

ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบที่มีความหลากหลายและความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ รวมถึงคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเก็บรวบรวมความรุนแรง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าสังคมไทยมีอัตราผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นต่อปีถึง ๑,๓๔๒ คน และความรุนแรงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นการระบาดความรุนแรงในสังคมไทย ตั้งแต่เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดอุบลและเหตุการณ์กราดยิงที่บริเวณศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดหนองบัวลำภู ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จนมาถึงการก่อเหตุใช้ปืนยิงประชาชนในศูนย์การค้าสยามพารากอนปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ผ่านมามีอันก่อให้เกิดความสูญเสียและสะเทือนใจกับสังคมไทยเป็นอย่างมาก

ความรุนแรงในสังคมยังปรากฏในรูปแบบของความรุนแรงที่มาจากช่องทางการสื่อสารและเทคโนโลยีสื่อใหม่ซึ่งมีความแพร่หลายและมีอิทธิพลอย่างมากในสังคม เช่น การสื่อสารเพื่อสร้างความเกลียดชัง (hate speech) และการระรานและข่มขู่ในโลกออนไลน์ (cyber bullying) อันส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน คุกคาม อับอาย และลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรุนแรงถูกส่งผ่านและผลิตซ้ำผ่านช่องทางสื่อสารโซเชียลมีเดียอย่างรวดเร็ว ผลสำรวจดัชนีตัวชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก กลุ่มตัวอย่าง ๔๔,๐๐๐ คน จาก ๔๕๐ โรงเรียนทั่วประเทศ พบว่า เด็กไทยเคยเกี่ยวข้องกับการรังแกบนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ ๔๘ มากกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่มีอยู่ร้อยละ ๓๓ และเคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ ๔๑ และในกลุ่มเด็กอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป เพศหญิงเคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ร้อยละ ๔๓ ในขณะที่เพศชายอยู่ที่ร้อยละ ๓๗

ความรุนแรงในสังคมไทยยังสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นของประชากรในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เปิดเผยว่าสังคมไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ ๑๓ โดยอัตราสูงสุดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๗๙.๕ เป็นผู้ชาย) ส่วนอัตราการพยายามฆ่าตัวตายพบสูงสุดในวัยเรียน ช่วงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๒๒๔ ต่อแสนประชากร (ร้อยละ ๗๓.๒ เป็นผู้หญิง) และเมื่อปรับใช้ฐานข้อมูลระบบใหม่ ๓ ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โดยไม่ได้อ้างอิงแค่จากใบมรณบัตรเท่านั้น ก็พบว่า ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ ๘.๘๑ ๘.๙๕ และ ๑๐.๐๘ ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขสถิติที่เพิ่มสูงขึ้นมากในระดับประเทศ นอกจากนี้ รายงานความสุขโลกปี ค.ศ. ๒๐๒๓

ยังย้ำว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยความสุขของประชากรอยู่ในลำดับที่ ๖๐ ของโลก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก ๕.๘๙๑ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) เป็น ๕.๘๔๓ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๖)

ดังนั้น วิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้นคือโจทย์ที่สังคมไทยต้องร่วมกันจัดการผ่านการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างระบบสุขภาพจิตอันจะเป็นหนทางหนึ่งในการพัฒนาสังคมไทยไร้ความรุนแรง

๑. นิยาม

๑.๑ สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของจิตใจ ที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต ทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ ทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเอง โดยครอบคลุมทั้งอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงมีอิทธิพลต่อความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ในทุกช่วงเวลาของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงสิ้นสุดอายุขัย

๑.๒ สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่จำกัดเฉพาะเรื่องการไม่เจ็บป่วยหรือไม่เป็นโรคทางจิตเวช สามารถจัดการความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและความสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อม สังคม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแง่บวกที่ดี สุขภาวะทางจิตสัมพันธ์กับสุขภาวะในมิติอื่นๆ อาทิ สุขภาวะทางร่างกาย (Physical well-being) เช่น การมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว เป็นต้น สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) เช่น การอยู่ร่วมกันที่ดี มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนรอบข้าง ชุมชนเข้มแข็ง เข้าถึงสวัสดิการ ระบบบริการสาธารณะที่ดี เป็นต้น และสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เช่น การมีทักษะหรือคุณภาพในการเข้าถึงความจริง คุณค่า และความหมายของตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธาอย่างสมดุล เป็นต้น สุขภาวะทางจิตมีนัยที่กว้างกว่าสุขภาพจิต โดยมนุษย์เราสามารถมีสุขภาวะทางจิตหรือมีความสุขได้ถึงแม้ว่าจะมีเงื่อนไขทางสุขภาพจิตหรือมีอาการทางจิตเวช

๑.๓ การสร้างเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion) หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมและสนับสนุนสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตโดยให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติ พัฒนาและควบคุมสุขภาพจิตของตน ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาวะทางจิตและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข การสร้างเสริมสุขภาพจิตมีปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจิต การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต การเสริมสร้างปฏิบัติการชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะและความรู้ส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพให้เน้นการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตในเชิงการส่งเสริมและป้องกันมากกว่าการรักษาเพื่อสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพจิต การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงมักนิยมดำเนินการตามแนวทางการสร้างสภาพแวดล้อม (setting-based) ที่หลากหลายเป็นสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงมักมุ่งจัดการ ควบคุม ออกแบบ รวมถึงพัฒนาปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจ กำหนดสุขภาพจิต (Social and commercial determinants of mental health) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย อาทิ ปัจเจกบุคคล ชุมชนและสังคม หน่วยงานและสถาบัน และปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตต้องทำให้ปัจจัยเหล่านี้เอื้อต่อ สุขภาวะทางจิตมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อท้ายที่สุดสังคมไทยสามารถมีความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (Mental health sustainability) อันหมายถึง ความสามารถในการสร้างเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตบนฐานของ ความต้องการของผู้คนและสังคมในปัจจุบันและอนาคต ความสามารถนี้อยู่ทั้งในระดับปัจเจก สังคม และนโยบาย

ในเชิงยุทธศาสตร์ รายงานอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖ ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิต สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา ระบุว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตในประเทศไทยต้องขับเคลื่อนด้วย ๖ ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการตีตรา (Mental Health Literacy and Stigmatizations) (๒) เทคโนโลยีสุขภาพจิต (Mental Health Technology) (๓) ความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัล (Readiness for digital age) (๔) การแก้ไขภาวะเศรษฐกิจและสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสังคม (Social and livelihood crises) (๕) พื้นที่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพจิต (Mental well-being and happiness infrastructure) และ (๖) นโยบายของรัฐต่ออนาคตของสุขภาพจิตสังคมไทย (Proactive mental health policy) มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก

๑.๔ ความรุนแรง (Violence) หมายถึง การใช้กำลังทางกายหรืออำนาจ โดยเจตนา ต่อตนเอง ผู้อื่น กลุ่มอื่น หรือชุมชนอื่น โดยการข่มขู่หรือปฏิบัติอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดหรือมีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต การทำร้ายจิตใจ การพัฒนาที่ไม่เพียงพอ ผิดปกติ หรือการลิดรอน โดยนิยามนี้เกี่ยวข้องกับ เจตนาของการก่อพฤติกรรมนั้น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา ดังนั้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีเจตนาจึงไม่เข้าข่าย ความรุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เป็นต้น

ความรุนแรงสามารถจำแนกออกได้เป็น ๓ ระดับที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

(๑) ความรุนแรงทางตรง (direct violence) ซึ่งเป็นความรุนแรงที่สามารถเห็นได้ชัดมากที่สุด สามารถ จำแนกประเภทย่อยได้เป็น “ความรุนแรงทางกายภาพ” (physical) ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและ “ความรุนแรงทาง จิตใจ” (psychological) ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตและการนึกคิด เช่น การทำให้เกิดความหวาดกลัว เกิด ความรู้สึกอับอาย รู้สึกด้อยค่า หรือการลดทอนความเป็นมนุษย์ เป็นต้น ความรุนแรงทางตรงจึงมาจากพฤติกรรม การฆ่า การทำให้บาดเจ็บ การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการครอบงำ

(๒) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) ที่แฝงอยู่ในระบบ (system) หรือโครงสร้างทาง สังคม คอยค้ำยันให้ความรุนแรงทางตรงเกิดขึ้นและดำรงอยู่ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ

ของมนุษย์อย่างมาก มักสะท้อนออกมาในรูปแบบของอำนาจที่ไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมของมนุษย์ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างสามารถมาจากกฎหมาย นโยบาย มาตรการ หรือองค์การ

(๓) ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (cultural violence) เป็นความรุนแรงที่มาจากรากฐานความเชื่อและความคติยึดถือที่ได้รับการสั่งสมและส่งต่อกันมาจนเกิดการยอมรับว่าเป็นปกติ ไม่เป็นปัญหา หรือยอมรับได้ ความรุนแรงประเภทนี้จึงมักเป็นข้ออ้างหรือเหตุผลสนับสนุนการใช้ความรุนแรงประเภทอื่นๆ มักสะท้อนออกมาในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน และที่ทำงาน และมักปรากฏในรูปแบบของธรรมเนียมทางสังคม (social norm) และมายาคติ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชคือคนที่อ่อนแอ คนซึมเศร้าคือ คนบ้า หรือโรคซึมเศร้าเป็นโรคของคนรวย ซึ่งเป็นการไปตีตราสุขภาพของมนุษย์

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้จำแนกความรุนแรงตามลักษณะของผู้ที่กระทำความรุนแรงไว้ ๓ ลักษณะ ได้แก่ (๑) ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed Violence) เช่น การทำร้ายร่างกายตัวเอง และพฤติกรรมอัตวินิบาตกรรม (๒) ความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal Violence) ที่ผู้กระทำเป็นกลุ่มคนขนาดเล็ก เช่น ความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงในชุมชน หน่วยงาน หรือกลุ่มประชากรต่างๆ และ (๓) ความรุนแรงระหว่างกลุ่ม (Collective Violence) ที่เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ทางสังคม การเมือง หรือเศรษฐกิจ อาทิ สงคราม การก่อการร้าย ความขัดแย้งทางการเมือง การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การปราบปราม การอุ้มหาย หรือการละเมิดสิทธิมนุษยชนอื่นๆ

๒. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อผลักดัน “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ผ่านการกำหนดหลักเกณฑ์และกรอบแนวทางสำหรับระบบบริการสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนจนถึงการสร้างชุมชนและกลไกทางสังคมที่เข้มแข็ง ผ่านการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อสร้างทุนสังคม (social capital) และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (social cohesion) อันจะนำไปสู่สุขภาพของประชาชนคนไทย ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล ในการนี้ เป้าหมายของธรรมนูญฯ จึงมุ่งสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ตลอดจนจัดการระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนในประเทศไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเน้นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมของบุคลากรและผู้รับบริการ

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้กำหนดประเด็นด้าน “สุขภาพจิต” เป็นประเด็นหลักประเด็นหนึ่งที่ต้องพัฒนา โดยตั้งเป้าหมายของสุขภาพจิตโดยเฉพาะในระยะ ๕ ปีที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใคร ไว้ข้างหลัง”

ผ่านการเร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (mental health literacy) และสร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในระยะ ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (early detection)

๒.๒ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๒)

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นกฎหมายเฉพาะว่าด้วยสุขภาพจิตฉบับแรกของประเทศไทย ที่มีเป้าหมายเพื่อนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางจิต ให้ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิตหรือพฤติกรรมผิดปกติในโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อป้องกันการกระทำที่เกิดจากอาการทางจิตที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง เช่นการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย กฎหมายนี้จึงเน้นการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอมก็ได้ พร้อมทั้งให้ความคุ้มครองเจ้าพนักงานตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เอาตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ถือว่าเป็นการกักขังหน่วงเหนี่ยวแต่อย่างใด

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ยังกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ” ขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อเป็นองค์คณะดำเนินนโยบายสุขภาพจิตระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนและแนวทางการดำเนินงาน คณะกรรมการดังกล่าวในทางปฏิบัติยังสะท้อนตัวแบบการอภิบาลที่เน้นรัฐนำ และมุ่งเน้นงานบำบัดรักษาและงานบริการมากกว่างานส่งเสริมสุขภาพจิต

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของสังคมมากยิ่งขึ้น ให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิที่ถูกต้องและเพียงพอมากขึ้น และเน้นการสร้างเสริม การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้นบนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานรัฐและประชาชน

๒.๓ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) มุ่งสร้าง “คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดีและมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ผ่านการพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้และความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมียุทธศาสตร์หลัก ๔ ประการ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมายสังคมและสวัสดิการ และยุทธศาสตร์พัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ได้ปรับปรุงวิสัยทัศน์ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นเป็น “คนทุกช่วงวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” และ

ตั้งเป้าหมายที่เน้นงานสร้างเสริมมากยิ่งขึ้น อาทิ เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญา เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ ครอบครัวมีความเข้มแข็งและอบอุ่น คนไทยมีสุขภาพจิตดี ลดอัตราการฆ่าตัวตาย จังหวัดมีการบูรณาการงานสุขภาพจิตตามมาตรฐาน และประเทศไทยมีคะแนนความสุข (World Happiness Index) เพิ่มขึ้น เป็นต้น

๒.๔ แผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ มีบทบาทหลักเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ และมีเป้าหมายเพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดีอันจะนำมาสู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว แผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปีนี้กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓ เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๘๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน และคนไทยมีสุขภาพจิตที่ดี ร้อยละ ๙๐

แผนปฏิบัติการฯ มีประเด็นยุทธศาสตร์ ๔ ประเด็น ได้แก่ (๑) ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (๒) เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคตเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล (๓) สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมมีสุขภาพจิตดี และ (๔) สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง เพื่อให้ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต เกิดเป็นความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

๓. สถานการณ์และแนวโน้ม

๓.๑ สถานการณ์สุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน

เด็กและเยาวชนคือกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิตมากที่สุด จากการวิเคราะห์ภาระโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นในแง่ของ “ปีสุขภาวะที่สูญเสีย” (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความเจ็บป่วย พบว่า

(๑) ภาระโรคจิตเวชได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเด็กและวัยรุ่น โดยกลุ่มเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางจะมีอัตราการเติบโตที่สูงที่สุด

(๒) สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ สาเหตุหลักในเด็กเกิดจากพัฒนาการที่ผิดปกติ สาเหตุในวัยรุ่นเกิดจากพฤติกรรมเกเร โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้น สาเหตุเกิดจากโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล รวมทั้งอาการทางจิตและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ

(๓) ความแตกต่างของภาระโรคและรูปแบบโรคทางจิตเวชระหว่างเพศ เด็กหญิงมักมีโรคทางจิตเวชมากกว่า โดยส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ขณะที่เด็กชายมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่า

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์การประเมินสุขภาพจิตคนไทยโดยกรมสุขภาพจิต และพบว่า ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี จากกลุ่มประชากรทั้งหมด ๗๒๑,๑๕๕ คน ร้อยละ ๓๕ เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๓๐ มีความเครียดสูง และร้อยละ ๒๔ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตัวเลขเหล่านี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชาชนทั่วไป คือ ร้อยละ ๑๗ ร้อยละ ๑๕ และ ร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยเรียนและวัยรุ่นเท่ากับ ๐.๓๒ และ ๒.๘๘ ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยเรียนและวัยรุ่นเท่ากับ ๔๑.๘๑ และ ๒๒๔.๓๘ ต่อแสนประชากร อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยเรียนใกล้เคียงกับอัตราเฉลี่ยของประเทศ (๔๘.๐๖ ต่อแสนประชากร) แต่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศประมาณ ๕ เท่า ร้อยละ ๑๗.๖ ของวัยรุ่นอายุ ๑๓ ถึง ๑๗ ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสามของการเสียชีวิตของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี

วิกฤตต่างๆ ในสังคมยังส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนด้วย องค์การยูนิเซฟร่วมกับสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยสำรวจผลกระทบวิกฤตโควิด-๑๙ ต่อเด็กและเยาวชน อายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๖,๗๗๑ คน เมื่อเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ พบเด็กและเยาวชนมีความเครียด วิตกกังวล นักเรียนถึงร้อยละ ๗๐ เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

ความเครียดและวิตกกังวลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวม ผลการสำรวจสุขภาวะนักเรียนในประเทศไทยจากงาน Global School-based Student Health Survey พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เด็กและวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๕ ปี ร้อยละ ๑๖.๓ มีความกังวลในระดับที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์หลับเพิ่มขึ้นจากกว่าทศวรรษก่อนเกือบสามเท่าตัว นอกจากนี้ยังประมาณการว่าวัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๗ คน และเด็กอายุ ๕-๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๑๔ คน มีความผิดปกติทางจิต (รวมถึงการมีพัฒนาการผิดปกติ)

ในเด็กหญิงอายุ ๐-๑๔ ปี พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับ ๘ โดยคิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ผลการประเมินตนเองของเยาวชนอายุ ๑๐-๑๘ ปี พบว่าร้อยละ ๖.๒ เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและร้อยละ ๑๐.๖ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่เสี่ยงคือ เด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล และกลุ่มที่เคยหรือกำลังรักษาปัญหาสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีวัยรุ่นอายุ ๑๑-๑๙ ปี ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน ขอรับบริการผ่านสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ความเครียดและความกังวล (ร้อยละ ๕๑) ปัญหาความสัมพันธ์ (ร้อยละ ๒๑) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑๐)

นอกจากนี้ จากฐานข้อมูลสุขภาพจิตโรงเรียนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานพบเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์หรือสังคม โดยร้อยละ ๓๑ คน เคยถูกรังแกออนไลน์ และเด็กร้อยละ ๔๐ คนไม่ได้บอกใครเกี่ยวกับการถูกรังแก สถานการณ์ดังกล่าวคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ในเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอายุ ๕-๑๔ ปี

เด็กและเยาวชนยังเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัวอีกด้วย จากสถิติการให้บริการสายด่วน ๑๓๐๐ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) พบว่าในช่วง ๗ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕) เหยื่อความรุนแรงในครอบครัวที่เป็นเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประเด็นเรื่องการทำร้ายร่างกาย การถูกคุมคามทางเพศ และอื่น ๆ เมื่อเด็กและเยาวชนได้รับความรุนแรงจากที่อยู่อาศัย (จัดเป็นอันดับที่ ๒ ของสถานที่ที่มักเกิดความรุนแรง) จึงสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่ปลอดภัยต่อตัวเอง ผลสำรวจเยาวชน ๒๐๒๒ ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบว่า จากเด็กและเยาวชนที่เคยถูกข่มขืนหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน มีร้อยละ ๑๘.๑ รู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย มีเพียงร้อยละ ๖ รู้สึกว่าบ้านปลอดภัย จากเด็กและเยาวชนที่เคยถูกทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ มีร้อยละ ๓๙.๖ รู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย มีเพียงร้อยละ ๑๘.๖ รู้สึกว่าบ้านปลอดภัย

แนวโน้มความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวกับเด็กและเยาวชน มักมีปัจจัยพื้นฐานมาจากพฤติกรรมกรอบรมเลี้ยงดูด้วยความรุนแรงทางจิตใจและทางร่างกาย การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian) คือ ยึดความต้องการของผู้ปกครองเป็นหลัก เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามความต้องการก็จะทำโทษเด็กด้วยความรุนแรงเพื่อให้เด็กเป็นไปตามความต้องการของตนเอง ถือเป็นตัวแปรสำคัญทั้งกับความรุนแรงทางร่างกายและความรุนแรงโดยรวม

ความรุนแรงในครอบครัวดังกล่าวได้ทวีคูณมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ก่อนที่จะมีการล็อกดาวน์ครั้งแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ศูนย์ปฏิบัติการสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้รายงานสถิติผู้ถูกกระทำความรุนแรงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ - เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ที่ ๑๔๑ ราย โดยตัวเลขนี้สามารถแบ่งออกเป็นความรุนแรงทางกาย (ร้อยละ ๘๗) ความรุนแรงทางเพศ (ร้อยละ ๙) และความรุนแรงทางจิตใจ (ร้อยละ ๔) หลังจากที่ประกาศใช้มาตรการล็อกดาวน์ สถิติความรุนแรงในครอบครัวระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้ถูกกระทำความรุนแรงสูงถึง ๑,๘๓๗ ราย

๓.๒ สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้ใหญ่และวัยทำงาน

โรคจิตเวชในวัยผู้ใหญ่มีความสำคัญและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น โดยในภาพรวมระดับโลกมีการจัดอันดับการศึกษาภาวะโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของปีที่สูญเสียสุขภาพจากความทุพพลภาพ กล่าวคือ ในเพศหญิง สาเหตุสำคัญอันดับ ๑ คือ โรคซึมเศร้า และตามมาด้วยโรควิตกกังวลอันดับที่ ๖ ในขณะที่ในเพศชาย โรคซึมเศร้าจัดอยู่อันดับที่ ๒ และความผิดปกติพฤติกรรมเสพสารเสพติดอยู่อันดับที่ ๗ และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราจัดอยู่อันดับที่ ๘ และโรควิตกกังวลอยู่อันดับที่ ๑๑

โรคจิตเวชที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อแค่กับตัวผู้ป่วยทางจิตเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อทั้งครอบครัว ชุมชน และการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ผู้ใหญ่ในวัยทำงานยังต้องพบเจอกับปัญหาความรุนแรงที่มาจากการทำงาน การคุกคามทางเพศ ความเครียด และภาวะหมดไฟอีกด้วย

ในเรื่องการคุกคามทางเพศ สถิติข้อมูลของสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผู้หญิงไทยถูกละเมิดทางเพศและถูกระทำ ความรุนแรงทางร่างกายหรือจิตใจ ไม่น้อยกว่า ๗ คน ต่อวัน และมีสถิติผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษา แจ้งความร้องทุกข์ ปีละ ๓๐,๐๐๐ คน ร้อยละ ๖๐.๖ เป็นเด็กและเยาวชน อายุ ๕-๒๐ ปี ร้อยละ ๓๐.๙ เป็นวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน อายุ ๔๑-๖๐ ปี ซึ่งผู้ถูกระทำที่อายุน้อยที่สุด คือ ๕ ปี และผู้ถูกระทำที่อายุมากที่สุดคือ ๙๐ ปี โดยกลุ่มอาชีพที่ถูกกระทำมากที่สุด เป็นนักเรียนและนักศึกษา (ร้อยละ ๖๐.๙) ลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ ๒๑.๖) ค้าขาย (ร้อยละ ๕.๒) และเด็กเล็ก (ร้อยละ ๔.๒) นอกจากนี้ ผลการศึกษาการคุกคามทางเพศในสังคมไทยพบว่า สถานภาพทางสังคมของผู้หญิงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงถูกคุกคามทางเพศ คือ ปัจจัยทางอายุที่ต่ำกว่า ๓๕ ปี (ร้อยละ ๖๖) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ ๖๕.๕๐) และตำแหน่งที่เท่ากับหรือน้อยกว่าผู้ชาย (ร้อยละ ๖๐) การคุกคามและล่วงละเมิดทางเพศจึงเป็นปัญหาที่สะท้อนความรุนแรงเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมซึ่งกฎหมายและแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมกับการจัดการประเด็นเหล่านี้มากนัก

ในเรื่องความเครียดในวัยทำงานและภาวะหมดไฟ (Burnout) ซึ่งคนวัยทำงานส่วนใหญ่กำลังเผชิญ รายงานสุขภาพของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ เปิดเผยว่าคนวัยทำงานใช้เวลาถึง ๑ ใน ๓ ของแต่ละวันไปกับการทำงาน ซึ่งลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานถือเป็นกลุ่มปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจด้วยแบบประเมินความสุขของคนทำงานในองค์กร ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มคนทำงานมีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มคนวัยอื่น คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ ๖๑.๓ จำแนกตามลักษณะการทำงานและปัจจัยการทำงาน

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่ที่ทำงานในภาครัฐ ซึ่งเป็นอาชีพครูและตำรวจทั่วประเทศกว่า ๓,๑๖๖ คน ผ่านแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพจิตใจและแรงจูงใจในการทำงานสาธารณะ รวมถึงความเครียดในการทำงาน พบว่า คนทำงานภาครัฐมีภาวะความเครียด กังวลใจ เหนื่อยล้า และโดดเดี่ยว โดยผลสำรวจของกลุ่มตัวอย่างคนทำงานภาครัฐยังประเมินอีกว่ากว่าร้อยละ ๑๓ มีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล โดยร้อยละ ๑๕ เป็นผู้หญิง และร้อยละ ๑๒ เป็นผู้ชาย นอกจากนี้ ยังมากกว่าร้อยละ ๑๘ มีประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวทำให้รู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย เช่น โดนดุด่า ทุกลูก หรือประจานให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ซึ่งในตัวเลขนี้ส่วนมากคือประกอบอาชีพเป็นครูถึงร้อยละ ๗๑ และตำรวจร้อยละ ๒๙ ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นด้วยว่าชีวิตและหน้าที่การงานของคนวัยผู้ใหญ่ต้องแบกรับภาระและเสี่ยงวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ รวมถึงค่านิยมของสังคมที่กดทับการแสดงออกของสภาพจิตใจที่อาจสะสมจนเป็นความเครียดที่ได้รับจากการทำงาน ทำให้วัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานไม่มีพื้นที่ปลอดภัยของตัวเองและกระทบไปยังปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด ถึงแม้คนส่วนใหญ่ที่ทำงานภาครัฐจะสามารถเข้าถึงสวัสดิการและการให้บริการสุขภาพจิต แต่ก็ยังมีอีกมากที่ยังไม่

สามารถเข้าถึงและขาดการฝึกอบรมทางสุขภาพจิตที่ควรจะเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ ที่สำคัญ บุคลากรทาง การแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตก็กำลังเผชิญกับปัญหานี้

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลศึกษาภาวะหมดไฟและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์ ๑๑๒ คน ทั่วประเทศไทย พบว่าร้อยละ ๔๙.๓ ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความ อ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง และร้อยละ ๒๖.๔ ระบุว่ามีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ที่สำคัญ จิตแพทย์ที่ ทำงานมากกว่า ๕๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์และพบผู้ป่วยจำนวนมากต่อวันมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมากขึ้นอย่างมี นัยสำคัญ สภาพการณ์นี้มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

๓.๓ สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจด้านสุขภาพ การสูงอายุ และการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand: HART) ที่จัดขึ้นโดยศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ (Center For Aging Society Research) และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และปี พ.ศ. ๒๕๗๐ โดยกลุ่มนักวิชาการจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อศึกษาอัตราความชุก อัตราอุบัติการณ์ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโดดเดี่ยวของผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า ๔๕ ปี ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ผู้เข้าร่วมร้อยละ ๒๑.๗ รู้สึกโดดเดี่ยว จากผู้เข้าร่วมที่ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ ๒๒.๒ ระบุว่า ตนเองรู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และจากผู้เข้าร่วม ๗๙๐ คนที่รู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ ๓๐.๓ ระบุว่าตนเองยังรู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ นอกจากนี้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม อาการซึมเศร้า และ การรับรู้สุขภาพของตนเองไม่ดี (poor self-perceived health) ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความโดดเดี่ยว

ในกลุ่มผู้สูงอายุวัย ๖๐ ปีขึ้นไปมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น ๑๐.๒ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐๐,๐๐๐ คน ใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ในจำนวนนี้ร้อยละ ๙๐ มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันเสี่ยงต่อความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล แม้ ผู้สูงอายุมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง ๑๔.๔๒ ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จกลับสูงกว่า (๑๓ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ช่วงวัยอื่นๆ (๑๐.๒ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน)

ในงานวิจัยเรื่องการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าผู้สูงอายุใน ประเทศไทยส่วนใหญ่มีความสุขด้านสุขภาพกายและใจที่ดี แต่มีความสุขด้านเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำเนื่องจากมี ปัญหาเรื่องรายได้และความมั่นคงทางการเงิน ขาดเงินออม ขาดรายได้ที่สม่ำเสมอ ดังนั้นการยกระดับความสุขใน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องสนับสนุนด้านเศรษฐกิจก่อนอันดับแรก เช่น การสร้างรายได้ที่ยั่งยืน ส่งเสริมการออม และ ลด ภาวะหนี้สิน

๓.๔ สถานการณ์สุขภาพจิตในกลุ่มคนเปราะบาง

สังคมไทยมีกลุ่มคนเปราะบางหลากหลายประเภท ซึ่งแต่ละกลุ่มเผชิญกับความเสี่ยงและปัญหาความรุนแรงและสุขภาพจิตที่ไม่เหมือนกัน

ในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ จากผลสำรวจของศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบว่า คนที่นิยมเพศสภาพตนเองเป็น LGBTQIAN+ เผชิญกับการไม่ยอมรับและต่อต้านอย่างรุนแรงมาเรื่อยๆ และเจอปัญหาทั้งการโดนทำร้าย กดขี่ด้วยความรุนแรง บูลลี่ด้วยอคติ และการเลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะโดยครอบครัว ผู้คนรอบข้าง สถานที่ทำงานและสังคม ทำให้กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศมีอัตราเสี่ยงสูงที่ต้องพบเจอกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ผลสำรวจยังพบว่ากลุ่มคนเหล่านี้จำนวนมากไม่กล้าเข้าไปพบจิตแพทย์เพราะกลัวการถูกตีตราจากสังคม กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศจึงมีแนวโน้มที่จะเครียดกว่าโดดเดี่ยวกว่า รวมถึงรู้สึกมีคุณค่าและเชื่อมั่นในตัวเองน้อยกว่า

ผู้หญิงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่นับว่าเปราะบางในสังคมที่ครอบงำด้วยอิทธิพลชายเป็นใหญ่ ข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงมารับบริการจำนวนทั้งสิ้น ๘๐,๒๗๒ ราย โดยมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มที่ขอเข้ารับบริการเป็นเพศหญิง ประเภทของความรุนแรงที่พบจากกลุ่มผู้ที่มาขอรับบริการในศูนย์พึ่งได้อันดับต้นๆ คือ การกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ ตามลำดับ ความรุนแรงต่อผู้หญิงนี้มักเกิดจากคนใกล้ชิดตัวและครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัวไทยในระดับประเทศ พบว่า ความรุนแรงต่อผู้หญิงและคนในครอบครัวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนร้อยละ ๓๔.๖ และตัวเลขได้ขยับเพิ่มเป็นร้อยละ ๔๒.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยเป็นความรุนแรงทางด้านจิตใจมากที่สุด

ที่สำคัญ ผู้หญิงที่เป็นผู้พิการถือเป็นกลุ่มที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิตอย่างมาก เนื่องจากมีความทับซ้อน (Cross-cutting) ระหว่างเรื่องเพศและความพิการ รายงานสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงพิการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยสมาคมส่งเสริมศักยภาพสตรีพิการ มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการร่วมกับทัศนคติเรื่องชายเป็นใหญ่ทำให้สตรีพิการรวมถึงเด็กพิการมีความเสี่ยงที่จะประสบกับความรุนแรงที่มีต่อเพศและที่มีต่อสภาพจิตใจ และอารมณ์มากกว่าสตรีและเด็กที่ไม่พิการอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อแนวคิดเรื่องเพศและความพิการมาทับซ้อนกัน จึงก่อให้เกิดรูปแบบความรุนแรงที่แตกต่างจากความรุนแรงที่เกิดด้วยเหตุทางแนวคิดเรื่องเพศอย่างเดียว

ในส่วนของกลุ่มคนไร้บ้าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิกระจกเงา และมูลนิธิอิสรชน ได้รายงานผลการเจนนับคนไร้บ้านทั้งประเทศไทยของวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ และพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาติดสุราเป็นปัญหาหรือลักษณะที่เห็นได้ชัดมากที่สุด นอกจากนี้

รายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยสถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีจุดเปลี่ยนร่วมของการกลายมาเป็นคนไร้บ้าน คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว มีความรุนแรงในครอบครัว และมีปัญหาเรื่องงาน คนไร้บ้านยังถูกมองว่าเป็นภาระต่อสังคมหรือเป็นปัญหาสังคมซึ่งสัมพันธ์กับความรุนแรงในสังคมอีกด้วย

๔. ความสำคัญของประเด็น

จากสถานการณ์ความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่กล่าวมา ข้อเสนอเชิงนโยบาย “ระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง” จะเน้นพัฒนาระบบสุขภาพจิตในฐานะเป็นระบบที่สำคัญระบบหนึ่งเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตของคน เสริมหนุนความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพจิตของประเทศ ลดความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคม ระบบสุขภาพจิตนี้ต้องดำเนินการควบคุมและสอดประสานไปกับระบบสุขภาพในภาพรวมและนโยบายสุขภาพอื่นๆ ของประเทศอย่างไม่โดดเดี่ยวและแปลกแยก โดยเน้นความร่วมมือกับจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ด้วยความซับซ้อนและความใหม่ของประเด็นทางนโยบายในเรื่องระบบสุขภาพจิต คณะทำงานจึงได้คัดเลือกประเด็นที่เป็น “จุดคานงัด” ที่เป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วน (priority) ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตมาใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่นำเสนอตามกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) เพื่อพิจารณาเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ นี้

๕. ข้อเสนอเพื่อให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖/ ร่างมติ ๑ ระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

๖. เอกสารอ้างอิง

- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Current psychiatry reports, 20*, 1-13.
- CDC Centers for Disease Control and prevention. (2020). *Common Barriers to Participation Experienced by People with Disabilities*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
- Child Online Safety Index. (๒๕๖๓, ๑๒ กรกฎาคม). *ผลสำรวจดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก*. Droidsans. <https://droidsans.com/stop-cyber-bullying-campaign/>
- Choorod, S., Kongbenjapunch, K., Kanoknark, P., & Roykulcharoen, S. (2020). Coercive Legal Measures for Enforcing the Treatment of Psychiatric Patients. Ph.D. *In Social Sciences Journal, 10*(1), 164–178.
- De Venter, M., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2013). The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschrift voor psychiatrie, 55*(4), 259-268.

- Ezard, N., Thiptharakun, S., Nosten, F., Rhodes, T., & McGready, R. (2012). Risky alcohol use among reproductive-age men, not women, in Mae La refugee camp, Thailand, 2009. *Conflict and health*, 6, 1-9.
- Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Suicide ideation and victimization among refugee women along the Thai–Burma border. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 631-635.
- Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Violence against refugee women along the Thai–Burma border. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(3), 279-283.
- Fellmeth, G., Plugge, E. H., Nosten, S., Oo, M. M., Fazel, M., Charunwatthana, P., Nosten, F., Fitzpatrick, R., & McGready, R. (2018). Living with severe perinatal depression: a qualitative study of the experiences of labor migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border. *BMC psychiatry*, 18, 1-13.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of peace research*, 27(3), 291-305.
- Government Equalities Office. (2020). Sexual Harassment Survey. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1002873/2021-07-12_Sexual_Harassment_Report_FINAL.pdf
- Health Aging Retirement Thailand. (n.d.). *โครงการสำรวจด้านสุขภาพ การสูงอายุ และการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand: HART)*. <https://hart.nida.ac.th/>
- HealthServ. (๒๕๖๕, ๑ กันยายน). *ทศวรรษมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข ทรงค่าในสังคม: หลักการแผนพัฒนาสุขภาพจิต ระยะที่ ๒*. <https://healthserv.net/220990>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- Klindokkaew, K., & Euajarusphan, A. (2022). Cultural Violence: Reflections on the oppression of Social Learning. *Suthiparithat*, 36(1), 1–24.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1980). Sex Differences in Aggression: A Rejoinder and Reprise. *Child Development*, 51(4), 964–980.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
- Meyer, S., Murray, L. K., Puffer, E. S., Larsen, J., & Bolton, P. (2013). The nature and impact of chronic stressors on refugee children in Ban Mai Nai Soi camp, Thailand. *Global public health*, 8(9), 1027-1047.
- Milbarger, S., Israel, N., LeRoy, B., & Martin, A. (2003) Violence Against Women with Physical Disabilities. *Violence and Victims*, 18(5), 581-591.

- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90.
- Nimmawitt, N., Wannarit, K., & Pariwatcharakul, P. (2020). Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One*, 15(4), e0230204.
- Nimmawitt, N., Wannarit, K., & Pariwatcharakul, P. (2020). Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One*, 15(4), e0230204.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Prevalence and associated factors of incident and persistent loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC psychology*, 11(1), 1-10.
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N. T., Nungdanjark, W., Thongthammarat, Y., & Toyama, S. (2021). Mental health and burnout among teachers in Thailand. *Journal of Health Research*, 36(3), 404-416.
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N.T., Nungdanjark, W., Thongthammarat, Y., & Toyama, S. (2021). Mental health and burnout among teachers in Thailand. *Journal of Health Research*, 36(3), 404-416.
- Roussel-Hemery, M. (2022, August 10). *Boosting mental health in Thailand's refugee camps*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/th/en/39227-boosting-mental-health-in-thailands-refugee-camps.html>
- Suphanchaimat, R., Sinam, P., Phaiyaron, M., Pudpong, N., Julchoo, S., Kunpeuk, W., & Thammawijaya, P. (2020). A cross sectional study of unmet need for health services amongst urban refugees and asylum seekers in Thailand in comparison with Thai population, 2019. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-12.
- Thepthien, B. O., & Htike, M. (2020). Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. *Cogent Psychology*, 7(1), 1832403.
- Walters, R. H., & Parke, R. D. (1964). Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In *Advances in experimental social psychology* (pp. 231-276). Academic Press.
- Woranetipo, S., & Chavanovanich, J. (2021). Three-way Interactions of Workload, Social Support and Coping Strategy on Job Burnout. *The Journal of Behavioral Science*, 16(1), 58-72.
- Yang, J., Wang, S., & Dewina, R. (2020). *Taking the pulse of poverty and inequality in Thailand*. World Bank Group. <https://policycommons.net/artifacts/1271732/taking-the-pulse-of-poverty-and-inequality-in-thailand/1855222/>
- เลิฟแคร์สเตชัน. (๒๕๖๓, ๖ ตุลาคม). เยาวชน LGBTQ กับความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพจิต. เยาวชน LGBTQ กับความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพจิต - เลิฟแคร์สเตชันดอทคอม (lovecaresation.com)

เลิศวัลลภ ศรีชะพลภูสิทธิ และ ธมนพัทธ์ ศรีชะพลภูสิทธิ (๒๕๖๑). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, ๒๐(๑), ๒๕๓-๒๖๕. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhssru/article/view/133380>

แผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. (๒๕๖๑, ๘ มกราคม). *เปิดรายงานการวิจัยฯ ด้านกม. พบคนไร้บ้านในไทยส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เพียงแค่ไร้บัตรประชาชน*. Penguin Homeless. <https://penguinhomeless.com/research-law-thaihealth-fundamental-right-homeless/>

ไพสิฐ พาณิชย์กุล, ทศพล ทรรคนกุลพันธ์, เขมชาติ ตนบุญ, สรชา สันตติรัตน์, ชัชวิน วรปัญญาภา, บงกช ดารารัตน์, ปารณ บุญช่วย, วรรณณา แต้มทอง และ วัชลาภา บุญเรือง. (๒๕๕๙). *โครงการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาและสนับสนุนองค์ความรู้ทางกฎหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

กรมสุขภาพจิต, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา. (๒๕๖๖). *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา.

กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๖, ๑๔ มีนาคม). *รายงานข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. ระบบบัญชีข้อมูลภาครัฐ. <https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-dashboard-mentalhealth>

กษิดิ์เดช คำพูน. (๒๕๖๖, ๗ มิถุนายน). *บ้านไม่ใช่เซฟโซนสำหรับทุกคน : เข้าใจปัญหาพื้นที่ปลอดภัยผ่านแบบสำรวจเยาวชน ๒๕๖๕*. คิด for คิดส์ ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. [บ้านไม่ใช่เซฟโซนสำหรับทุกคน: วิเคราะห์ผ่านแบบสำรวจ คิด for คิดส์\(kidforkids.org\)](https://www.kidforkids.org)

กองบรรณาธิการ TCJ. (๒๕๖๕, ๘ มีนาคม). *เปิดสถิติหญิงไทยถูกละเมิดทางเพศ-กระทำรุนแรงมากกว่า 7 คน/วัน*. TCJ. <https://www.tcijthai.com/news/2022/3/current/12248>

กองบรรณาธิการ Urban Creature. (๒๕๖๖, ๒ พฤษภาคม). *'ใน 1 วันมีหญิงไทยถูกทำร้ายหรือละเมิดทางเพศมากกว่า 7 คน' สถิติความรุนแรงต่อผู้หญิง*. Urban Creature. <https://urbancreature.co/violence-thai-women/>

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). *รายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕*

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๕๙, ๒ พฤษภาคม). *Psychological well-being สุขภาวะทางจิต*. <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/psychological-well-being>

คุกคามทางเพศถูกชุกไว้ได้พร้อม. ประชาไท. <https://prachatai.com/journal/2020/06/87981>

ชนกันันท์. (๒๕๖๕, ๖ ตุลาคม). *รวมคดีกราดยิงในประเทศไทย*. TheThaiger TH. <https://thethaiger.com/th/news/678894/>

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (๒๕๕๗). *ทำทนายทางเลือก : ความรุนแรงและการไม่ใช่ความรุนแรง*. <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1983573>

ณัฐธิดา ตันวานิชกุล. (๒๕๖๖). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทในสถานการณ์โควิด ๑๙ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหามบัณฑิต]*. <https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4882/1/TP%20HOM.003%202566.pdf>

ทิพย์อัปสร ศิวาธร, อลิสา ศิวาธร และ มุลลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม. (๒๕๖๔). *รายงานสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงพิการ ปี 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9).

ธัญพร มัทวานุกุล. (๒๕๖๖, ๑๑ เมษายน). *สถานการณ์คนพิการ 31 มีนาคม 2566 (รายไตรมาส)*. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>

นัชชา ตันติวิทยาพิทักษ์. (๒๕๖๓, ๖ พฤษภาคม). #4: ความเจ็บอันขมขื่นในที่ทำงาน เมื่อปัญหาปกป้อง ศรีสนธิ. (๒๕๖๒, ๑๙ กรกฎาคม). *การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาเรื่องเพศ : ความหมายใหม่และโทษใหม่ของการข่มขืนกระทำชำเรา*. the101.world. <https://www.the101.world/rape-in-thai-law>

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑. (๒๕๕๑, ๒๐ กุมภาพันธ์). ๑๒๕ ตอนที่ ๓๖ ก ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์. *ราชกิจจานุเบกษา*. ๑๒๕ ตอนที่ ๓๖. และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒. (๒๕๖๒, ๑๖ เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕.

พิกุลแก้ว ศรีนาม, สดพร จุลชู, มธุดารา ไพयरมณ, วาทีนี คุณเผือก, นารีรัตน์ ผุดผ่อง, และ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. (๒๕๖๔). *การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสถานะสุขภาพและข้อตกลงหรือกฎหมายของผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยในเขตเมืองในประเทศไทย*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ๑๕(๔), ๕๑๑-๕๒๔.

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์ และฉันทพร โครตสิงห์. (2565). *โครงการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) และการประเมินแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

มธุดารา ไพयरมณ และคณะ. (๒๕๖๕). *คู่มือการศึกษาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (บก.). (๒๕๖๒). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (๒๕๖๕). *ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี ๒๕๖๕*. สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส. (๒๕๖๔, ๑๐ กันยายน). *พิษโควิดแนวโน้ม "ฆ่าตัวตาย"แตะ 10 คนต่อแสนประชากร*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/307796>

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). *สแกนจิตใจคนทำงานภาครัฐ เมื่อจิตใจที่เป็นของส่วนตัว อาจส่งผลต่อหน้าที่ส่วนรวม?* <https://wellbeing.spp.cmu.ac.th/>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๖). *รายงานสุขภาพของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๖*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (ม.ป.ป.). *เด็กและเยาวชน: กลุ่มเปราะบางทางสุขภาพจิตในวิกฤตโควิด-19*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สยามรัฐออนไลน์. (๒๕๖๖, ๒๗ เมษายน). *"กรมสุขภาพจิต" ห่วงใยเหยื่อความรุนแรงจากคนรัก อย่างยิ่งเยย ควรแสวงหาความช่วยเหลือ*. <https://siamrath.co.th/n/442247>

สรุข สินธุประมา. (๒๕๖๖, ๑๐ กุมภาพันธ์). *ดูแลหัวใจไม่ให้ใครร่วงหล่น: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและทันสมัย*. 101PUB Public Policy Think Tank. <https://101pub.org/improve-access-to-mental-health-care/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๐). *๘ เรื่องที่คุณอาจไม่รู้เกี่ยวกับคนไร้บ้าน. แผนงาน สนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๔, ๑๙ กรกฎาคม). เปิดจุดเปลี่ยนการยอมรับ LGBTQ.. เปิดจุดเปลี่ยนการยอมรับ LGBTQ (thaihealth.or.th)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๖, ๒๓ พฤษภาคม). แผนภูมิแสดงข้อมูลสถิติการสำรวจข้อมูลแรงงานไร้บ้าน พฤษภาคม 2023. HomelessONC2023. <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0f311300-ec43-4e98-94d8-04afe56358a8/page/toRTD>
- สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (๒๕๖๓, ๔ เมษายน). มุมมองสิทธิ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๔. ฐานข้อมูลศูนย์สารสนเทศสิทธิมนุษยชน. <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=12102>
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (๒๕๖๖, ๒๐ เมษายน). สถิติการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://newweb.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=310
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (๒๕๖๖). การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๖๒. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป) สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ สิริศิษฐ์ ชูรอด, กิจปติ ก้องเบญจกุล, พศวิวัฒน์ กนกนาค, และสุเมธ รอยกุลเจริญ. (๒๕๖๓). มาตรการทางกฎหมายในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช. *วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์*, ๑๐(๑), ๑๖๔-๑๗๘.
- สุชรินทร์ พิทยานันท์ และ พโรจน์ ภัทรนรากุล (๒๕๕๙). การศึกษานโยบายและมาตรการเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสวัสดิการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทย. *Journal of Multidisciplinary in Social Sciences*, 12(3), 19–37.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ (บก.). (๒๕๕๔). การสาธารณสุขไทย 2551-2553. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ห้องปฏิบัติการนโยบาย. (๒๕๖๕, ๒๒ พฤศจิกายน). ๗ ข้อเสนอแนะนโยบายสุขภาพจิตเยาวชน. Thailand Policy Lab. <https://thailandpolicylab.com/youth-mental-health-policy/>
- หัตยา ขอสันติวิวัฒน์. (2565). ลักษณะครอบครัวและความรุนแรงในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ของบิดาและมารดาในประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 14(1), 160-174.
- องค์การอนามัยโลก. (๒๕๖๐). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social determinants of mental health) (ปริทรรศน์ ศิลปกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปลและเรียบเรียง). เชียงใหม่ : แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต.
- อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, มณฑกานต์ นิยมามี, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, ธนานนท์ บัวทอง, ญานิกา อักษรนำ และ มธุรส ทาวรมย์. (๒๕๕๙). รายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อรรถัย วลีวงศ์. (๒๕๖๔, ๑๒ กุมภาพันธ์). Good Health and Well-being: เมื่อนิยามของสุขภาพดีไม่ได้หยุดอยู่แค่ร่างกายแข็งแรง. SDG MOVE updates moving towards sustainable future. <https://www.sdgmove.com/2021/01/25/sdg-updates-good-health-and-well-being/>
- อำพร เนื่องจกานาค. (๒๕๖๕). สตรีไทยกับความรุนแรงในชีวิตคู่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ๔๙(๒), ๓๙๐-๔๐๒.
- อิษย์อาณิคม์ ชิตวิเศษ. (๒๕๖๕, ๓๐ มิถุนายน). ปลดล็อกโครงสร้างอำนาจทางเพศด้วยนโยบายป้องกัน/แก้ไขปัญหาการคุกคามทางเพศ. think.moveforwardparty.org. <https://think.moveforwardparty.org/article/welfare/2724/>