๑๐. สุขภาพจิต

๑๐.๑ สถานการณ์ ปัญหาและประเด็นท้าทายของสุขภาพจิต

การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้นมา โดยความร่วมมือกันระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของประชาชนไทยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ช่วงคะแนนระหว่าง ๒๗ ถึง ๓๒ จากคะแนนเต็ม ๔๕) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๓๓.๐๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๓๓.๓๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แล้วลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ (๓๒.๑๐) และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (๓๓.๕๙) หลังจากนั้น คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ (๓๑.๕๖) อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอีก (๓๓.๕๓)

รายงานการจัดอันดับอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศทั่วโลกในปี ๒๕๖๒ ของ World Population Review และข้อมูลการฆ่าตัวตายจาก ๑๘๓ ประเทศทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย ๑๔.๔ คนต่อประชากรแสนคน จัดเป็นอันดับที่ ๓๒ ของโลก ส่วนรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย โดยใช้ฐานข้อมูลจากใบมรณะบัตรเท่านั้น (ซึ่งแตกต่างจากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก) ซึ่งข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๓ คิดเป็น ๖.๓๒ ๖.๖๔ และ ๗.๓๗ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเรื้อรัง และในช่วงที่เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ นี้ พบว่า ปัจจัยเรื่องปัญหาเศรษฐกิจมีอิทธิพลมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มประชาชนที่ตกงาน

สำหรับในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า เด็กอายุระหว่าง ๓-๕ ปี มีพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จักตัวเลขต่ำที่สุด (๖๑.๑) และมีพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ต่ำ (๘๔.๘) เมื่อเทียบกับพัฒนาการด้านการเรียนรู้ (๙๙.๐) และด้านกายภาพ (๙๙.๐) ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมและปัญหาทางสุขภาพจิตในอนาคต ส่วนในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เด็กและเยาวชน ๗ ใน ๑๐ คน ที่เข้าร่วมการสำรวจ โดยองค์การ UNICEF ประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เห็นว่าวิกฤติการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ นี้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของตนเอง ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น

ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความเครียดสูง มีผลต่อการเพิ่มความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) และสังคม (social violence) พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากการถูกทำร้าย/ทารุณกรรม (abuse) ทั้งทางร่างกาย (physical abuse) ทางจิตใจ (emotional abuse) ทางเพศ (sexual

abuse) รวมทั้ง การทอดทิ้ง (neglect) รวมถึงกรณีการกลั่นแกล้งรังแก (bully) และการถูกล่วงละเมิด (harassment) ซึ่งจะทิ้งร่องรอยของการบาดเจ็บ (trauma) และความเสียหายต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และทางสังคม ตลอดจนการเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็ก มีผลให้สังคมมีแนวโน้มกระทบกระทั่งกันง่ายมากขึ้น และจากการศึกษาของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ประชาชนจำนวนหนึ่งหันไปใช้สารเสพติด เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายให้สามารถปรับอารมณ์ให้เป็นไปในระดับที่พึงประสงค์ชั่วคราว ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาพบว่า ผู้ติดยาเสพติดในประเทศ สูงถึง ๑.๔ ล้านคน แต่สามารถเข้าระบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ คน สะท้อนภาพว่า ผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ทั้งนี้ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต จากข้อมูลของสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบ การสูญเสียความบกพร่องทางสุขภาพ ในเพศหญิงจะพบความผิดปกติของการรับรู้ และโรคซึมเศร้า ส่วนในเพศชายพบความผิดปกติทางจิต

ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย เน้นความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพจิตที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (service plan) ซึ่งมีโครงสร้างการจัดบริการสุขภาพจิตกระจายอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งหน่วยบริการจิตเวชและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ตลอดจนหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้เพิ่มขึ้นตามสถิติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๖ ๖๐.๐ และ ๖๕.๓ ตามลำดับ อันส่งผลให้การติดตามดูแลในระยะ ๑ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๕ ๙๖.๘ และ ๙๘.๓ ตามลำดับ รวมทั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่สำคัญสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น จากสถิติการเข้าถึงบริการในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เทียบกับ พ.ศ. ๒๕๖๔ โรคจิตเภท เพิ่มจากร้อยละ ๗๘.๙๒ เป็นร้อยละ ๑๐๐ โรคซึมเศร้า เพิ่มจากร้อยละ ๖๑.๒๐ เป็นร้อยละ ๘๓.๕๔ และโรคสมาธิสั้น เพิ่มจากร้อยละ ๑๗.๐๘ เป็นร้อยละ ๓๒.๓๖ นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศยังให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๙๙.๒๐

การเผชิญกับการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ต่อเนื่องยาวนาน มีผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนมีความเครียด ความวิตกกังวล และความตื่นตระหนก จากการมีข่าวลวงเกิดขึ้น (fake news) สถิติจากการเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพจิตประชาชนไทยในประเด็นความตื่นตระหนก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า ค่าเฉลี่ยของความตื่นตะหนกของประชาชนไทย มีค่าแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยสูงสุดที่ ๔.๗๓ ในการระบาดรอบเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

และเมื่อสถานการณ์คลี่คลายลงในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าเฉลี่ยความตื่นตระหนกลดลงเหลือ ๓.๘๓ แต่ยังคงสูงกว่าในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ในช่วงที่พบผู้ติดเชื้อรายวันน้อยมาก อันเป็นผลจากความไม่เข้าใจการระบาดของโรค ทำให้ประชาชนมีความตระหนกและปรับตัวได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคของปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยกรมสุขภาพจิต พบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ๖๕.๕๙ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และยังพบสัดส่วนของประชาชนสูงมากกว่าร้อยละ ๑๐ ที่มีค่าเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

จากสถานการณ์การระบาดนี้ ส่งผลให้มีผู้ที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้สูญเสีย กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพเองที่เริ่มมีภาวะเครียดและอ่อนล้า นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อในระยะยาว คือ ผู้ป่วย Long COVID-19 ที่เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ภายหลังการติดเชื้อ สะท้อนถึงประชาชนจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพจิต และต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม กรมสุขภาพจิต จึงได้จัดทำนวัตกรรม Mental Health Check In เพื่อให้ประชาชนสามารถคัดกรองสุขภาพจิตและดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ใน ๔ ประเด็น ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และจัดให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือดูแลและเยียวยาจิตใจตามกระบวนการ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดอันตรายร้ายแรง ที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายหรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ผ่านการขับเคลื่อนงานในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ ผ่านแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) เฉกเช่นเดียวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ขับเคลื่อนงานผ่านธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในรูปแบบการรวมพลังจากทุกภาคส่วน ทั้งรัฐ เอกชน ประชาสังคม เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วม โปร่งใส และสามารถตรวจสอบการดำเนินงานได้ ทั้งนี้ กลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติดังกล่าว มุ่งให้เกิดการอภิบาลระบบสุขภาพจิตที่ดี ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ให้เกิดความเป็นธรรม ทั่วถึง และเท่าเทียม โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะสามารถจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชได้เพิ่มขึ้น แต่สถานะทางสุขภาพจิตของคนไทยยังคงเป็นปัญหาอยู่ ไม่ว่าจะในประเด็นคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย ที่ยังมีรูปแบบ

ขึ้นลง ปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน และปัญหาสุขภาพจิตที่มาพร้อมกับปัญหาสุราและสารเสพติด ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นผลกระทบจากภาวะวิกฤติการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ดังนั้น ช่องว่างของปัญหาสุขภาพจิตที่ยังคงมีอยู่ในประเทศไทย คือ ประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม ส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพจิต อันเกิดจากอุปสรรคในช่วงการระบาดของโรค และส่วนหนึ่งไม่สามารถฟื้นคืนความเข้มแข็งทางใจให้กลับมาเป็นปกติสุขได้ ดังนั้น การบูรณาการงานดูแลสุขภาพจิตร่วมกับงานดูแลสุขภาพกาย จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายในภาวะที่บุคลากรสาธารณสุขมีภารกิจหลักในการดูแลสุขภาพประชาชน ให้ปลอดภัยจากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ดังนั้นประเด็นสุขภาพจิตที่ต้องดำเนินการในระยะ ๕ ปีนี้ คือ การรวมพลังทางสังคมทุกภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ทั้งองค์กรภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคม ในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกัน ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการบูรณาการระบบสุขภาพจิตกับระบบสุขภาพกาย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ด้วยการจัดบริการสุขภาพจิตในรูปแบบใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตในประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน คนพิการ คนชายขอบ ผู้ต้องขัง เป็นต้น รวมทั้งการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสังคม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิตจากทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อรับมือกับวิกฤตการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐.๒ เป้าหมายของสุขภาพจิต ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

๑๐.๒.๑ ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ รวมทั้งมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ

๑๐.๒.๒ ประชาชนไทยทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (early detection) เพื่อป้องกันและลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช รวมทั้งจัดระบบงานและระบบบริการสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนไทยทุกกลุ่ม ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ

๑๐.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิต ในระยะ ๕ ปี

๑๐.๓.๑ เร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (mental health literacy) เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ และให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของข่าวสารที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งทางใจ ให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตที่เป็นสุขได้ในภาวะปกติ และสามารถก้าวผ่านปัญหาในทุกวิกฤติให้กลับมามีชีวิตที่เป็นปกติสุขได้ ดังนี้

๑) สร้างภูมิคุ้มกันทางใจหรือความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนส่งเสริมระบบที่เอื้อต่อการเปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาส เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนร่วมมือกันเผชิญกับปัญหา หรือวิกฤติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และแก้ไขปัญหาจนสามารถก้าวข้ามปัญหาไปได้ และฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว

๒) เสริมสร้างทักษะชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น หรือเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่ถูกทำร้าย/ทารุณกรรม ให้เป็นปัจจัยปกป้องในการพัฒนาตนเอง โดยใช้หลักการเสริมคุณค่าภายในตนเอง ให้มีความเข้มแข็งด้านจิตใจ ที่จะเผชิญปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ ในชีวิต จนสามารถปรับตัว พร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลงในสังคม ตลอดจนเสริมความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพจิตในโรงเรียน/สถานศึกษา เช่น การเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาจากครู/อาจารย์

๓) บูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมถึงกลไกอื่น ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจิตและบริการทางสุขภาพจิต ทำให้เกิดการจูงใจตนเอง ให้มีการเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพจิตตนเอง และคงรักษาสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง รวมถึงช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

๔) พัฒนาการสื่อสารสังคมที่ทันสมัยและเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ผสมผสานกับการสื่อสารในชุมชนผ่านช่องทางที่หลากหลาย

๕) ส่งเสริม สนับสนุนครอบครัว ชุมชน ซึ่งหมายรวมถึง สถานศึกษา สถาบันทางศาสนา ตลอดจน องค์กร/องค์การทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีบทบาทนำการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต แก่สมาชิกของครอบครัว ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย

๖) จัดระบบจิตอาสาในสังคม ให้สอดรับกับความต้องการดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพจิต ให้สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาและดูแลจิตใจเบื้องต้น อย่างเหมาะสมตามกลุ่มวัย

๑๐.๓.๒ สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในระยะก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (early detection) เพื่อกำจัดภัยคุกคามสุขภาพจิตก่อนป่วย รวมทั้งปรับเปลี่ยน

ระบบงานสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ เน้นให้บริการกับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ไม่จำกัดแค่การจัดบริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเท่านั้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งต่อเนื่อง ยั่งยืน ให้ระบบงานสุขภาพจิต พร้อมรับมือกับวิกฤตการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและประชาชน ดังนี้

๑) ให้ชุมชนร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิต สนับสนุนการจัดตั้ง “กลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (self-health groups/social support groups)” ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่สุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งของการพูดคุยสนทนา ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบของการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น เวทีเสวนา/ประชาคมหมู่บ้าน สภากาแฟสุขภาพจิตดี ลานธรรมส่งเสริมสุขภาพจิต อีกทั้งยังเป็นกลไกที่สามารถปรับลดความแตกต่างทางความคิด คือ ปัญหาการไม่ยอมรับความคิดที่แตกต่างกัน สร้างเวทีที่เปิดกว้างทางความคิด เห็นความแตกต่างเป็นเรื่องของการเรียนรู้ ไม่สร้างความเกลียดชัง หรือดูถูกความคิดเห็นที่แตกต่าง อันจะนำไปสู่การเคารพความคิดเห็นที่แตกต่าง และการหาทางออกและคลี่คลายอย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมมือกันในการเผชิญปัญหา หรือวิกฤติต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้ชุมชนฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

๒) จัดบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางด้านสุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่ต้องอยู่ร่วมกับอาการเจ็บป่วยมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ อันอาจจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีปัญหาการสูญเสียใดที่อาจจะต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

๓) เตรียมความพร้อมให้หน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งทีมปฏิบัติการต่าง ๆ ให้มีความเข้มแข็งที่จะรับมือกับภาวะวิกฤติ ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์วิกฤติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติ

๔) สร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติต่าง ๆ เช่น การสูญเสียจากภัยธรรมชาติ จากอุบัติภัยต่าง ๆ รวมถึงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อย่างการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้คำแนะนำถึงช่องทางการปรึกษา ให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ ตลอดจนส่งต่อระบบบริการตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ

๕) พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตของเครือข่าย และภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้เทคโนโลยีรูปแบบใหม่และทันสมัย เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพจิตแนวใหม่

๖) ปฏิรูประบบข้อมูล เพื่อใช้ดำเนินการด้านสุขภาพจิตเชิงรุก โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกันแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ เช่น การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ระบุตัวกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็น

ผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน คนพิการ คนชายขอบ ผู้ต้องขัง ฯลฯ เพื่อประสานเครือข่ายระดับพื้นที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๑๐.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของสุขภาพจิต ในระยะ ๕ ปี

<u>แนวทางการวัดผลสำเร็จ ในระยะ ๑ - ๓ ปี</u>

๑) ชุมชน/องค์กรมีแผน/กิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทที่เหมาะสม

๒) ชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม

๓) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

๔) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต

<u>แนวทางการวัดผลสำเร็จ ในระยะ ๕ ปี</u>

๕) ค่าคะแนนเฉลี่ยประชาชนไทยมีสุขภาพจิต

๖) ค่าคะแนนเฉลี่ยประชาชนไทยมีความเข้มแข็งทางใจ

๗) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนไทย