2 
41	ฆ่าตัวตายป้องกันได้	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	ใบปลิว	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	https://moph.cc/GBw-_oppB 
42	COMMUNITY MENTAL HEALTH INDEX “ดัชนี สุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น”	- ประชาชนทั่วไป	หนังสือ	กองส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพจิต	https://bit.ly/CMHI67 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
43	ผลการดำเนินงานของเครือข่าย พลเมืองสุขภาพจิตดี ร่วมสร้าง พลังใจ สุขภาพจิตไทยยั่งยืน Better Mental Healthcare for All	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	หนังสือ	กองส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพจิต	https://bit.ly/BMHCA67 
44	เรียนรู้ ยอมรับ ปรับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิตฯ ใช้ชีวิตกับผู้ป่วย อย่างเข้าใจ (หมายเหตุ ผลิตในปี 2564 และ ยังมีการใช้งานอยู่ในปัจจุบัน)	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	VDO	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	https://shorturl.asia/oRFsm 
45	รวมกฎหมายอนุบัญญัติตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	หนังสือ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	https://shorturl.asia/KdvUt 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเอกสาร	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
46	e-Learning หลักสูตรสาระพระราชบัญญัติสุขภาพจิตและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Self-learning	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	https://shorturl.asia/Houcy 
47	คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	หนังสือ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	https://shorturl.asia/CkujO 
48	สาระสำคัญพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่)	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	แผ่นพับ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	https://shorturl.asia/kp3qf 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
49	กฎหมายสุขภาพจิตที่ประชาชนควรรู้	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ	https://shorturl.asia/rgnDH 
50	การสื่อสารและสร้างพลังใจ สำหรับผู้สูงอายุ	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ผู้สูงอายุ - ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	https://moph.cc/HyWSWs_no 
51	การเฝ้าระวังป้องกัน การฆ่าตัวตาย	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	https://moph.cc/gFNRILOx1 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
52	เติมพลังใจ อัด ฮิต สู้	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	https://moph.cc/LSPR0HLN 
53	การปฐมพยาบาลทางใจ	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	https://moph.cc/x-YfW8sOb 
54	วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 (2023): ตุลาคม - ธันวาคม 2566	- ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/pcgF9opX9 



ลำดับ	รายชื่อและเอกสาร	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
55	วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 (2024): เมษายน - มิถุนายน 2567	- ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/WUuC7OYJ 
56	วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 (2024): เมษายน - มิถุนายน 2567	- ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/hspyay8k8 
57	วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 (2024) : กรกฎาคม - กันยายน 2567	- ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/MZvq_zI2R 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
58	สัปดาห์ความรู้ MENTAL HEALTH JOURNAL CLUB X KM : จิตเวชและยาเสพติด หัวข้อ “การทบทวนทางเลือกในการเพิ่มคุณภาพการรักษาคู่ผู้ติดสารเสพติด ในยุคปัจจุบัน”	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/Y9ReDv97x 
59	สัปดาห์ความรู้ Mental Health Journal Club x KM: สุขภาพจิต เด็ก และวัยรุ่น หัวข้อ “โอกาสและความเสี่ยงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เพื่อประโยชน์ทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น”	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/6teBtP_qR 
60	หลักสูตรการจัดการความรู้ กรมสุขภาพจิต	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	e-Learning	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/zBuGpC2kg 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
61	หลักสูตรการให้คำปรึกษาแบบใช้ ความเข้มแข็งเป็นฐาน	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ญาติ/ผู้ดูแล - ประชาชนทั่วไป	e-Learning	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/zBuGpC2kg 
62	Conference Report : 23rd Annual International Mental Health Conference	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/7t3TVNObg 
63	รายงานวิจัย สถานการณ์ สุขภาพจิตคนไทย ผ่าน Mental Health Check-In	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/Jrsp5B5on 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเอกสาร	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
64	รายงานวิจัย ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุข จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/yMdky6E3h 
65	รายงานวิจัย ระบาดวิทยากลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/wUBHjG7su 
66	ความชุกของความผิดปกติทางอารมณ์: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/huk6k3dwj 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
67	ความชุกของการเสพติดนิโคติน : การสำรวจระดับวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/uWwpomYiV 
68	ความชุกของความผิดปกติการ ควบคุมตัวเอง: การสำรวจระดับ วิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/Y1pBzgXBR 
69	รูปแบบการใช้สารเสพติด ในประเทศไทย : ผลการสำรวจระดับ วิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/QteKzD9i1 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
70	ความทุกข์ของประสบการณ์คล้ายโรคจิต (Psychotic Experience): การสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/xi_BQZ_Rf 
71	ความทุกข์ของกลุ่มโรควิตกกังวลของคนไทย: การสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/0Wt8Pyyl_ 
72	อัตราป่วยรายใหม่ของความผิดปกติและพฤติกรรมที่เกิดจาก การเสพยาเสพติดในคนไทย : Health Data Center (HDC) ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/_C_otYifb 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
73	ความชุก 12 เดือน ของความผิดปกติของพฤติกรรม ดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use Disorders): ผลสำรวจระดับ วิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/p95nWAYBr 
74	ความชุก 12 เดือน ของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย : การสำรวจระดับวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/Net3k65TB 
75	อัตราป่วยรายใหม่ของไข้ ทำร้ายตนเองและถูกทำร้าย ในคนไทย ม.ค.-ส.ค. 2567: Health Data Center (HDC)	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/KREpyJmbC 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
76	ความชุกโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: ผลสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	Infographic	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/IMH9hUezZ 
77	Evaluation And Lesson Learned International Mental Health Workforce Training 2024	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข	เล่ม /E-book	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/CphaAVAuM 
78	วิดีโอ KMH TALK Challenge 2024 รอบคัดเลือก	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	Video	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/xBsLAWqev 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
79	วิดีโอ KMH TALK Challenge 2024 รอบ Final	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	Video	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	https://moph.cc/euGIntEJ_ 
80	5 สัญญาณเตือน...เสี่ยง ฆ่าตัวตายในโลกโซเชียล	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	สื่อออนไลน์ TikTok	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	https://moph.cc/50AYwsiNI 
81	การค้นหาเฝ้าระวัง สัญญาณ เตือน 5 อาการทางจิตเวชรุนแรง	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	ไวนิล	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต	https://citly.me/jatsF 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
82	การปฐมพยาบาลทางใจ ...คุณก็ช่วยคนอื่นได้...	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	ไวนิล และสื่อ อิเล็กทรอนิกส์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต	https://cityly.me/AtZi0 
83	ช่องทางบริการสุขภาพจิต สำหรับประชาชน	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	ใบปลิว	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต	https://cityly.me/ruObv 
84	ความรอบรู้ส่งเสริม ด้านสุขภาพจิต	- บุคลากรเครือข่าย สาธารณสุข - ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต	https://cityly.me/Tn932 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
85	แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปี 2567	อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป - ประชาชนทั่วไป - ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	เอกสาร	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	https://shorturl.at/PzIun 
86	คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง	เล่มคู่มือ	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	https://shorturl.at/HBQfj 
87	ใช้เวลาร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์เชิงบวกในบ้าน	- ผู้ปกครอง - ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย	แผ่นพับ	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	https://shorturl.at/OEuhM 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
88	การกลั่นแกล้งรังแกกัน ไม่ใช่เรื่องล้อเล่น	- นักเรียน - ผู้ปกครอง - ผู้ดูแล - ครู	แผ่นพับ	สำนักความร่วมมือ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/26vCG 
89	ความสุขก็สร้างได้ เครียดก็คลายให้เป็น	ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	สำนักความร่วมมือ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/ksLb 
90	ดูแลใจสูงวัยอยู่ลำพัง...รับมือ กับความเหงาและความสูญเสีย	ผู้สูงอายุ	แผ่นพับ	สำนักความร่วมมือ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/rDV0U 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
91	คู่มือช่วยป้องกันได้	ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	สำนักความรอบรู้ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/IBDnt 
92	รู้ทัน...สัญญาณเสี่ยงก่อความรุนแรง (กรณีผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง)	ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	สำนักความรอบรู้ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/2HEHb 
93	คุณ...ก็เป็นผู้ช่วยเหลือได้ (เพื่อนแท้มีทุกที่ เพื่อนดีดูแลใจ)	ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	สำนักความรอบรู้ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/6i2V9 



ลำดับ	รายชื่อสื่อและเทคโนโลยี	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบ	หน่วยงานที่ผลิต	แหล่งสืบค้น QR Code
94	ซีมีเศร้า...เราคุยกันได้	ประชาชนทั่วไป	แผ่นพับ	สำนักความรอบรู้ สุขภาพจิต	https://shorturl.at/wm33D 

ภาคผนวกที่ 3

การดำเนินงานสุขภาพจิต ระหว่างประเทศ





กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ ทั้งด้านการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ และการพัฒนาบุคลากร ณ ต่างประเทศ โดยมีผู้บริหาร ข้าราชการ บุคลากร ในสังกัดกรมสุขภาพจิตเดินทางไปประชุม และศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ ทั้งด้านวิชาการและด้านการบริหารด้วยเงินงบประมาณรายจ่ายอื่น รวมถึงงบประมาณของกรมสุขภาพจิต เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตกับนานาชาติ ตลอดจนความร่วมมือ การบริการ การมีส่วนร่วม องค์กรความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนศักยภาพ ของบุคลากรและองค์กรสู่ความเป็นสากล สามารถติดตามความก้าวหน้าของงานสุขภาพจิต ในประชาคมโลก รวมทั้งเป็นโอกาสอันดีที่จะได้นำเสนอ ประชาสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และ สร้างความร่วมมือกับนานาชาติ นอกจากนี้ ในแต่ละปีกรมสุขภาพจิตได้ให้การต้อนรับผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร นักวิชาการด้านสุขภาพจิต จากองค์กรต่าง ๆ ในหลากหลายประเทศที่เดินทางมาเยือน การอบรม ศึกษาดูงานทั้งที่มีและไม่มีข้อตกลงความร่วมมือต่อกันอีกด้วย ซึ่งผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการดำเนินการตามกลุ่มโครงการ/กิจกรรม 6 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มโครงการอบรมและศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ (1 โครงการ)
2. กลุ่มโครงการประชุมกับเครือข่ายต่างประเทศ (3 โครงการ)
3. กลุ่มโครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือตาม MOU ระหว่างกรมสุขภาพจิต และสาธารณรัฐประชาชนจีน (1 โครงการ)
4. กลุ่มโครงการประชุมหารือด้านสุขภาพจิต หรือด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทย (4 โครงการ)
5. กลุ่มโครงการอบรมบุคลากรด้านต่างประเทศ (4 โครงการ)
6. กลุ่มโครงการรับรองแขกต่างประเทศ (1 โครงการ)



1. กลุ่มโครงการอบรมและศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ

โครงการอบรมด้านสุขภาพจิตชุมชนและงานสหวิชาชีพและศึกษาดูงานด้านสุขภาพจิต ณ ไต้หวัน

หลักการและเหตุผล

โครงการอบรมด้านสุขภาพจิตชุมชนและงานสหวิชาชีพและศึกษาดูงานด้านสุขภาพจิต ณ ไต้หวัน จัดขึ้นโดย International Mental Health Training Center Taiwan (IMHTCT) เป็นสถาบันที่อยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐบาลไต้หวัน โดยจุดประสงค์ของหน่วยงาน คือ การรวมเครือข่ายสุขภาพจิตของไต้หวันและร่วมมือกับหน่วยงานด้านสุขภาพจิตระหว่างประเทศ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านการนำเสนอการจัดประชุม การจัดโครงการอบรม โดยนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่โดดเด่นของไต้หวันให้เป็นสากล

International Mental Health Training Program 2023 มีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาความร่วมมือด้านสุขภาพจิตกับกลุ่มประเทศแถบเอเชีย จึงได้จัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ กรมสุขภาพจิตเห็นควรส่งนักวิชาการของกรมสุขภาพจิตเข้าร่วมการอบรมดังกล่าว ณ ไต้หวัน เพื่อร่วมแบ่งปันแนวทางที่มีประสิทธิภาพและนวัตกรรมใหม่ เพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดูแล รักษา ด้านสุขภาพจิต ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชของประเทศไทยต่อไป

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม - 4 พฤศจิกายน 2566

ผลการดำเนินงาน

1. นักวิชาการของกรมสุขภาพจิตแลกเปลี่ยนประสบการณ์งานวิชาการ บริการ ส่งเสริมป้องกัน บำบัด รักษา งานวิจัยนวัตกรรมสุขภาพจิตและจิตเวช
2. ส่งเสริมศักยภาพของนักวิชาการของกรมสุขภาพจิต ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ หาความเป็นเลิศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อารงรักษาความสัมพันธ์และความร่วมมือทางวิชาการ

ภาพที่ 102 โครงการอบรมด้านสุขภาพจิตชุมชน
และงานสหวิชาชีพ



ภาพที่ 103 ศึกษาดูงานด้านสุขภาพจิต
ณ ไต้หวัน



2. กลุ่มโครงการประชุมกับเครือข่ายต่างประเทศ

1) โครงการประชุมคณะกรรมการยาเสพติด (Commission on Narcotic Drugs : CND) สมัยที่ 67 ณ กรุงเวียนนา สาธารณรัฐออสเตรีย

หลักการและเหตุผล

โครงการประชุมคณะกรรมการยาเสพติด (Commission on Narcotic Drugs: CND) สมัยที่ 67 เป็นการประชุมสำคัญระดับโลกในด้านนโยบายยาเสพติด ได้กำหนดจัดกิจกรรมคู่ขนาน (Side Event) ของสมาพันธ์รัฐสวิส ในห้วงการประชุมระดับสูง (High-Level Segment: HLS) หัวข้อ “Scaling-Up Evidence-Based Treatment Provision to Address Problem Drug Use” ในวันที่ 14 มีนาคม 2567 ณ กรุงเวียนนา สาธารณรัฐออสเตรีย เพื่อหารือได้ตอบการพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดของผู้ติดยาในประเทศไทยต่อไป

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 12 - 16 มีนาคม 2567 (รวมระยะเวลาเดินทางไป - กลับ)

ผลการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้แทนของประเทศไทย ในการหารือให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และการแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดของผู้ติดยาในประเทศไทย ต่อที่ประชุมฯ
2. ผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิต มีข้อมูลด้านยาเสพติดที่ทันสมัย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่ติดสารเสพติดในประเทศไทย
3. ผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิต มีศักยภาพในนำเสนอข้อมูลทางวิชาการในเวทีการประชุมระดับนานาชาติ

ภาพที่ 104 โครงการประชุมคณะกรรมการยาเสพติด (Commission on Narcotic Drugs : CND) สมัยที่ 67





2) โครงการการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 77 (77th World Health Assembly : WHA77) ณ สมาพันธรัฐสวิส

หลักการและเหตุผล

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 77 (77th World Health Assembly : WHA77) มีกำหนดจัดเป็นประจำทุกปี ณ สำนักงานองค์การสหประชาชาติ (Palais des Nations) นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส และในปีนี้มีกำหนดจัดระหว่างวันที่ 27 พฤษภาคม - 1 มิถุนายน 2567 โดยกรมสุขภาพจิต พิจารณาแล้ว เห็นว่าการประชุมสมัชชาอนามัยโลก เป็นเวทีที่กรมสุขภาพจิตให้การสนับสนุนเป็นประจำทุกปี และเป็นประโยชน์ต่องานสุขภาพจิต ทำให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในระดับโลก ประกอบกับกรมสุขภาพจิตมีข้อมูลความเป็นเลิศทางวิชาการ ที่สามารถสนับสนุน แลกเปลี่ยน ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งทางด้านการบริหารและด้านวิชาการ สุขภาพจิตซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศสมาชิกที่มาเข้าร่วมประชุม นอกจากนี้ สามารถทำให้เกิดให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อประเทศไทย ซึ่งจะส่งผลดีต่องานสุขภาพจิตต่อไปในอนาคตด้วย

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 27 - 30 พฤษภาคม 2567 (รวมระยะเวลาเดินทางไป - กลับ)

ผลการดำเนินงาน

1. ด้านการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพจิต (NCD & Mental Health)

- ประสานและบูรณาการการดำเนินงานควบคุมและป้องกันปัญหาโรคไม่ติดต่อระหว่างกรม/กองในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยมีกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็น Focal Point ในการพัฒนางานร่วมกัน
- พัฒนาความร่วมมือกับประเทศสมาชิกในภูมิภาค SEAR และองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการสนับสนุนเรื่องทรัพยากรและงบประมาณสำหรับดำเนินการในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านงบประมาณสนับสนุน กำลังคน เทคโนโลยี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคไม่ติดต่อได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ด้านการเตรียมความพร้อมและซ้อมแผนรับมือภัยฉุกเฉิน (Health Emergencies)

- บูรณาการจัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และสาธารณสุข ภายในกระทรวงสาธารณสุข (กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมทุกสาธารณภัยด้วย 4 กลยุทธ์สำคัญในการลดความเสี่ยง การป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบโต้และการฟื้นฟูและการจัดการสุขภาพจิตแก่ผู้ได้รับผลกระทบภาวะฉุกเฉิน ยึดแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดของ International Health Regulations (2005)

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ที่มีบทบาทในบริบทของสาธารณสุขในอาเซียน ประเด็นการตอบสนองต่อภัยทุกชนิดและความเสี่ยงอุบัติใหม่ รวมถึงศูนย์อาเซียนว่าด้วยสาธารณสุขฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงานด้านเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการเตรียมความพร้อม เฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของประเทศเพื่อประสาน/บูรณาการการทำงานร่วมกันกับนานาประเทศ

3. ด้านการดำเนินงานเพื่อยุติความรุนแรงในเด็ก

- กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้ความรู้ในเรื่องความรุนแรง และภาวะสุขภาพแก่กลุ่มเด็กทุกวัยทั่วประเทศ เพื่อให้เท่าทันภัยความรุนแรงทั้งรูปแบบที่เผชิญในชีวิตและที่เผชิญผ่านทางออนไลน์

- รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมยุติความรุนแรงในเด็กให้แก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืนต่อไป

ภาพที่ 105 โครงการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 77 (77th World Health Assembly : WHA77)

ณ สมาพันธรัฐสวิส





3) โครงการประชุมวิชาการความรู้ด้านสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 10 (The 10th AHLA International Health Literacy Conference) ณ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

หลักการและเหตุผล

การเข้าถึงเข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น รวมเรียกว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต ได้เล็งเห็นถึงส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตในสังคมไทย จึงเห็นควรส่งนักวิชาการเข้าร่วมนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการด้านความรู้ด้านสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 10 (The 10th Asia Health Literacy Conference 2024) ระหว่างวันที่ 12 – 15 พฤษภาคม 2567 ณ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักบริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติการขับเคลื่อนงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคอาเซียนต่อไป

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 11 – 16 พฤษภาคม 2567 (รวมระยะเวลาเดินทางไป - กลับ)

ผลการดำเนินงาน

1. กรมสุขภาพจิตได้เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของงานสุขภาพจิต งานจิตเวช และงานสาธารณสุขของไทย
 2. ผู้บริหารและนักวิชาการของกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาศักยภาพในแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการบรรยายทางวิชาการในระดับภูมิภาคอาเซียน
 3. กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการกับสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม
- ภาพที่ 106 โครงการประชุมวิชาการความรู้ด้านสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 10 ณ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม



3. กลุ่มโครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือตาม MOU ระหว่างกรมสุขภาพจิต และสาธารณรัฐประชาชนจีน

โครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางวิชาการสุขภาพจิตระหว่างกรมสุขภาพจิต กับสาธารณรัฐประชาชนจีน

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ลงนามความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในมณฑลต่าง ๆ ของสาธารณรัฐประชาชนจีน เพื่อการแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางวิชาการ บริหาร การบริการด้านสุขภาพจิต จิตเวช และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เดินทางไปเยือนซึ่งกันและกัน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขของสาธารณรัฐประชาชนจีนเป็นอย่างดีมาตลอด ปัจจุบันมีมณฑลและเมืองต่าง ๆ เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 11 แห่ง ได้แก่ Beijing, Chongqing, Fujian, Heilongjiang, Hunan, Inner Mongolia, Shandong, Shaanxi, Shanxi, Sichuan และ Tianjin นับเป็นความก้าวหน้าในการพัฒนาเครือข่ายของกรมสุขภาพจิต

ระยะเวลา

ครั้งที่ 1 มหานครปักกิ่งและมณฑลเหอหนาน ระหว่างวันที่ 23 - 28 มิถุนายน 2567

ครั้งที่ 2 มณฑลส่านซี ระหว่างวันที่ 18 - 23 กันยายน 2567

ผลการดำเนินงาน

1. สนับสนุนการทำความร่วมมือด้านวิชาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลคู่เครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิตกับโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศจีนในมณฑลที่เคยได้ทำ MOU รวมถึงส่งนักวิชาการแลกเปลี่ยนระหว่างกัน

2. โรงพยาบาลในประเทศจีนก็มีความก้าวหน้าเห็นสมควรส่งวิชาชีพต่าง ๆ ของไทยไปฝึกงานเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีเพื่อมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ภาพที่ 107 โครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางวิชาการสุขภาพจิตระหว่างกรมสุขภาพจิตกับสาธารณรัฐประชาชนจีน





4. กลุ่มโครงการประชุมหารือด้านสุขภาพจิต หรือด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

1) ประชุมหารือโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในอาชีพของประเทศไทย (OSH)

หลักการและเหตุผล

องค์กรแรงงานนานาชาติ ILO Country Office ประจำประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่พัฒนาโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในอาชีพของประเทศไทย (OSH) มีความประสงค์ขอคำแนะนำจากกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับข้อเสนอโครงการ และการออกแบบแผนงาน เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของผู้ประกอบอาชีพในประเทศไทยต่อไป

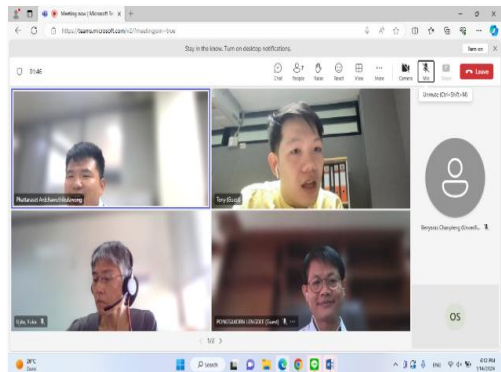
ระยะเวลา

1. ในวันศุกร์ที่ 27 ตุลาคม 2566 เวลา 13.00 - 16.30 น. ณ ห้องประชุมปัญญา - สติ อาคาร 4 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต
2. ในวันจันทร์ที่ 15 มกราคม 2567 เวลา 09.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักวิชาการสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต และผ่านระบบออนไลน์

ผลการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิตได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อเสนอโครงการ และการออกแบบแผนงาน ด้านสุขภาพจิตในสถานประกอบการ รวมทั้งองค์กรแรงงานนานาชาติ ILO Country Office ได้เสนอการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการดังกล่าวให้แก่กรมสุขภาพจิต โดยได้ส่งข้อเสนอเสร็จสิ้นแล้วทั้งนี้ ILO อยู่ในระหว่างพิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณดังกล่าว

ภาพที่ 108 ประชุมหารือโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในอาชีพของประเทศไทย (OSH)





2) ประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มคนไร้บ้านของประเทศไทย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยมีคนไร้บ้านเป็นจำนวนมาก โดยคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุด ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อสังคม สำนักวิชาการสุขภาพจิต จึงกำหนดจัดการประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มคนไร้บ้านของประเทศไทยโดยมีนักวิชาการจาก University of Malaya ปลายาเคีเครือข่ายจากประเทศมาเลเซีย เข้าร่วมการประชุมดังกล่าวด้วย

ระยะเวลา

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 เวลา 09.00 - 14.00 น.
ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว

ผลการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิตได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหา และการจัดการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มคนไร้บ้านของประเทศไทยกับ University of Malaya ประเทศมาเลเซีย

ภาพที่ 109 ประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิต
เกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพจิต
ในกลุ่มคนไร้บ้านของประเทศไทย



3) ประชุมหารือแลกเปลี่ยนข้อเสนอโครงการฝึกอบรมงานด้านสุขภาพจิต

หลักการและเหตุผล

องค์กร The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust สหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นผู้นำในด้านการสำรวจสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ตั้งแต่การบุกเบิกการพัฒนาวิธีการทางคลินิกใหม่ ๆ ไปจนถึงการจัดตั้งศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านการศึกษาระดับนานาชาติ เพื่อแบ่งปันข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับข้อเสนอโครงการฝึกอบรม รวมถึงการพัฒนางานด้านสุขภาพจิต และสร้างความร่วมมือใหม่ ๆ

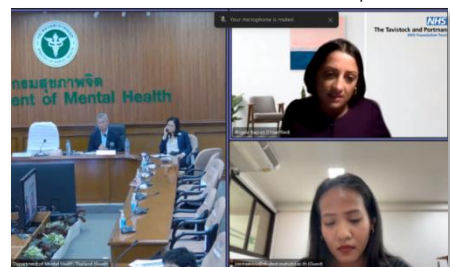
ระยะเวลา

วันที่ 25 มกราคม 2567 เวลา 13.00 - 16.30 น.
ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว

ผลการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิตได้แลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการในหัวข้อการพัฒนาหลักสูตรและนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตร่วมกับผู้แทนจาก The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (NHS) และสถานเอกอัครราชทูตอังกฤษประจำประเทศไทย

ภาพที่ 110 ประชุมหารือแลกเปลี่ยนข้อเสนอ
โครงการฝึกอบรมงานด้านสุขภาพจิต





4) การประชุมหารือการบันทึกความเข้าใจ (MOU) และความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2567

หลักการและเหตุผล

Ms. Saima Wazed ผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) ได้ให้เกียรติผู้บริหาร และบุคลากรของกรมสุขภาพจิต เข้าพบและประชุมหารือความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) และกรมสุขภาพจิต ในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

- ศูนย์รวมความรู้ด้านสุขภาพจิต/บันทึกความเข้าใจ (MOU) ระหว่างองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) และกรมสุขภาพจิต
- ความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) และกรมสุขภาพจิต
- การฝึกอบรมสุขภาพจิตนานาชาติ หลักสูตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และอื่น ๆ

ระยะเวลา

วันพฤหัสบดีที่ 13 มิถุนายน 2567 เวลา 09.30 - 10.30 น. ณ ห้องประชุมสุขสมโมสร อาคาร 4 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต

ผลการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิต และผู้แทนจากองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) มีข้อมูลและแนวทางสำหรับการดำเนินงาน และความร่วมมือระหว่าง 2 หน่วยงาน ในอนาคต

ภาพที่ 111 การประชุมหารือการบันทึกความเข้าใจ (MOU) และความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก และกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2567





4. กลุ่มโครงการอบรมบุคลากรด้านต่างประเทศ

1) โครงการอบรมภาษาจีนเพื่อการสื่อสารงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นประเทศที่มีการพัฒนาและความเจริญก้าวหน้าในทุก ๆ ด้าน อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภูมิภาคอาเซียน และในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก ภาษาจีนนับเป็นภาษาต่างประเทศที่มีความสำคัญภาษาหนึ่ง ซึ่งมีผู้ใช้มากเป็นลำดับสอง รองจากภาษาอังกฤษ และเป็นภาษาหนึ่งขององค์การสหประชาชาติ ภาษาจีนจึงเป็นภาษาต่างประเทศที่มีความจำเป็นในการติดต่อสื่อสาร สร้างความร่วมมือด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข การเรียนรู้ด้าน การสื่อสารภาษาจีนจึงเป็นสิ่งจำเป็นและควรเพิ่มพูนทักษะอยู่ตลอดเวลา เพื่อการใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ รวมถึงการรับมือต่อการแผ่ขยายอิทธิพลทางวัฒนธรรมจากสาธารณรัฐประชาชนจีน กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานด้านวิชาการสุขภาพจิตร่วมกับสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยได้ลงนามความร่วมมือทางวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการศึกษาดูงานทั้งในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งบุคลากรของทั้งสองประเทศมีการเดินทางมาแลกเปลี่ยนการศึกษาดูงานเป็นประจำทุกปี จึงเล็งเห็นการพัฒนาจัดการอบรมภาษาจีนเพื่อเสริมสร้างทักษะให้แก่บุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อไป

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 18 - 20 ธันวาคม 2566 ณ ห้องประชุมปัญญา-สติ และห้องประชุม ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว กรมสุขภาพจิต และผ่านทางระบบออนไลน์

ผลการดำเนินงาน

ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 89.36 และมีผลการประเมินความรู้ หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ร้อยละ 85.96 โดยสามารถเพิ่มระดับสมรรถนะภาษาจีน สามารถสื่อสาร สนทนา และเรียนรู้ประโยค สำนวน คำศัพท์เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตเบื้องต้น เพื่อสื่อสารในงานสุขภาพจิตได้ รวมถึงได้ทบทวน และต่อยอดจากการเรียนรู้ที่ผ่านมา เพิ่มพูนความเข้าใจ ในประเพณีและวัฒนธรรมจีนได้เป็นอย่างดี

ภาพที่ 112 โครงการอบรมภาษาจีนเพื่อการสื่อสารงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567





2) โครงการอบรมภาษาอังกฤษเพื่องานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างประเทศ ทั้งในด้านแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิชาการด้านสุขภาพจิต การศึกษาดูงาน รวมทั้งให้การต้อนรับแขกต่างประเทศที่มาเยือนกรมสุขภาพจิตและในงานในสังกัด โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้งานสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญชาวต่างชาติที่มาเยือนนั้น เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะทำให้แขกต่างชาติได้เห็นศักยภาพของกรมสุขภาพจิต ที่เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ รวมถึงการพัฒนาความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายต่างประเทศของกรมสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้นไป จึงเล็งเห็นการพัฒนาด้านภาษาต่างประเทศโดยเน้นภาษาอังกฤษเพื่อการต้อนรับแขกต่างประเทศที่มาเยือนกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานในสังกัด แก่บุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะเวลา

ระยะเวลา 3 วัน ระหว่างวันที่ 21 - 23 กุมภาพันธ์ 2567 ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว อาคาร 1 ชั้น 1 กรมสุขภาพจิต และผ่านทางระบบออนไลน์ Zoom Meeting Platform

ผลการดำเนินงาน

ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 97.96 โดยมีความเข้าใจภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น และสามารถพัฒนาทักษะด้านการอ่าน การเขียน Script, Schedule, Welcome Message รวมถึงการสื่อสารภาษาอังกฤษที่ใช้ในการรับรองแขกชาวต่างชาติ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานได้อย่างเหมาะสม

ภาพที่ 113 โครงการอบรมภาษาอังกฤษเพื่องานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567





3) โครงการอบรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานรับรองแขกต่างประเทศ

หลักการและเหตุผล

กรมสุขภาพจิต ร่วมกับมูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ โดยสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหามลนาคราช ครั้งที่ 23 ประจำปี 2567 เรื่อง คลื่นลูกใหม่ (S-Curve) สร้างสุขภาพจิตไทยสู่อนาคต (The New S-Curve of Mental Health) ระหว่างวันที่ 30 - 31 กรกฎาคม 2567 ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร และวันที่ 1 สิงหาคม 2567 ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหามลนาคราช กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ สำนักวิชาการสุขภาพจิต โดยกลุ่มวิเทศสัมพันธ์ มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมถึงการรับรองแขกต่างประเทศในงานประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ระหว่างวันที่ 1 - 3 สิงหาคม 2567 เพื่อเพิ่มระดับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานต่างประเทศ ให้กระชับและมีความร่วมมือด้านวิชาการและอำนวยการที่ดีต่อกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของกรมสุขภาพจิตเพื่อให้มีประสิทธิภาพด้านต่างประเทศเพิ่มขึ้น

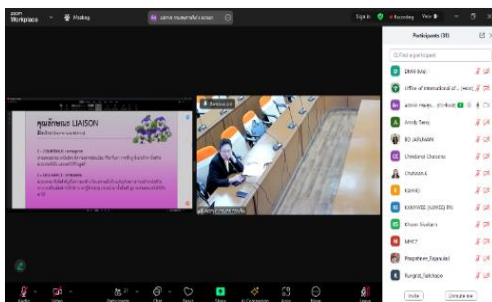
ระยะเวลา

วันศุกร์ที่ 19 กรกฎาคม 2567 เวลา 8.30 - 15.00 น. ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต และผ่านทางระบบออนไลน์

ผลการดำเนินงาน

ผู้เข้าร่วมอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการรับรองแขกต่างประเทศ และได้วิเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์การรับรองแขกต่างประเทศมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับคำชื่นชมจากแขกที่เข้าร่วมงานประชุม

ภาพที่ 114 โครงการอบรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานรับรองแขกต่างประเทศ





4) โครงการอบรมนานาชาติ หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประจำปี 2567 (International Mental Health Work Force Training Program 2024)

หลักการและเหตุผล

โครงการอบรมนานาชาติ หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประจำปี 2567 (International Mental Health Work Force Training Program 2024) ได้รับการพัฒนามาจากหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และหลักสูตรอบรมนานาชาติด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยมีการพัฒนาการเรียนการสอนเป็นรูปแบบผสมผสาน ใช้โปรแกรมออนไลน์สนับสนุนการเข้าเรียนภาคทฤษฎี การสัมมนา และการฝึกปฏิบัติ ในสถานที่ปฏิบัติงานจริง เพื่อส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ตลอดจนประเทศสมาชิกเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ให้เกิดความก้าวหน้า มั่นคง ยั่งยืน เสริมสร้างความเข้มแข็งของงานบริการสุขภาพจิตในทุกมิติ สามารถแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้ในงานตามบริบทของแต่ละประเทศได้

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 8 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2567 ณ กรมสุขภาพจิต, โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี, โรงแรมไอบิส กรุงเทพฯ ริเวอร์ไซด์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร รวมถึงการศึกษาดูงานในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันราชานุกูล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา

ผลการดำเนินงาน

ผู้เข้าร่วมอบรมจาก 10 ประเทศ จำนวน 29 คน ได้แก่ ประเทศไทย 6 คน, กัมพูชา 5 คน, จีน 4 คน, เวียดนาม 2 คน, ฟิลิปปินส์ 2 คน, บังคลาเทศ 2 คน, ภูฏาน 2 คน, เนปาล 2 คน, ศรีลังกา 2 คน และอินโดนีเซีย 2 คน โดยมีคะแนนทดสอบความรู้หลังอบรมผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 70) ร้อยละ 100 และมีคะแนนความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวม ร้อยละ 89.09

ภาพที่ 115 โครงการอบรมเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานรับรองแขกต่างประเทศ



4. กลุ่มโครงการรับรองแยกต่างประเทศ

1) การรับรองชาวต่างประเทศในการเดินทางมาเยือนประเทศไทยเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และศึกษาดูงานด้านการบริหาร การให้บริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช

หลักการและเหตุผล

ตามที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ลงนามความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในมณฑลต่าง ๆ ของสาธารณรัฐประชาชนจีน เพื่อการแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางการบริหาร วิชาการ บริการด้านสุขภาพจิต จิตเวช และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะจัดให้บุคลากร ประกอบด้วย ผู้บริหารและนักวิชาการสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องของแต่ละฝ่าย เดินทางไปเยือนซึ่งกันและกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และติดตามการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ประเด็นความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของแต่ละฝ่ายในปัจจุบัน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขของสาธารณรัฐประชาชนจีนเป็นอย่างดีมาตลอด ปัจจุบันมีมณฑลและเมืองต่าง ๆ เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 11 แห่ง ได้แก่ Beijing, Chongqing, Fujian, Heilongjiang, Hunan, Inner Mongolia, Shandong, Shaanxi, Shanxi, Sichuan และ Tianjin นับเป็นความก้าวหน้าในการพัฒนาเครือข่ายของกรมสุขภาพจิต

ระยะเวลา

จำนวน 3 วัน ระหว่างวันที่ 1 - 3 สิงหาคม 2567

ผลการดำเนินงาน

การแลกเปลี่ยนทางวิชาการและศึกษาดูงาน ระหว่างโรงพยาบาลคู่เครือข่ายระดับประเทศต่อไป

ภาพที่ 116 การรับรองชาวต่างประเทศในการเดินทางมาเยือนประเทศไทยเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และศึกษาดูงานด้านการบริหาร การให้บริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช



ภาคผนวกที่ 4

รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ



ผลงานรางวัลเลิศรัฐของกรมสุขภาพจิต

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 กรมสุขภาพจิต มุ่งมั่นปฏิบัติราชการและบริหารจัดการองค์การอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีผลงานการพัฒนาระบบบริการประชาชน การพัฒนาการบริการราชการแบบมีส่วนร่วม สามารถส่งมอบบริการที่มีคุณค่าและตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ จนได้รับรางวัลเลิศรัฐจากสำนักงาน ก.พ.ร. ในสาขาบริการภาครัฐ จำนวน 1 ผลงาน โดยกรมฯ ได้รับมอบรางวัลจากศาสตราจารย์พิเศษ ดร. ทศพร ศิริสัมพันธ์ กรรมการพัฒนาระบบราชการ เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2567 ณ ห้องรอยัล จูบิลี บอลรูม อาคารชาเลนเจอร์ อิมแพคเมืองทองธานี

ผลงานการพัฒนาระบบบริการประชาชน ที่กรมสุขภาพจิตมุ่งมั่นพัฒนาและบริหารจัดการองค์การอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด จนได้รับรางวัลเลิศรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คือ

► **รางวัลบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมบริการ ระดับดี จำนวน 1 ผลงาน เรื่อง “การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม” โดยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต**

สาระสำคัญของผลงาน

การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน บุคลากรต้องมีทักษะและเทคนิคการดูแล รวมทั้งอุปกรณ์ที่มีความพร้อมและปลอดภัยในสถานการณ์เร่งด่วน เนื่องจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชมีความหลากหลาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการชัดเจน เช่น ผู้ป่วยจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด เป็นอันตรายต่อตนเองและทรัพย์สิน หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หรือผู้ป่วยที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นทางด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่ออารมณ์ ก็สามารถแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้เช่นกัน รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคิดทำร้ายตนเองหรือความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถให้การดูแลแบบปกติได้ ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งรอรับบริการได้ตามปกติ และยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ บุคลากรที่ให้การดูแล และทรัพย์สินต่าง ๆ ของโรงพยาบาล จากสภาพปัญหาภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ทางหน่วยงานจึงมีการนำนวัตกรรมแก้อั้วจำกัดพฤติกรรมมาใช้และพยายามพัฒนากันมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้แก้อั้วที่มีความเหมาะสมและปลอดภัยที่สุด

ภาพที่ 117 รางวัลบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมบริการ ระดับดี เรื่อง “การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ แก้อั้วจำกัดพฤติกรรม”





จากสถิติการมารับบริการที่หน่วยงานจิตเวชฉุกเฉิน ในปี 2563 - 2565 จำนวน 6,433 ราย, 4,720 ราย และ 4,197 ราย ซึ่งดูแลด้วยการจำกัดพฤติกรรม เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากพฤติกรรมก้าวร้าวและการหลบหนี จำนวน 2,112 ราย 2,447 ราย และ 2,647 ราย ตามลำดับ หน่วยงานเริ่มต้นจากการใช้รถเข็นผู้ป่วย มาจำกัดพฤติกรรม พบมีปัญหาด้านโครงสร้าง และอุปกรณ์ผู้ป่วยและบุคลากรบาดเจ็บ มีการหลบหนีสำเร็จ จึงเปลี่ยนมาใช้เก้าอี้ยาวยึดกับพื้นแต่ก็ยังมีความเสี่ยงในการเข้าทำหัตถการกับผู้ป่วยและการเคลื่อนย้าย จึงได้มีการออกแบบเก้าอี้จำกัดพฤติกรรมแบบเก้าอี้เดี่ยวยึดติดกับพื้น และทดลองใช้ที่ผ่านมามีผู้ป่วยเกิดการเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงลดลงแต่ยังมีปัญหาด้านโครงสร้าง ความแข็งแรง ผ้าติดข้อมือและข้อเท้า รวมทั้งความสะดวกต่อการเคลื่อนย้าย ทางหน่วยงานจึงมีความเห็นการพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

เมื่อทบทวนรายงานอุบัติการณ์ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ปี 2564 - 2565 ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย พบว่าบุคลากรบาดเจ็บจากการจำกัดพฤติกรรมปีละ 5 อุบัติการณ์ และผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ จำนวน 1 และ 3 รายตามลำดับ

ผลการดำเนินงาน

1. มีการนำเก้าอี้จำกัดพฤติกรรมไปทดสอบการใช้งานกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง และไม่ร่วมมือในการรักษา และได้สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรในหน่วยงานทั้งแพทย์ พยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ผ่านแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์จำกัดพฤติกรรม จำนวน 20 ท่าน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก ได้แก่ 1) ความสะดวกในการจำกัดพฤติกรรม 2) ลดระยะเวลาในการจำกัดพฤติกรรม 3) ป้องกันการบาดเจ็บในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง 4) มีความมั่นคง แข็งแรง ขณะผูกยึดผู้ป่วย 5) ป้องกันการหลบหนีได้ดีกว่าเดิม 6) ใช้งานได้ง่าย 7) สถานที่ในการใช้งานมีความเหมาะสม

ภาพที่ 118 การให้บริการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ เก้าอี้จำกัดพฤติกรรม





2. ผลจากการใช้งานพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ก้าวร้าว ไม่ร่วมมือ หรือเสี่ยงต่อการหลบหนี อยู่ในการดูแลที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน ระบบการทำงานราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยจากการผูกมัดจำกัดพฤติกรรม

3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรมกับเก้าอี้ มีความสะดวก ปลอดภัย การดูแลอยู่ ในการควบคุมที่ง่ายขึ้น ลดอุบัติเหตุหลบหนี เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกผู้ป่วยทำร้าย

การต่อยอดพัฒนา

1. เป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นในการนำอุปกรณ์เก้าอี้จำกัดพฤติกรรมไปใช้ในการให้บริการ แก่ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม

2. มีการนำเสนอเก้าอี้จำกัดพฤติกรรมในการเป็นวิทยากรการจำกัดพฤติกรรมแก่หน่วยงาน ภายนอกสถาบันฯ พบว่าเป็นที่สนใจและมีการสอบถามเพื่อนำไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานแก่หน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้ แหล่ง ศึกษาดูงานแก่สหวิชาชีพ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา ในการใช้เก้าอี้จำกัดพฤติกรรม ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีหน่วยงานที่มาศึกษาดูงาน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลหัวเฉียว วิทยาลัย พยาบาลทหารเรือ วิทยาลัยตำรวจ คณะผู้เข้าประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2566 ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ เป็นต้น

หน่วยงานผู้รับผิดชอบผลงาน : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาพที่ 119 งานรับรางวัลบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมการบริการ ระดับดี เรื่อง “การให้บริการผู้ป่วย ด้วยอุปกรณ์เก้าอี้จำกัดพฤติกรรม”





► การรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ครั้งที่ 4

สาระสำคัญของผลงาน

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ได้รับการต่ออายุการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (องค์การมหาชน) โดยเป็นการรับรองครั้งที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2566 สิ้นสุดวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2569 อันเป็นผลจากการปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานสถานพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารองค์กร ความสำเร็จนี้เกิดจากความมุ่งมั่นและความพยายามอย่างต่อเนื่องของผู้บริหาร และบุคลากรทุกคน โดยเป็นองค์กรที่ได้รับความไว้วางใจ เชื่อมันต่อบริการที่มีคุณภาพ ความปลอดภัยและพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชนสังคม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีผลการดำเนินงานภาพรวมที่ดี ทั้งการนำองค์กร การดำเนินงานของระบบสำคัญต่าง ๆ ของโรงพยาบาล คุณภาพการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีพิธีมอบประกาศนียบัตร ในการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 24 เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2567 ณ อาคารอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี จ.นนทบุรี โดยได้รับเกียรติจาก นายสันติ พร้อมพัฒน์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้มอบประกาศนียบัตรดังกล่าว

ภาพที่ 120 การรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation)





▶ รางวัล GREEN & CLEAN Hospital Challenge ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

สาระสำคัญของผลงาน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ตามนโยบายการปฏิรูปของประเทศไทยรัฐบาล เพื่อบริการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีนโยบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ภายใต้ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน นโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การยกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ หน่วยงานที่ดำเนินการตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จากกรมอนามัย จำนวน 3 รางวัล ดังต่อไปนี้



โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ หน่วยงานที่ดำเนินการตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ หน่วยงานที่ดำเนินการตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ด้านมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมส่งเสริมสุขภาพ



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ หน่วยงานที่ดำเนินการตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับดีมาก Plus การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม



▶ การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)

สาระสำคัญของผลงาน

การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Healthcare Accreditation : HA) มาตรฐาน HA เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการ HA เนื่องจากเป็นข้อกำหนดที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล ในช่วงเริ่มต้นของการขับเคลื่อน HA มีการส่งเสริมการพัฒนาเป็นขั้นตอนตามศักยภาพและความพร้อมของโรงพยาบาล เรียกว่ามันได 3 ขั้นสู่ HA โดยบันไดขั้นที่ 1 ใช้หลักคิด "ทำงานประ่ว่าให้ดี มีอะไรให้ยกกัน ขยันทบทวน" บันไดขั้นที่ 2 ใช้หลักคิด "เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด" หรือการใช้ 3P และหลักการดังกล่าวยังคงใช้ต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมคุณภาพ และการบริหารองค์กร ระยะเวลาการรับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2564 – 19 กุมภาพันธ์ 2567

▶ การรับรองมาตรฐานการให้บริการของศูนย์ราชการสะดวก (GECC) ระดับก้าวหน้า

สาระสำคัญของผลงาน

การรับรองมาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก (Government Easy Contact Center : GECC) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชนที่มุ่งเน้นการอำนวยความสะดวก โดยมีมาตรฐานระบบงาน เชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน ส่งมอบบริการด้วยใจ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงง่าย ประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการของภาครัฐ



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์รับได้และตรารับรองมาตรฐานการให้บริการของศูนย์ราชการสะดวก (GECC) ระดับก้าวหน้า (สีเงิน) จากสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี



▶ รับรองมาตรฐานการบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ ISO 27001:2022



สาระสำคัญของผลงาน

ISO/IEC 27001:2022 เป็นมาตรฐานสากลสำหรับระบบการจัดการความปลอดภัยของข้อมูล (ISMS) กำหนดแนวทางและข้อกำหนดในการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของข้อมูล ช่วยให้นั่นใจว่าข้อมูลขององค์กรมีความลับ สมบูรณ์ และพร้อมใช้งาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผ่านการรับรองมาตรฐานการบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ ISO 27001:2022 จาก ยูไนเต็ด รีจิสตร้า ออฟ ซิสเต็มส์ (ประเทศไทย)

▶ การรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

สาระสำคัญของผลงาน

ISO/IEC 27001:2022 เป็นมาตรฐานสากลสำหรับระบบการจัดการความปลอดภัยของข้อมูล (ISMS) กำหนดแนวทางและข้อกำหนดในการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของข้อมูล ช่วยให้นั่นใจว่าข้อมูลขององค์กรมีความลับ สมบูรณ์ และพร้อมใช้งาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด ระยะเวลาในการรับรอง 2 สิงหาคม 2565 – 1 สิงหาคม 2568 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์





► ใ้รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

สาระสำคัญของผลงาน

ตามที่สภาเทคนิคการแพทย์ ได้ประกาศใช้มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ฉบับปี พ.ศ. 2560 เป็นมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 มาตรา 7(2) เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์นำข้อกำหนดในมาตรฐานไปวางแผนการจัดบริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ประกอบกับปัจจุบันได้มีการปรับปรุงมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์เป็นฉบับ พ.ศ.2560 จึงมีความจำเป็นต้องจัดโครงการอบรมให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการทางเทคนิคการแพทย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจในมาตรฐานวิชาชีพและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้สามารถพัฒนาและจัดบริการทางเทคนิคการแพทย์ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานวิชาชีพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและประชาชนผู้มารับบริการต่อไป



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงาน กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับการรับรองมาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน (กรณีดำเนินการเฉพาะบุคลากรในสถานพยาบาล) ระดับดี

► รางวัลรองชนะเลิศ ประกวดนวัตกรรมทางสุขภาพจิต โครงการ MIND TO THE MOONS

สาระสำคัญของผลงาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงาน กรมสุขภาพจิต รางวัลรองชนะเลิศ ออกแบบนวัตกรรมสุขภาพจิต โครงการ MIND to the MOONS เป็นโครงการร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิตและภาคีเครือข่าย โดยทีม SIMPLE นำเสนอ นวัตกรรมสานใจ นวัตกรรมจัดการและการใช้ข้อมูลเพื่อการทำความเข้าใจภาพและเชื่อมโยงทรัพยากรที่จะช่วยให้ผู้ปกครองมองเห็นเป้าหมายในการดูแลเด็ก ASD ได้ชัดเจนขึ้น เหมือนกับการมอบแผนที่และอาวุธให้พร้อมในการดูแลเด็ก และนอกจากนี้ยังมีโอกาสในการลดรายจ่ายจากการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสในการเพิ่มเม็ดเงินทางธุรกิจสุขภาพได้





▶ ผลงาน CQI ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผ่านเข้ารอบ HA Forum ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

สาระสำคัญของผลงาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้ดำเนินการจัดส่งผลงาน CQI เข้าร่วมในงาน HA Forum ในช่วงวันที่ 12-15 มีนาคม 2567 โดยมี ผลงานที่ผ่านเข้ารอบ จำนวน 2 เรื่อง และได้จัดทำโปสเตอร์เพื่อจัดนิทรรศการในงานดังกล่าว ได้แก่



1. “พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ดูแลเฉพาะราย ในห้องเรียนกลุ่มวัยรุ่นเรียนสำหรับครู”
2. “เปลี่ยนใหม่หรือไปต่อ การจัดทำรายงานวันหมดอายุของยาภายในคลัง เพื่อวางระบบเฝ้าระวังและติดตามยาใกล้หมดอายุ”

▶ โล่ประกาศเกียรติคุณ “เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย”

สาระสำคัญของผลงาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ “เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย” ในการส่งเสริมและสนับสนุนการควบคุมไม่ให้เกิดโรคอ้วนลงพุง โดยอิงหลักวิชาการที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม



▶ ใบประกาศนียบัตรปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด



สาระสำคัญของผลงาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานกรมสุขภาพจิต ได้รับใบประกาศนียบัตร ปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมอบโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวกที่ 5

รายชื่อหน่วยงาน กรมสุขภาพจิต





ตารางที่ 29 แสดงรายชื่อหน่วยงานกรมสุขภาพจิต

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
1	กรมสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข 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	สำนักงานเลขานุการกรม	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.sorporsor.com
7	สำนักวิชาการสุขภาพจิต	อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2149-5537 โทรสาร : 0-2149-5539 https://bmha.dmh.go.th



ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
8	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	อาคาร 2 ชั้น 3-4 กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข 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
11	สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	อาคาร 4 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	โทรศัพท์ : 0-2590-8181 โทรสาร : 0-2149-8157 www.tobenum1.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 : - https://omhc.dmh.go.th/
14	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	อาคาร 4 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอ เมือง 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.ajanukul.go.th



ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
16	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา	112 ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600	โทรศัพท์ : 0-2442-2500-8 โทรสาร : 0-2437-7092 www.somdet.go.th
17	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นราชนครินทร์	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 4แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170	โทรศัพท์ : 0-2441-6100 โทรสาร : 0-2441-6101 www.galya.go.th
19	สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์	196 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม 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
21	โรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยปณัฏ	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 ตำบลห้วยยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100	โทรศัพท์ : 0-5390-8500 โทรสาร : 0-5390-8595 www.suanprung.go.th
23	โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์	2 หมู่ 4 ตำบลท่าน้ำอ้อย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ 60130	โทรศัพท์ : 0-5621-9444 โทรสาร : 0-5621-9400 www.nph.go.th
24	โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์	86 ถนนช้างเผือก ตำบลโนนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000	โทรศัพท์ : 0-4423-3999 โทรสาร : 0-4423-3997 www.jvkorat.go.th



ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
25	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000	โทรศัพท์ : 0-4535-2500 โทรสาร : 0-4535-2513 www.prasri.go.th
26	โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์	169 ถนนชาติประดิษฐ์ 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	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์	176 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำใส อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว 27160	โทรศัพท์ : 0-3726-2994-8 โทรสาร : 0-3726-2999 www.jvsakaeo.go.th
29	โรงพยาบาลจิตเวชเลย ราชนครินทร์	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
31	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์	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 จังหวัด พิษณุโลก 65220	โทรศัพท์ : 0-5500-2050 โทรสาร : 0-5500-2054 www.pph.go.th
33	สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	282 หมู่ 15 ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	โทรศัพท์ : 0-4391-0770-1 โทรสาร : 0-4391-0772 www.necam.go.th/
34	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นภาคใต้	298 ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130	โทรศัพท์ : 0-7731-0688 โทรสาร : 0-7731-2147 www.sicam.go.th/



ลำดับ	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	เบอร์โทรศัพท์
35	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100	โทรศัพท์ : 0-5320-3675 โทรสาร : 0-5328-0556 www.mhc01.net
36	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	อาคารในโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก 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 จ.ปทุมธานี 12000	โทรศัพท์ : 0-2147-0902 โทรสาร : 0-2147-0903 http://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
40	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	59/168 หมู่ 3 ถนนพระยาसाจจา-คีรี ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000	โทรศัพท์ : 0-3819-9656-8 โทรสาร : 0-38199-9656 http://www.mhc06.org/
41	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	169 หมู่ 4 ถนนชาติตะพุด 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



คำสั่งคณะกรรมการจัดงานจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๖๐๓๐/๖๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ด้วย กรมสุขภาพจิต ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ครอบคลุมระยะเวลาของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จึงเห็นควรดำเนินการรวบรวมผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการรวบรวมผลการปฏิบัติงาน และเผยแพร่ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมสุขภาพจิต จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|-----------|
| ๑.๑ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต | ประธาน |
| ๑.๓ | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน | รองประธาน |
| ๑.๔ | นางรัตนติกาล วาเพชร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๑.๕ | นางสาวกวิตา พวงมัลย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๑.๖ | นางสาวนิศกร ตั้งสกุล
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE | คณะทำงาน |
| ๑.๗ | นางสาวนิตยา รัตนวรรณ
นักวิชาการเผยแพร่
สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE | คณะทำงาน |

๑.๘ นางสาวณัฐพร...



- ๒ -

- | | | |
|------|---|----------|
| ๑.๘ | นางสาวณัฐพร สุขชุม
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
สำนักงานเลขานุการกรม | คณะทำงาน |
| ๑.๙ | นางอัญชลี ราชรักษา
นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
กองบริหารการคลัง | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ | นางสาวทัศนีย์ จันประเสริฐ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร | คณะทำงาน |
| ๑.๑๑ | นางสาวญาณิกา วลีอิทธิกุล
นายแพทย์ปฏิบัติการ
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๑.๑๒ | นางสาวฐานิดา กันจู
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๓ | นางสาวกนกพร สอนอุทัย
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๔ | นางสาวณัฐพร พุ่มพฤษ์
นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
กองบริหารทรัพยากรบุคคล | คณะทำงาน |
| ๑.๑๕ | นางสาวเลิศขวัญ สุวรรณรัตน์
นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๖ | นางสาวจารุเพ็ญ ภูจอมจิตร
เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน
สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๗ | นางสาวทิพสุคนธ์ บำรุงวงศ์
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน |
| ๑.๑๘ | นางสาวอนุสรุา จันทะวงศา
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะทำงาน |

๑.๑๙ นายภพธร...



- ๓ -

๑.๑๙	นายภพธร วุฒินทร นักสังคมสงเคราะห์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑.๒๐	นายศุภโชค ศรีสุวรรณกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๒๑	นางนภาพร รอดขยันต์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๒	นางสาวนรินทร์ นวนริน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๓	นางสาวปณิดา พันธุ์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๔	นางสาวกัญญกร ศรีชัยกุล เจ้าพนักงานธุรการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒.๒ ดำเนินการจัดทำหนังสือรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ให้เสร็จเรียบร้อย ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายนิติ แสงธรรม)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ดูแลใจ ทุกวัย ทุกคน



2024
ANNUAL REPORT
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



<https://moph.cc/Vs0TJ3fGS>



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ดูแลใจ ทุกวัย ทุกคน



2024
ANNUAL REPORT

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



<https://moph.cc/Vs0TJ3fGS>