



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง ยกระดับความรอบรู้สุขภาพจิต  
ด้วยทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต ดิจิทัล

MIT: Mental Influence Team (มิตร)

จัดทำโดย นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล  
รหัส 9880

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 98  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.

ประจำปี 2566

ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง ยกระดับความรอบรู้สุขภาพจิต  
ด้วยทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต ดิจิทัล  
MIT: Mental Influence Team (มิตร)

จัดทำโดย นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล  
รหัส 9880

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 98  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2566

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



## สำนักงาน ก.พ.

เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตร  
นักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม ของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ

อาจารย์ปัทมา เอียร์วิศิษฐ์สกุล  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

อาจารย์สุชาดา ไทยบรรเทา  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

อาจารย์ระรินทิพย์ ศิโรรัตน์  
อาจารย์ที่ปรึกษา

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กรมสุขภาพจิต ได้กำหนดให้งานสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ประชาชนเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ หากประชาชนเกิดความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดีจะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ได้ กรมสุขภาพจิต จึงจัดทำยุทธศาสตร์การยกระดับความรอบรู้สุขภาพจิตให้ประชาชนในระดับมากถึงมากที่สุดจากเดิม ร้อยละ 65 ในปี 2565 ให้สูงขึ้นเป็นร้อยละ 80 ในปี 2570 ทั้งนี้สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีปริมาณมากขึ้นในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลภาครัฐทุกระดับทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษามักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบส่งผลให้เกิดเหตุความรุนแรง ทั้งนี้เหตุภัยวิกฤตทั้งทางธรรมชาติและน้ำมือของมนุษย์ล้วนแต่สร้างความตื่นตระหนกแก่สังคมและมีผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจทั้งโดยตรงและทางอ้อมจนเกิดปัญหาสุขภาพจิต

โรคความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) จากเหตุการณ์วิกฤตที่ผ่านมาพบผู้ประสบเหตุการณ์เข้ารับบริการประเมินภาวะสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ ทั้งนี้ผู้ประสบเหตุการณ์ที่เป็นกลุ่มญาติผู้เสียชีวิตหรือผู้บาดเจ็บ มีความเครียดมากถึงมากที่สุดซึ่งต้องติดตามต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) คาดการณ์ผู้ได้รับผลกระทบมีปัญหาด้านสุขภาพจิตรุนแรงรวมถึงเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder, PTSD) ร้อยละ 10

ปรากฏจากกรณีเหตุการณ์หนองบัวลำภูที่ผ่านมา ได้มีกระบวนการสื่อสารเร่งด่วนภายใน 2 ชั่วโมงให้ผู้สื่อข่าวเสนอข่าวอย่างระมัดระวัง หยุดเผยแพร่ภาพความรุนแรง และวางแผนให้ทีมสุขภาพจิตดูแลพื้นที่ให้เผยแพร่ข่าวอย่างรัดกุม ส่งผลให้ผู้สื่อข่าวและประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตที่เหมาะสม เข้าใจการดูแลตัวเองไม่ตื่นตระหนกจนเกินไป ที่สำคัญพบว่าผู้ประสบเหตุการณ์กลุ่มญาติผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ ญาติผู้บาดเจ็บ มีความเครียดมากถึงมากที่สุดได้รับการเยียวยาจิตใจอย่างเหมาะสม เลี่ยงการรับข้อมูลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ร้อยละ 99.67 และพบว่ามีอาการคล้าย PTSD เพียง 4 ราย ดังนั้นการหยุดนำเสนอหรือส่งต่อภาพความรุนแรงต่างๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบโรคเครียดภายหลังภัยอันตราย และคำแนะนำในการดูแลจิตใจกับกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการเผยแพร่ข่าวที่ทันเวลา แม่นยำและรวดเร็ว “เพื่อนำสื่อ ก่อนสื่อ” กระจายทางดิจิทัลในทุกช่องทางสื่อ อีกทั้งติดตามและเฝ้าระวังการตอบสนองต่อข่าวเพื่อจัดการข้อมูลในการสื่อสารแก่สื่อมวลชน ดังนั้นการให้ข้อมูลจากภาครัฐที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรอติดตามข้อมูลที่มีคุณภาพไว้เผยแพร่

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** คือ การยกระดับความรอบรู้สุขภาพจิต ด้วยทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต ดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต ดูแลตัวเองได้ และส่งต่อขอความช่วยเหลือได้ ได้แก่

1. **จัดตั้งทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต MIT : Mental Influence Team (มิตร)** ซึ่งเป็นทีมที่ได้รับการพัฒนาด้านการสื่อสารข้อมูลและความรู้วิกฤตสุขภาพจิต และสนับสนุนการดำเนินงานของทีมปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ประสานงานสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในพื้นที่ได้ ได้แก่ ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ (Incident Command System: ICS) จังหวัด เจ้าหน้าที่สื่อสารในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ประชาสัมพันธ์จังหวัด ผู้นำระดับจังหวัด/พื้นที่ และสื่อมวลชน **ทั้งนี้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ**

2. **พัฒนานักสื่อสารความรู้สุขภาพจิตเชิงรุก** ด้วยองค์ความรู้ “รู้ อยู่ รอด” ด้วยการสื่อสารสุขภาพจิตที่ดีแก่ทีม MIT ได้รับการเสริมทักษะโน้มน้าวต่อความคิดและการตัดสินใจในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตเชิงบวก และเผยแพร่เรื่องราวต่างๆ ทั้งในพื้นที่และโลกออนไลน์ ซึ่งรับผิดชอบโดย**กรมสุขภาพจิต**

กลไกหลักในการขับเคลื่อนงานสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ **กรมสุขภาพจิต** ซึ่งเป็นกรมวิชาการด้านสุขภาพจิต (โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต) และ**เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข** ซึ่งเป็นหน่วยดำเนินการนโยบายในพื้นที่ อันได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลทุกระดับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ให้การดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง และบูรณาการหน่วยงานพื้นที่ระดับจังหวัด และอำเภอของกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย ท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม และสื่อท้องถิ่น เป็นต้น **ปัจจัยความสำเร็จ**ของดำเนินงาน MIT ที่สำคัญ ได้แก่ แต่งตั้งคณะทำงานรับผิดชอบระดับพื้นที่และส่วนกลาง มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสอดคล้องกับ MCATT มีข้อมูลน่าเชื่อถือและที่เข้าถึงได้ไว้อิสระทันท่วงที และสามารถเผยแพร่ช่องทางสื่อสารดิจิทัลที่หลากหลายได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม**ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบ**ในการดำเนินการทีมMIT ได้แก่ บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน แผนการสื่อสารวิกฤติในระยะต่างๆไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ขาดทักษะและเทคนิคการสื่อสารเชิงบวกในภาวะวิกฤต และขาดการทบทวนปรับปรุงกลยุทธ์การสื่อสาร ถอดบทเรียนแต่ละพื้นที่

## กิตติกรรมประกาศ

ด้วยความเคารพและขอบพระคุณอย่างสูงแด่ แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ซึ่งกรุณาให้โอกาส คำชี้แนะ ข้อคิด พร้อมให้พลังใจ สนับสนุนการอบรมและพัฒนาศึกษาโครงการครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ปัทมา เจริญวิเศษสุกุล อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม Individual Study ที่ให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ เพื่อสะท้อนการทำโครงการนี้และการบริหารงานในอนาคตให้สอดคล้องชัดเจนมากขึ้น หวังผลให้ผู้ศึกษาบรรลุตามจุดหมายที่คาดหวังไว้ และกำลังใจในการพัฒนางานตลอดโครงการครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์สุชาดา ไทยบรรเทา และอาจารย์ระรินทิพย์ ศิโรรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษา Individual Study ที่ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการพัฒนางานโครงการครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.พญ.เบญจมาศ พุกกานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมกรสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และคุณประภาศรี ปัญญาวิชชัย นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ หัวหน้าวิชาการสำนักความร่วมมือสุขภาพจิต ที่ประเมินการเข้ารับการอบรมหลักสูตรและให้กำลังใจในการศึกษานี้

ขอขอบคุณบุคลากรสำนักความร่วมมือสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้แก่ คุณพนิดา สีนาวะ นักวิชาสาธารณสุขปฏิบัติการ ดร.นรมล ทองเปลี่ยน นักประชาสัมพันธ์ปฏิบัติการ คุณชีวันนัท เกาทัณฑ์ นักวิชาสาธารณสุขปฏิบัติการ คุณกวิณพัฒน์ ธนมงคลธีรัตน์ นักวิชาการเผยแพร่ และดร.ดรุณี คุณวัฒนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ปทุมธานี จ.นครราชสีมา ที่ช่วยนำเข้าสู่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาโครงการครั้งนี้ รวมทั้งคุณอมรรัตน์ ทองกราว เลขาธิการสำนักฯและทีมเจ้าหน้าที่ สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต ที่สนับสนุนให้กำลังใจตลอด

ขอขอบคุณเพื่อนๆ นบส.รุ่น 98 กลุ่ม 8 ที่รักเคารพทุกท่าน ได้แก่ คุณอภิรชญา ชัยติกุล ให้ข้อมูลสำคัญช่วยกำกับการทำรายงาน คุณสัจจะ โชคบุญส่งสวัสดิ์ ให้คำแนะนำและตัวอย่างการเขียนงานการศึกษาที่ดี คุณชิตชัย สุทธิภูมิล ให้คำแนะนำการเขียนการพัฒนาตนเอง คุณสิทธิชัย งามเกียรติขจร ให้ตัวอย่างการนำเสนอที่ดี คุณกำไล อ่างแก้ว ส่งตัวอย่างรายงานรุ่นอื่นให้ศึกษา คุณชัชพล สายะพันธ์ อัดบันทึกเสียงการนำเสนอให้ทบทวน คุณอภิรักษ์ แพฟ่าง ช่วยชี้ประเด็นจากอาจารย์และคอยให้กำลังใจ คุณสุนทร สุนทรสนาน หมั่นชื่นชมและมีแฟนคลับติดตามและคุณวิธิร์ พานิชวงศ์ เป็นหัวหน้ากลุ่มและทำงานกลุ่มอย่างดีช่วยให้เรามีเวลาทำรายงานส่วนบุคคลฉบับนี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ นบส.รุ่น 98 กลุ่ม 6 , 7 , 9 ทุกคน ที่ร่วมรับฟังการนำเสนอ ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ และได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนมุมมองงานร่วมกัน รวมทั้งเพื่อนๆ นบส.รุ่น 98 ทุกคน ที่ร่วมใช้เวลาแบ่งปันกำลังใจกัน

ขอขอบคุณ คุณอริยะ สกุลแก้ว ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักรบริหาร สำนักงาน ก.พ.จัดทำหลักสูตรที่มีคุณภาพ สนับสนุนคณาจารย์ที่เปี่ยมด้วยองค์ความรู้ และเจ้าหน้าที่ กพ. ทุกคนที่เอื้อประสานการเรียนรู้เพื่อศึกษาในครั้งนี้

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล

29 สิงหาคม 2566

## สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
<b>1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย</b>	<b>1</b>
1.1 การวิเคราะห์บริบทและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	1
1.2 ตำแหน่งรองอธิบดีที่เป็นเป้าหมาย	6
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	7
<b>2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ</b>	<b>8</b>
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	8
2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย	21
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	30
<b>3. แผนพัฒนาตนเอง</b>	<b>32</b>
3.1 การวิเคราะห์ตนเอง	32
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	33
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	36
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	
ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป ปี 2565 (รายด้าน)	10
ตารางที่ 2 ระยะเวลาในการตอบสนองต่อข่าวของทีมสื่อสารสุขภาพจิต (มิตร)	26
ตารางที่ 3 แผนงบประมาณพัฒนากลไกยกระดับความรอบรู้สุขภาพจิตด้วยทีมสื่อสารสุขภาพจิตดิจิทัล	28



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ความสอดคล้องของแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขระยะ 5 ปี	2
ภาพที่ 2 สถานการณ์ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปี 2565	11
ภาพที่ 3 การปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพจิตตามความรุนแรงของวิกฤต	13
ภาพที่ 4 ประเด็นการสื่อสารข่าวสุขภาพจิตทางดิจิทัล ในช่วงสถานการณ์จังหวัดหนองบัวลำภู	15
ภาพที่ 5 สถิติปัญหาสุขภาพจิตผู้ที่ได้รับผลกระทบเหตุการณ์หนองบัวลำภู ฐานข้อมูลระบบ CMS (Crisis Mental Surveillance)	16
ภาพที่ 6 เปรียบเทียบรายงานผลการดำเนินงานสถานการณ์วิกฤตจังหวัดนครราชสีมาและหนองบัวลำภู	17
ภาพที่ 7 ผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและความรุนแรงออนไลน์ (Social Listening)	18
ภาพที่ 8 ภาวะโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ PTSD	21
ภาพที่ 9 กระบวนการประเมินความยืดหยุ่นในการประเมินตัดสินใจ Cognitive appraisal of resilience (CAR) model	23
ภาพที่ 10 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอในการดำเนินงานสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต SWOT	24
ภาพที่ 11 กรอบแนวคิดกลไกเสริมสร้างความเข้มแข็ง สื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต สู่ระดับส่วนกลางและภูมิภาค	24
ภาพที่ 12 แนวทางการทำงานระหว่างทีม MCATT และทีม MIT	25
ภาพที่ 13 การสื่อสารข่าวในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตที่ดี	26
ภาพที่ 14 แบบจำลอง Infinity-shape : Mental Health Literacy “รู้ อยู่ รอด”	27
ภาพที่ 15 แผนการปฏิบัติการสื่อสารความเสี่ยงวิกฤตสุขภาพจิต	29
ภาพที่ 16 แผนผังระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับกระทรวงสาธารณสุข	30

## สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางสู่ภูมิภาค	5
แผนภูมิที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	12
ข้อมูลโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2566	

# 1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## 2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

### 2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา: ยกระดับความรอบรู้สุขภาพจิตด้วยทีมสื่อสารสุขภาพจิต ดิจิทัล

#### 2.1.1 นิยาม

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL)** หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่อง สุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กรมอนามัย, 2560)

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health literacy: MHL)** หมายถึง ความสามารถของบุคคล และสังคมในการเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้และมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับ สุขภาพจิตทำให้บุคคลและสังคมตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต สามารถนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการตัดสินใจ จัดการเพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2562)

**วิกฤตสุขภาพจิต (Mental Crisis)** หมายถึง ภาวะเสียสมดุลทางอารมณ์และจิตใจจากสถานการณ์ หรือเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความว้าวุ่น สับสนและความผิดปกติที่คนเราไม่สามารถจะใช้วิธีคิดและ การปฏิบัติที่เคยใช้ได้ไปในภาวะปกติ

**ภัยพิบัติ** หมายถึง เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่มี อันตรายรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับประเทศชาติ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือโดยความ ร่วมมือจากหลายหน่วยงานเพื่อให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งภัยพิบัติแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ **ภัยพิบัติ ที่เกิดจากธรรมชาติ (Natural Disaster)** เช่น อุทกภัย ดินโคลนถล่ม วาตภัย คลื่นสึนามิ การเกิดไฟป่า ภัยแล้ง แผ่นดินไหว โรคระบาด ฯลฯ **ภัยพิบัติที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (Human Disaster)** เช่น อุบัติเหตุหมู่ ไฟไหม้ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ สถานการณ์วิกฤตทางการเมือง กรณีจับตัวประกัน กรณีการพยายามทำร้ายตัวเอง การรั่วไหลของสารเคมี ฯลฯ

**การดูแลวิกฤตสุขภาพจิต (Mental Crisis Care )** หมายถึง การใช้ความช่วยเหลือเยียวยาจิตใจแก่ ผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตโดยการประเมินภาวะสุขภาพจิต คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูและ ติดตามดูแลต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยง ทั้งนี้การเยียวยาระยะแรกเรียกกันว่า การปฐมพยาบาลทางใจ (Primary First Aids : PFA)

**ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT)** หมายถึง ทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน ด้านสุขภาพจิต และผู้ที่เกี่ยวข้องขึ้นครอบคลุมทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตแต่ยังมีข้อจำกัดด้าน อัตรากำลังของทีม MCATT ในปัจจุบันที่ยังไม่เพียงพอสำหรับเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ วิกฤตที่จะเกิดขึ้น

**ทีมสื่อสารสุขภาพจิต Mental Influence Team: MIT(มิตร)** หมายถึง ทีมสื่อสารบุคคลด้านสุขภาพหรือนักวิชาการสาธารณสุข บุคคลที่มีทักษะโน้มน้าวต่อความคิด และการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายในด้านสุขภาพจิตเชิงบวกและมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และเผยแพร่เรื่องราวต่างๆ ทั้งในพื้นที่และโลกออนไลน์ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ความรู้ในสถานการณ์วิกฤต และสนับสนุนการดำเนินงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆ ได้แก่ ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ (Incident Command System: ICS) จังหวัด ฝ่ายสื่อสารในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายสื่อสารในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ประชาสัมพันธ์จังหวัด ผู้นำระดับจังหวัด/พื้นที่ และสื่อมวลชนทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เช่น NNT, Radio Thailand NBT ฯลฯ

### 2.1.2 สถานการณ์ปัญหา

**สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช** ปี 2562 พบประชาชน 1 ใน 7 (15%) มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีปัญหาจากการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ปี 2566 มีอัตราการเข้าถึงบริการจิตเวช (Accessibility Rate) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 88.01 โรคออทิสติก ร้อยละ 56.90 โรคสมาธิสั้นร้อยละ 34.52 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการต่อเนื่องร้อยละ 43.31 และ สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ปี 2565 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 อันดับโรคแรก เรียงตามลำดับดังนี้ 1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวช (301,115 ราย) 2) โรคจิตเภท (231,236 ราย) 3) โรคซึมเศร้า (226,486 ราย) 4) โรคสมาธิสั้น (58,788 ราย) และ 5) พยายามฆ่าตัวตาย (15,768 ราย),แนวโน้มตั้งแต่ปี 2562 - 2565 ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยทั้ง 5 อันดับข้างต้น (กรมสุขภาพจิต) **สาเหตุสำคัญของเหตุรุนแรงที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยจิตเวช** คือ 1) **การมีภาวะสุขภาพจิตอาจมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงขึ้น**เนื่องจากสภาวะที่ไม่สมดุลของสารเคมีในสมองสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ 2) **การใช้สารเสพติดหรือโรคสมองติดยา**ซึ่งอาจเป็นส่วนผสมของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรง 3) **ปัจจัยทางสังคม** เช่น การมีประสบการณ์ในการถูกทำร้ายหรือการเลือกใช้ความรุนแรงเป็นวิธีการแก้ไขปัญหา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น และ 4) **ขาดการดูแล** เช่น กินยาต่อเนื่องได้ เพราะในบางรายเมื่อขาดยาจิตเวชจะทำให้ขาดการควบคุมอารมณ์ ขาดสติ และในกรณีผู้เสพติดจะหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ง่าย ซึ่งสัมพันธ์กับการก่อเหตุรุนแรงจนสร้างความตื่นตระหนกให้กับสังคม (ที่มา: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

**สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา** จากข้อมูลรายงานระบบการบำบัดรักษายาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษายาเสพติด 368,467 ราย ปี 2564 จำนวน 180,147 คน ปี 2565 จำนวน 99,679 คน และปี 2566 จำนวน 61,820 คน เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 69,396 คน เข้ารับการรักษาบำบัด จำนวน 61,820 คน จำแนกเป็นผู้ใช้ที่ยังไม่พบอันตรายต่อร่างกาย (User) จำนวน 4,453 คน ทั้งนี้ การจำหน่ายยาเสพติดใน

โลกออนไลน์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ทำให้เยาวชนที่ขาดภูมิคุ้มกันทางใจและขาดการตระหนักรู้เท่าทันอันตรายเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายขึ้น ผู้เสพที่พบอันตรายต่อร่างกาย (Abuse) จำนวน 36,683 คน และผู้ติดแล้ว (Dependence) จำนวน 20,050 คน และผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี (Retention Rate) ร้อยละ 58.24

**สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต** จากการสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2560 ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2560) พบคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.87 และพบว่ามิติที่มีคะแนนต่ำประกอบไปด้วย ความรู้ในการค้นหาข้อมูลสาระด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 27.5 ความรู้ความเชื่อในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต ร้อยละ 36.4 และการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งที่มีความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 49.0 ยิ่งไปกว่านั้นคือคนไทยส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิตในแง่ของการสังเกตตนเองต่อปัญหาสุขภาพจิตและการขอรับบริการที่อยู่ในระดับที่ต่ำ

นอกจากนี้จากการรายงานการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตคนไทย ประจำปี พ.ศ. 2565 กรมสุขภาพจิต พบว่าคนไทยมีผลรวมทุกด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดีขึ้น โดยอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 ระดับมาก ร้อยละ 26.3 และระดับน้อย ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ

	น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เข้าถึง</b>	811	8.9	2482	27.1	1169	12.8	4681	<b>51.2</b>
<b>เข้าใจ</b>	715	7.8	2255	24.7	1899	20.8	4274	46.7
<b>ซักถาม</b>	690	7.5	2764	30.2	1408	15.4	4281	46.8
<b>ตัดสินใจ</b>	564	6.2	2369	25.9	1451	15.9	4759	52.1
<b>การปฏิบัติ</b>	1204	13.2	3156	34.5	1741	19	3042	<b>33.3</b>

### ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป, ปี 2565 (รายด้าน)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าจำนวนประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตแต่มีจำนวนการนำไปปฏิบัติจนเกิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ไม่มากนัก และเมื่อพิจารณาข้อมูลรายข้อ พบว่าความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิตที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันทบอได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นรุนแรงจนต้องขอคำปรึกษา/รับบริการทางการแพทย์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า การยอมรับและให้โอกาสผู้อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับโอกาสเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยทางจิต รองลงมาได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องรับฟัง และที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ผู้ป่วยทางจิตเวชควรได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิตในแง่ของการ

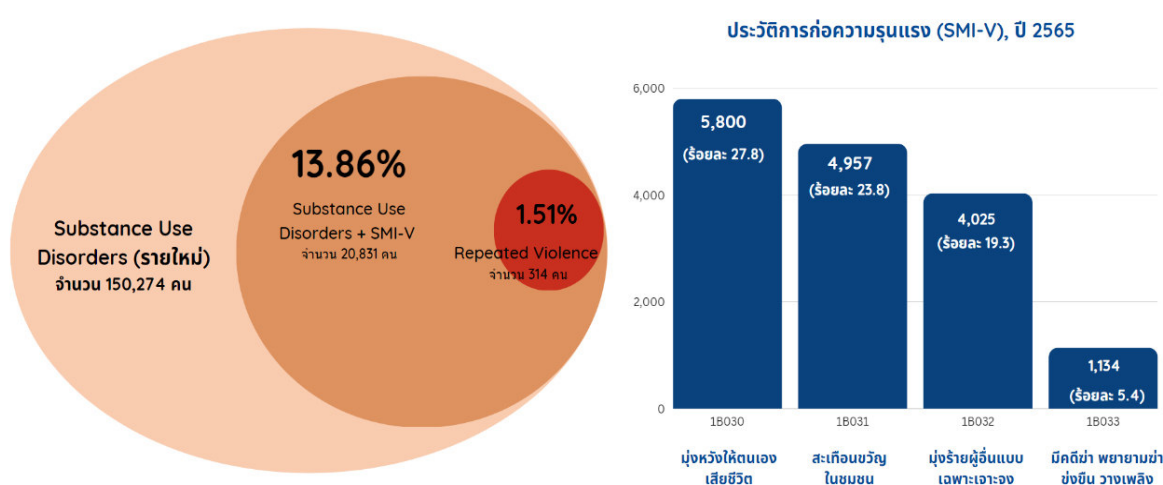
เข้าถึงบริการที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำเมื่อเทียบกับมิติอื่นๆ และยังพบว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีร้อยละของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยเมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่น การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่ใช้ยาสูบต่างๆ ต้มเหล้า เปียร์ทุกวัน ใช้สารเสพติดหรือเคยใช้สารเสพติดจำพวกกัญชา ยาบ้า ไอซ์ มีระดับความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับต่ำ ดังนั้น การที่คนไม่ขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่หรือสถานบริการอาจเพราะกลัวถูก Stigma หรือมีความกังวลใจว่า คนจะมองว่าตนนั้นบ้า ทำให้ไม่เข้ารับบริการ

**การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจิต** จากโทรทัศน์ทุกวัน ร้อยละ 37.0 รองลงมาเฟสบุ๊ค ร้อยละ 33.3 และเคยไม่รับข่าวสารจากสายด่วน 1323 หรือ Application Mental Health ประมาณร้อยละ 40 และการสื่อสารความเสี่ยงในยามที่ไม่ปกติ ช่องทางเว็บไซต์ ช่องทาง Face-to-Face Communication ต้องประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย

### 2.1.3 แนวโน้มสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้นและการดำเนินการสื่อสารเฝ้าระวัง

ผู้ป่วยยาเสพติดที่ส่งสัยอาการทางจิตและพฤติกรรมก่อความรุนแรง สะสมตั้งแต่ ปี 2559-2565 รวมทั้ง 54,717 คน กระจายทั่วทุกเขตสุขภาพ (ที่มา: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต) ซึ่งในปี 2565 พบผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness – High Risk to Violence; SMI-V) จำนวน 20,831 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.86 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิตร้อยละ 27.8 ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อความรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชนร้อยละ 23.8 ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด มีความคิด ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจงร้อยละ 19.3 ผู้ป่วยก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) ร้อยละ 5.44 และเคยมีประวัติก่อความรุนแรงร้อยละ 1.5

สถานการณ์ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ปี 2565 กระทรวงสาธารณสุข



\*Substance Use Disorders (สะสม ปี 56-66) จำนวน 692,498 คน

\*ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต (สะสม ปี 56-66) จำนวน 2,581,660 คน

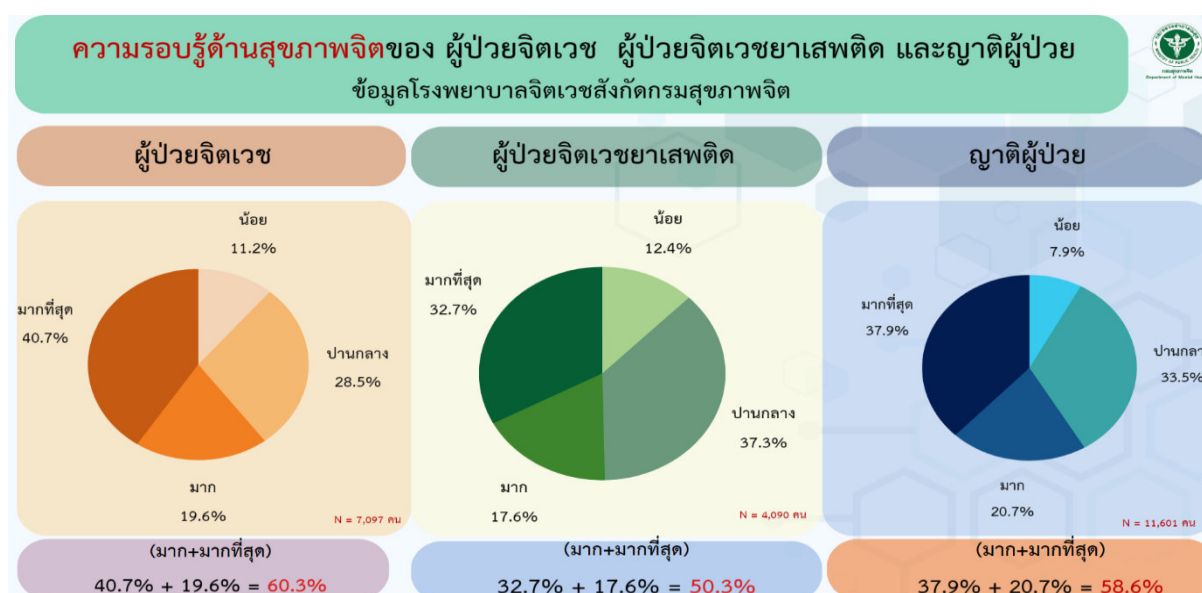


สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ที่มา : รณนฐานันท์ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ณ วันที่ 14 ธันวาคม 2565 จัดทำโดย : น.ส.พนิดา สีนาวะ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ภาพที่ 2 สถานการณ์ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปี 2565

ในขณะที่สถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยยาเสพติด ปี 2566 ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากและญาติผู้ดูแลระดับความรอบรู้บางส่วนต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การใช้สารเสพติดมีผลกระทบที่มีความรุนแรงต่อสุขภาพของผู้ใช้สารเสพติดตั้งนั้นหากประชาชนไม่ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความล่าช้าในการค้นหาความรู้หรือการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่การไม่ยอมรับการรักษาจิตเวชได้ หากปัญหาเสพติดยังคงเป็นเช่นนี้อย่างต่อเนื่องและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังไม่เป็นที่เข้าใจที่แพร่หลายทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในลต ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติด กลุ่มญาติ และประชาชนทั่วไปไม่เข้าใจถึงปัญหาสุขภาพจิต อาจก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยก่อความรุนแรงในชุมชน สังคม และระดับชาติได้ (ที่มา:สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)



## แผนภูมิที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติด

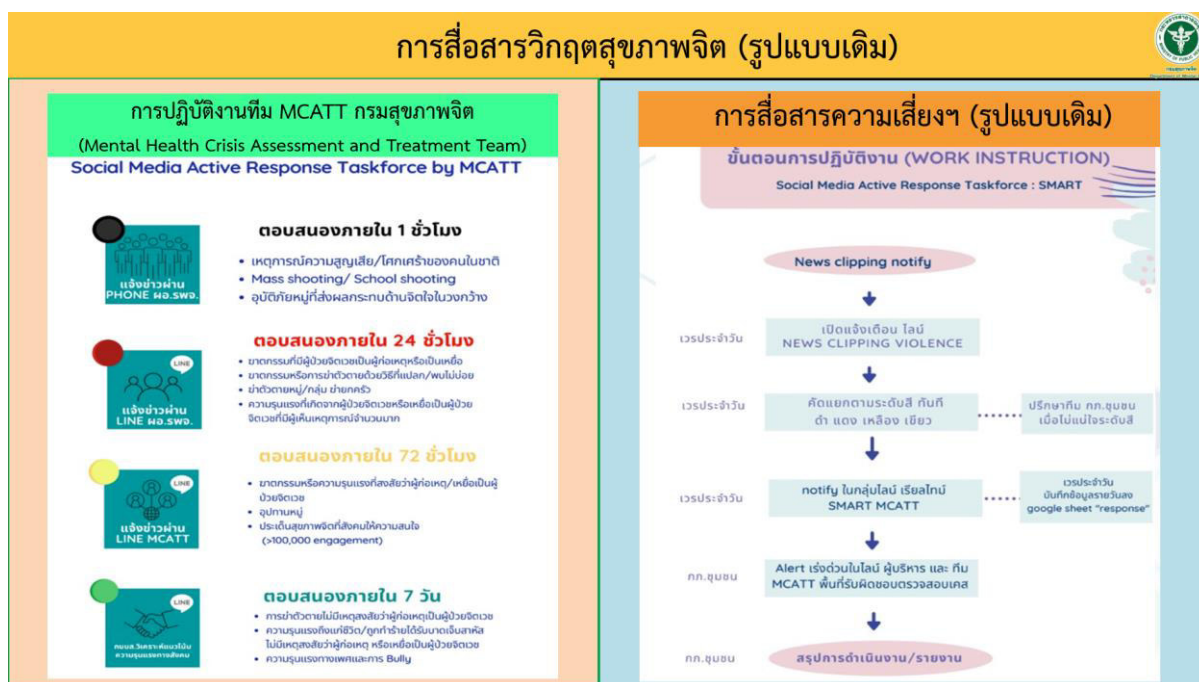
ข้อมูลโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต, ปี 2566

ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นลักษณะหรือคุณลักษณะที่สามารถพัฒนาได้และช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตได้ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ระบุว่า การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในมาตรการที่สำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ต่อมากรมสุขภาพจิตได้บรรจุนโยบายการเสริมสร้างให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL)

ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตได้พัฒนา การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตและความรุนแรง ด้วยข้อมูลดิจิทัลออนไลน์ Social Listening เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤต (News Clipping notify) ดังนี้

- (1) เวิร์กประจำวันทีม News Clipping แจ้งในไลน์กลุ่ม News Clipping Violence
- (2) เวิร์กประจำวันทีม Social Media Active Response Taskforce : SMART วิเคราะห์สถานการณ์ตามเกณฑ์การคัดแยก 4 ระดับ และรายงานทันที เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และทันเหตุการณ์





**ภาพที่ 3 การปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพจิตตามความรุนแรงของวิกฤต**

เกณฑ์การคัดแยกสถานการณ์ 4 ระดับ ดังนี้

- **สีดำ:** ตอบสนองภายใน 1 ชั่วโมง เช่น เหตุการณ์ความสูญเสีย/โศกเศร้าของคนในชาติ, Mass Shooting/School Shooting, อุบัติเหตุหมู่ที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง
- **สีแดง:** ตอบสนองภายใน 24 ชั่วโมง เช่น ฆาตกรที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ก่อเหตุหรือเป็นเหยื่อ, การฆ่าตัวตายด้วยวิธีแปลก/พบไม่บ่อย, ฆ่าตัวตายหมู่/กลุ่ม/ฆ่าคนกริ้ว, ความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหรือเหยื่อเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีผู้เห็นเหตุการณ์จำนวนมาก
- **สีเหลือง:** ตอบสนองภายใน 72 ชั่วโมง เช่น ฆาตกรหรือความรุนแรงที่สงสัยว่าผู้ก่อเหตุ/เหยื่อเป็นผู้ป่วยจิตเวช, อุกาทานหมู่, ประเด็นสุขภาพจิตที่สังคมให้ความสนใจ (>100,000 engagement)
- **สีเขียว:** ตอบสนองภายใน 7 วัน เช่น การฆ่าตัวตายไม่มีเหตุสงสัยว่าผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวช, ความรุนแรงถึงแก่ชีวิต/ถูกทำร้ายได้รับบาดเจ็บสาหัส ไม่มีเหตุสงสัยว่าผู้ก่อเหตุหรือเหยื่อเป็นผู้ป่วยจิตเวช, ความรุนแรงทางเพศและการ Bully

(3) เวรประจำวันทีม News Clipping แจ้งในกลุ่มไลน์ SMART MCATT และบันทึกข้อมูลรายวัน

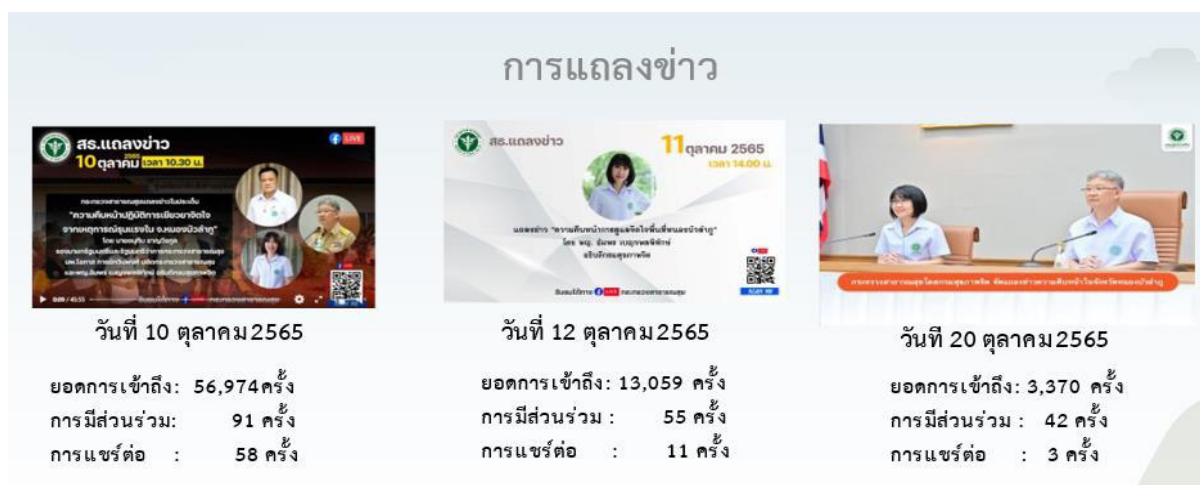
(4) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โดยกลุ่มภารกิจบริการชุมชน Alert ในกลุ่มไลน์ผู้บริหารและทีม MCATT ในพื้นที่ที่รับผิดชอบตรวจสอบ Cases และรายงานผู้บังคับบัญชาทราบ

(5) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โดยกลุ่มภารกิจบริการชุมชน สรุปการดำเนินงานและรายงานผู้บังคับบัญชาทราบ

จากข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตและความรุนแรงออนไลน์ (Social Listening) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง 12 มิถุนายน 2566 พบมีจำนวนข้อความรุนแรงออนไลน์ จำนวน 2,498 ข้อ เป็นข้อที่ต้อง Active Response Task force โดยทีมเฝ้าระวังจิตใจ MCATT เป็นข้อที่ต้องตอบสนองภายใน 24 ชั่วโมง (สีแดง) คือผู้ก่อเหตุ/เหยื่อ เป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 10 ข้อ ข้อที่ต้องตอบสนองภายใน 72 ชั่วโมง (สีเหลือง) คือสงสัยว่าผู้ก่อเหตุ/เหยื่อ เป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 303 ข้อ และเป็นข้อที่ต้องตอบสนองภายใน 7 วัน (สีเขียว) คือไม่มีเหตุสงสัยว่าผู้ก่อเหตุ/เหยื่อ เป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 2,185 ข้อ พบว่าผู้ก่อเหตุเป็นเพศชาย ร้อยละ 89.4 เพศหญิง 10.6 จากฐานข้อมูลพบประวัติ เคยเข้ารับการรักษารพ.สังกัด สป. ร้อยละ 27.0 รองลงมา รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต 15.6 และ รพ.เอกชน/คลินิก ร้อยละ 0.4 และอื่นๆ ร้อยละ 0.4 และไม่พบประวัติ ร้อยละ 56.5 และพบผู้ก่อเหตุมีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 31.2 ผู้ก่อเหตุประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 17.3 ผู้ก่อเหตุมีประวัติโรคทางจิตเวช (F00-F99)/ประวัติฆ่าตัวตาย ร้อยละ 16.8 ผู้ก่อเหตุมีประวัติรักษาอาการทางจิตเวชมีพฤติกรรมก่อความรุนแรงและใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.7 ผู้ก่อเหตุมีประวัติก่อความรุนแรง (SMI-V) ร้อยละ 1.2 และไม่พบประวัติ ร้อยละ 26.5 (ที่มา: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

#### 2.1.4 ถอดบทเรียนประเด็นการสื่อสารข่าวสุขภาพจิตทางดิจิทัล ในช่วงสถานการณ์ จ.หนองบัวลำภู





ภาพที่ 4 ประเด็นการสื่อสารข่าวสุขภาพจิตทางดิจิทัล ในช่วงสถานการณ์จังหวัดหนองบัวลำภู

### สถิติการเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย ในช่วงสถานการณ์จังหวัดหนองบัวลำภู

จากเหตุการณ์กราดยิงจังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2565 ที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิต โดยสำนักความร่วมมือสุขภาพจิต ได้ใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการตอบสนองต่อสถานการณ์โดยพบยอดการเข้าถึงการสื่อสารผ่านทาง Facebook จำนวน 1,178,866 ราย และช่องทาง Twitter จำนวน 965,627 ราย ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคมเป็นต้นไปหลังจากทราบสถานการณ์

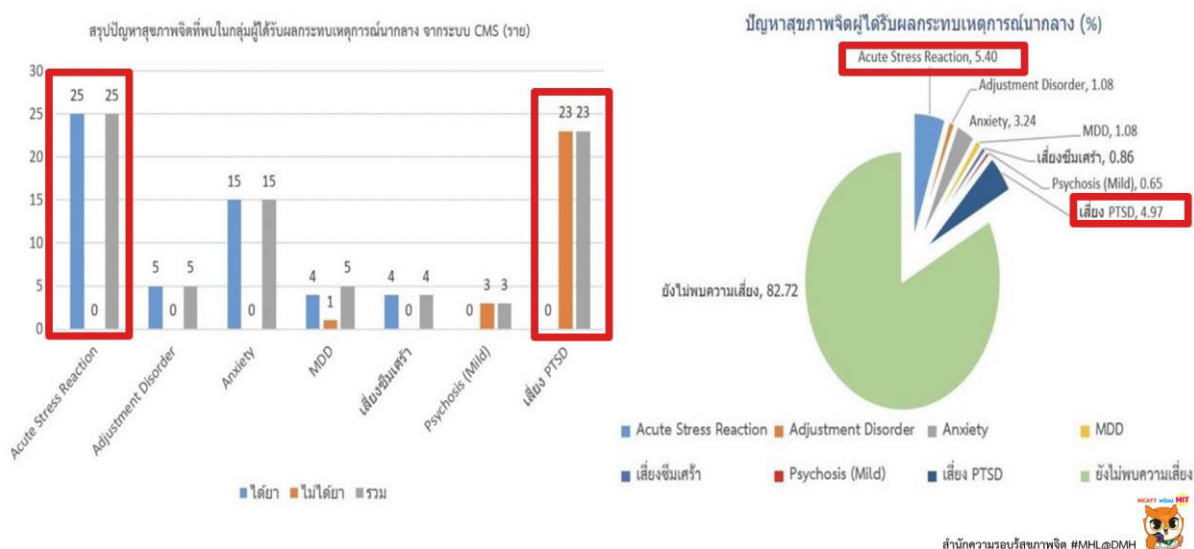
ผลการเข้าถึงหลังเผยแพร่ Infographic ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม – 7 พฤศจิกายน 2565 ยอดการรับรู้ เช่น กด like กด share ข้อความหรือแสดงความคิดเห็น และการรับชม เชิงคุณภาพมากกว่า 5 นาที ยอดการเข้าถึงผ่านทาง Facebook เนื้อหาอินโฟกราฟิก PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย” จำนวน 448,085 ราย, อินโฟกราฟิก “ขอความรอบมือจากพี่น้องสื่อมวลชนและประชาชนทุกท่าน หยุดการนำเสนอหรือส่งต่อภาพความรุนแรง รวมถึงภาพผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น” จำนวน 356,685 ราย, อินโฟกราฟิก “ทำอย่างไร..การดูแลจิตใจเมื่อทราบข่าวหรือเห็นภาพความรุนแรง”จำนวน 16,164 ราย, อินโฟกราฟิก “คำแนะนำสำหรับผู้ใหญ่ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงภาวะความเครียดหลังเหตุรุนแรง สำหรับเด็กเล็ก”จำนวน 95,901 ราย, อินโฟกราฟิก “ดูแลจิตใจกลุ่มเด็กและเยาวชน เมื่อผ่านเหตุการณ์ความรุนแรงเด็ก” จำนวน 60,147 ราย และ “Press ข่าวสถานการณ์” จำนวน 21,695 ราย และยอดการเข้าถึงผ่านทาง TikTok เนื้อหาดังนี้ “ขอความรอบมือจากพี่น้องสื่อมวลชนและประชาชนทุกท่าน หยุดการนำเสนอหรือส่งต่อภาพความรุนแรง รวมถึงภาพผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น” จำนวน 879,528 ราย, อินโฟกราฟิก “PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย” จำนวน 17,440 ราย, อินโฟกราฟิก “ทำอย่างไร..การดูแลจิตใจเมื่อทราบข่าวหรือเห็นภาพความรุนแรง”จำนวน 14,730 ราย, อินโฟกราฟิก “คำแนะนำสำหรับผู้ใหญ่ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงภาวะความเครียดหลังเหตุรุนแรงเด็ก”จำนวน

10,723 ราย และอินโฟกราฟิก “คำแนะนำสำหรับผู้ใหญ่ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงภาวะความเครียด หลังเหตุรุนแรง สำหรับเด็กเล็ก” จำนวน 8,636 ราย (ที่มา: สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

การสื่อสารเพื่อตอบสนองสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์วิกฤต จ.หนองบัวลำภู การเข้าถึงการสื่อสารของประชาชน ระหว่างวันที่ 6 – 13 ตุลาคม 2565 และระหว่างวันที่ 7 – 21 พฤศจิกายน 2565 ที่ผ่านมาผ่านทาง Twitter และ Facebook กรมสุขภาพจิต หลังการเผยแพร่ในระยะ 2 สัปดาห์หลังการเผยแพร่พบว่า กราฟฟิก “หยุดส่งต่อ” เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.7 และอินโฟกราฟิกที่มียอดการเข้าถึงอันดับ 1 คือ “ดูแลใจเมื่อผ่านเหตุฯ” เพิ่มขึ้นร้อยละ 70.46 รองลงมา “ดูแลใจเด็กเล็ก” เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.15 อินโฟกราฟิก “โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ” หรือ PTSD” เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.64 ตามลำดับ (ที่มา: สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

สรุปปัญหาสุขภาพจิตที่พบในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบเหตุการณ์นากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

### สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบเหตุการณ์ "นากลาง"



ภาพที่ 5 สถิติปัญหาสุขภาพจิตผู้ที่ได้รับผลกระทบเหตุการณ์หนองบัวลำภู ฐานข้อมูลระบบ CMS (Crisis Mental)

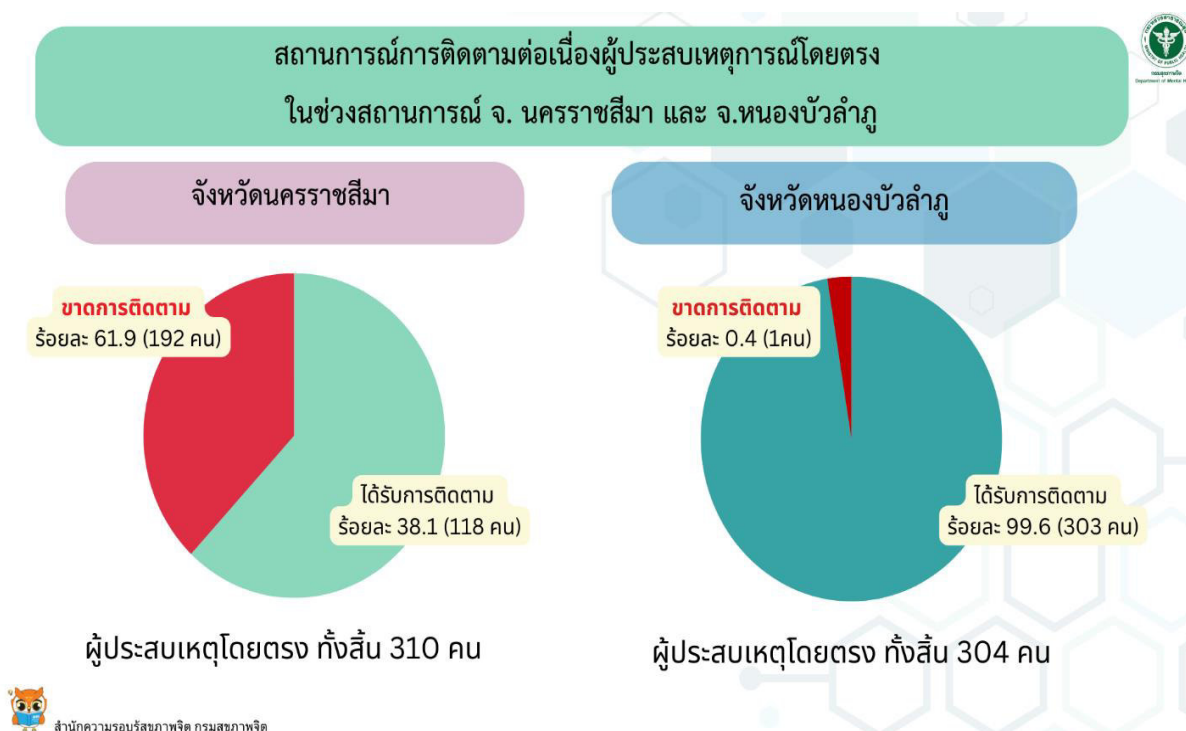
บทสรุปผู้บริหารกรมสุขภาพจิต กรณีหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ปฏิบัติงานร่วมกับเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 6 เดือน พบว่า ไม่พบ PTSD และพบเสี่ยง PTSD (Post traumatic Stress Disorder) เพียงร้อยละ 4.97 ซึ่งโรคที่อาจเกิดกับผู้ที่ประสบภัยโดยตรง หรืออยู่ใกล้ชิดผู้เสียชีวิตเป็นต้น อย่างน้อย 1-2 เดือนเริ่มมีอาการได้เช่น มักมีอาการตื่นตระหนกนอนไม่หลับ ฝันร้าย คิดถึงเหตุการณ์ ผวา เมื่อต้องไปในสถานที่ลักษณะใกล้เคียงที่เกิดเหตุ ซึ่งหาก ได้รับข้อมูลเหตุการณ์ซ้ำๆ พุดคุยเรื่องเดิมที่สะเทือนใจ จะทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและป่วยเป็นโรคนี้อได้ ดังนั้นการสื่อสารข่าวสุขภาพจิตที่ดี ในช่วงสถานการณ์ จึงช่วยให้ ไม่พบผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากตามมา ทั้งนี้การสื่อสาร



ในสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตที่ประสบความสำเร็จ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลของประชาชน ทั้งรูปแบบอินโฟกราฟิก (Infographic) ขอความร่วมมือสื่อมวลชนในช่วงแรกให้ความรู้เรื่องโรคที่สำคัญการดูแลตนเองและคนรอบข้าง และกรมสุขภาพจิตเร่งทำข่าวแจก Press News ในการสร้างการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันเวลาให้สื่อมวลชนได้เผยแพร่ข่าวทันการณ์ และการให้สัมภาษณ์ของผู้นำหน่วยงาน ผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่ทำให้ “นำเสนอ มากกว่าเดิมที่ สื่อนำ” ในขณะเดียวให้เป็นมิตร สร้างความมั่นใจ เข้าถึงง่าย แก่สื่อมวลชนได้ร่วมเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่เหมาะสมจากกระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์ต่อประชาชน ได้อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การสื่อสารข่าวสุขภาพจิต ให้ข้อมูลถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา สังคมออนไลน์ ดิจิทัล และการใช้กฎหมายพิทักษ์สิทธิการเผยแพร่ข้อมูลส่วนตัว (PDPA) อย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจเร่งด่วน เพื่อให้ประชาชนรับทราบ ดูแลสุขภาพจิต ซึ่งประสบความสำเร็จเชิงประจักษ์ความสำเร็จจากเหตุการณ์หนองบัวลำภู ที่กรมสุขภาพจิตมีทีมสุขภาพจิตสื่อสารออนไลน์ ในหลายรูปแบบต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจ ปัญหาสุขภาพจิตและเฝ้าระวังดูแลตนเองได้ ทั้งนี้ สำนักความร่วมมือกรมสุขภาพจิต ได้ติดตามการให้ข่าวสุขภาพจิตเชิงบวกสื่อสารระหว่างมีเหตุการณ์ พบว่าน้อยกว่าการลงเอยวยา ทำให้สังคมอาจรับรู้การคลี่คลาย กระจายความรู้สุขภาพจิตเพื่อดูแลตนเองไม่ทั่วถึง หวั่นวิตกในความไม่รู้ได้

ภาพเปรียบเทียบผลการเฝ้าระวังวิกฤตสุขภาพจิต สถานการณ์นครราชสีมา และหนองบัวลำภู



ภาพที่ 6 เปรียบเทียบรายงานผลการดำเนินงานสถานการณ์วิกฤตจังหวัดนครราชสีมาและหนองบัวลำภู

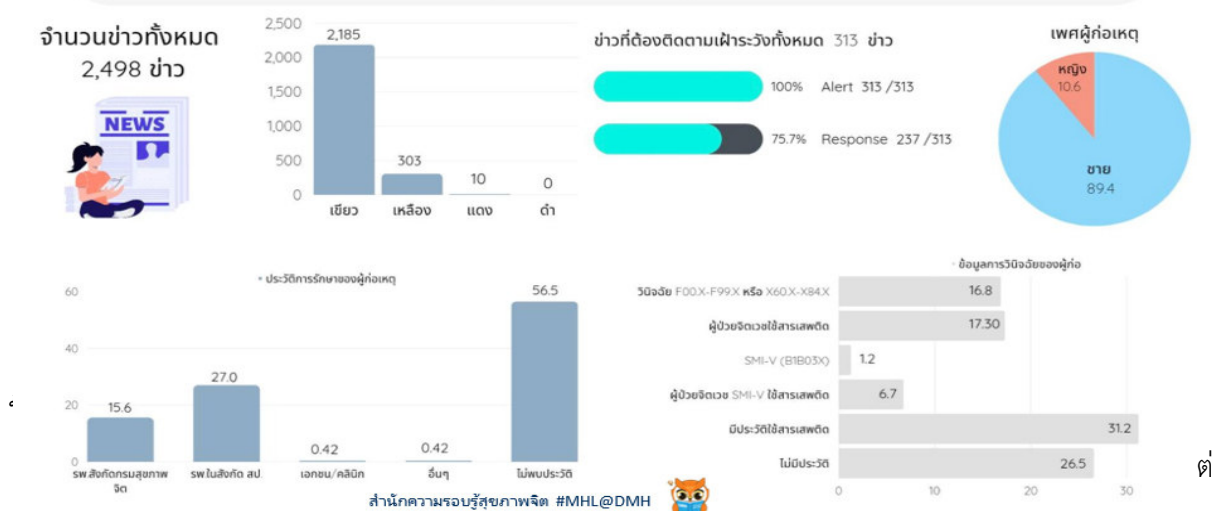
เมื่อปี 2563 เกิดสถานการณ์วิกฤตในจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ประสบเหตุการณ์ที่เข้าบริการประเมินภาวะสุขภาพจิตและได้รับการเฝ้าระวังจิตใจจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จำนวน 2,093 คน ต้องได้รับการ

**เยียวยาจิตใจ** จำนวน 310 คน มีติดตามต่อเนื่องได้ จำนวน 118 คน (ร้อยละ 38.06) กลุ่มผู้อยู่ในเหตุการณ์ ผู้เห็นเหตุการณ์จำนวน 699 คน ที่ต้องติดตามต่อเนื่อง จำนวน 114 คน (ร้อยละ 16.31) เปรียบเทียบกับ ปี 2565 เกิดเหตุการณ์วิกฤตในจังหวัดหนองบัวลำภู พบผู้ประสบเหตุการณ์ฯ กลุ่มญาติผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ ญาติผู้บาดเจ็บ จำนวน 304 คน ได้รับการ**เยียวยาจิตใจ** จำนวน 303 คน(ร้อยละ 99.67) และกลุ่มผู้อยู่ใน เหตุการณ์ผู้เห็นเหตุการณ์ จำนวน 5,636 คน ติดตามต่อเนื่อง จำนวน 3,022 คน (ร้อยละ 53.61)

ทั้งนี้กรมสุขภาพจิต สรุปผลการสื่อสารเพื่อตอบสนองสุขภาพจิต ในช่วง 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2566 ที่ผ่านมามีพบว่า การเข้าถึงผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ (ยอด View) จำนวน33,009,834 ราย และยอด การรับรู้ เช่น กด like กด share ข้อความแสดงความคิดเห็น **รับชมเชิงคุณภาพมากกว่า5 นาที** จำนวน 23,377 ราย

### 2.1.5 ความท้าทายในการทำสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต Mental Health Crisis Communication

ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและความรุนแรงออนไลน์ (Social Listening) เดือนพฤศจิกายน 2565 - 12 มิถุนายน 2566



เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง 12 มิถุนายน 2566 พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 17% เมื่อเทียบกับเดือนเดียวกันของปี 2565 เป็นข่าวที่ทีมเยียวยาจิตใจ MCATT ต้อง **Active Response Task force** เป็นข่าวที่ต้องตอบสนองภายใน 24 ชั่วโมง (สีแดง) คือผู้ก่อเหตุ/เหยื่อ เป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 10 ข่าว ข่าวที่ต้องตอบสนองภายใน 72 ชั่วโมง (สีเหลือง) คือสงสัยว่าผู้ก่อเหตุ/เหยื่อ เป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 303 ข่าว และเป็นข่าวที่ต้องตอบสนองภายใน 7 วัน (สีเขียว) คือไม่มีเหตุสงสัยว่าผู้ก่อเหตุ/เหยื่อ เป็นผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุเป็นเพศชาย ร้อยละ 89.4 เพศหญิง 10.6 (กรมสุขภาพจิต)

ทั้งนี้ ในเดือน พฤษภาคม 2566 พบว่ามี**ข่าวความรุนแรง**และมีการดำเนินการลงพื้นที่เยี่ยมยา  
ในพื้นที่มากกว่า 30 ข่าว แต่พบว่าทีมเยี่ยมยา MCATTกรมสุขภาพจิตได้สื่อสารลงสื่อพื้นที่ได้เพียง 2 ข่าว

## การพิมพ์ MCATT

## News Clipping



ความท้าทายของการสื่อสารภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ได้แก่

- (1) **ความกดดันจากเวลา (Time Pressure):** การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เวลาที่จำกัดในสื่อสารในภาวะวิกฤต จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดได้ง่ายในแง่ของการแสดงข้อคิดเห็นส่วนบุคคล และการแชร์ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์
- (2) **การจัดการข้อมูลของทีมสื่อสาร (Information Management):** สถานการณ์วิกฤตมีลักษณะที่ไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงแรก จำเป็นที่จะต้องมีการตรวจสอบข้อเท็จจริง และหลีกเลี่ยงการเผยแพร่ข้อมูลที่ผิดหรือทำให้เกิดข่าวลือ
- (3) **การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination):** ปัญหาสุขภาพจิตมักถูกตีตราทั้งในรูปแบบ self-stigma และ public-stigma ซึ่งนำไปสู่การเลือกปฏิบัติและทัศนคติเชิงลบต่อการขอรับบริการสุขภาพ หรือให้บริการสุขภาพจิตจากเจ้าหน้าที่ที่อาจมีความไม่มั่นใจ
- (4) **ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ (Privacy and Confidentiality):** ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลบางส่วนที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต ผู้เผชิญเหตุไม่ยอมเปิดเผยต่อบุคคลอื่นๆ ดังนั้นควรให้ความสำคัญต่อการเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของแต่ละบุคคลและการรักษาความลับ
- (5) **อุปสรรคในการสื่อสาร (Communication Barriers):** ความสามารถของแต่ละบุคคลที่เผชิญเหตุการสื่อสาร ซึ่งมักจะประสบกับความสับสน สับสน หรือยากลำบากในการแสดงความคิดและความต้องการของตน นักสื่อสารต้องมีทักษะในการฟัง เอาใจใส่ ปรับรูปแบบสื่อสารให้ตรงกับความต้องการผู้ประสบภัย

(6) **สภาพแวดล้อมที่กดดันทางอารมณ์ (Emotional Intensity):** ความเปราะบางทางอารมณ์ โดยเฉพาะในเหตุการณ์การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Expectations) เช่น ผู้ได้รับผลกระทบ เจ้าหน้าที่/หน่วยงาน ผู้บริหารในพื้นที่ ประชาชนทั่วไปที่เสียข่าว ฯลฯ มักมีความต้องการข้อมูลและความคาดหวังที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วง การตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย อาจเป็นเรื่องที่ยุ่งยากของทีมสื่อสารวิกฤต จำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อน ความเห็นอกเห็นใจ

(7) **ความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภูมิหลังของผู้เผชิญเหตุ (Diversity):** เพศ การศึกษา ช่วงวัย เศรษฐฐานะ ความตระหนัก และความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ฯลฯ รวมถึงผู้ที่มีความพิการหรือเปราะบางทางสังคม อุปสรรคด้านภาษา หรือความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป็นเรื่องที่ไม่ควรถูกละเลย

(8) **การประสานงานบริการและการจัดสรรทรัพยากร (Coordinating Services and Resources):** การประสานการทำงานจากหลายภาคส่วนและเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้ให้บริการสายด่วน เจ้าหน้าที่รัฐจากหลายหน่วยงาน ผู้บริหารระดับพื้นที่/ระดับจังหวัด/ระดับกระทรวง ฯลฯ ที่มีความต้องการ ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในการสื่อสาร ช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ

(9) **ความตื่นตระหนกของสื่อ (Media Sensationalism):** การรายงานข่าววิกฤตของสื่อบางสำนัก อาจนำไปสู่การกระตุ้นความรู้สึกของสาธารณชนในแง่ชี้แนะที่ไม่ตรงหรือเกินกับความเป็นจริง นำไปสู่การตีตรา และให้ข้อมูลเท็จต่อไป สิ่งสำคัญคือ การรายงานอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงทัศนคติเชิงลบ และทำร้ายบุคคลในขณะหรือภายหลังที่เกิดภาวะวิกฤต

(10) **การสนับสนุนให้เกิดการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Follow-up Support):** ติดตามผลการช่วยเหลือดูแลทางด้านสังคมจิตใจจากทีมในระดับพื้นที่ เพื่อลดผลกระทบต่อสภาวะทางใจ ที่อาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตระยะยาว การดูแลหรือสื่อสารให้บุคคลได้รับข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง



## 2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

สรุปสถานการณ์และความท้าทายในบทที่ 2.1 พบว่าปัจจุบันประชาชนเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพจิต อยู่ในระดับ 60 คะแนนขึ้นไปเพียงร้อยละ 51.2 ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง อยู่ในระดับดีมากที่สุด เพียงร้อยละ 33.3 และแนวโน้มสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่ส่งสัยอาการทางจิตและ พฤติกรรมก่อความรุนแรงที่กระจายทั่วทุกเขตสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับดูแลต่อเนื่องอาจก่อเหตุ ความรุนแรงในสังคมได้ ประกอบกับสถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วย จิตเวหายาเสพติดที่ระดับคะแนนเฉลี่ย 60 คะแนนขึ้นไปทั้ง 3 กลุ่มเพียงร้อยละ 56.4 อาจเป็นปัจจัยของปัญหา สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้น อนึ่งการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพจิต ในช่วงเกิดเหตุการณ์หนองบัวลำภู พบว่าประชาชนตื่นตัวรับรู้ข่าวสารสุขภาพจิตดิจิทัล และตระหนักดูแล ตัวเองมากขึ้นอย่างชัดเจน ดังนั้นท่ามกลางสังคมออนไลน์ ประชาชนใช้สื่อเทคโนโลยีได้อย่างแพร่หลาย ความ ท้าทายจากวิกฤตเป็นโอกาสในการยกระดับความรู้รอบรู้สุขภาพจิตเชิงประจักษ์ ด้วยกลไกที่สำคัญคือ ทีม สื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต ที่สามารถผลิตและเผยแพร่ข่าวที่น่าเชื่อถือจากพื้นที่จริง “เพื่อนำสื่อ ก่อนสื่อหน้า” ส่งผลให้ผู้รับผลกระทบและประชาชนเข้าใจ และส่งต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตในการดูแลตนเอง

### 2.2.1 แนวคิดเชิงทฤษฎีและการวิเคราะห์ปัจจัยสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต

#### (1) ทฤษฎีการเกิดภาวะโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ PTSD



ภาพที่ 8 ภาวะโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ PTSD

โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) คือ สภาวะป่วยทางจิตใจเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างร้ายแรง เช่น ภัยพิบัติ สงคราม การก่อจลาจล การฆาตกรรม การปล้นฆ่า ความรุนแรงภายในครอบครัว การทารุณกรรมตั้งแต่เด็ก และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ข่มขืน ฯลฯ ซึ่งโดยเฉพาะผู้ที่เผชิญกับความรุนแรงโดยตรง ซึ่งเป็นคนที่เผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ และรอดชีวิตมาได้ หรือผู้ที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเหตุการณ์นั้น ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่

การงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยพบได้ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) คาดการณ์ว่าในสถานการณ์ความขัดแย้งรุนแรงที่เกิดขึ้นทั่วโลก ผู้ได้รับผลกระทบ มีปัญหาทางสุขภาพจิตรุนแรง รวมถึงเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder, PTSD) และมีปัญหาในการดำเนินชีวิตร้อยละ 10 เช่นกัน ทั้งนี้การประสบเหตุการณ์ความรุนแรงระหว่างบุคคลและบาดแผลทางจิตใจ อาจก่อให้เกิด PTSD ได้ ซึ่งสามารถสังเกตอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ในช่วงต้นประสบ เหตุจะพบอาการตื่นตระหนก/ด้านชาในความรู้สึกหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไป 1-3 เดือน จะมีอาการ 4 ด้านดังนี้

- 1) ตื่นตระหนกตกใจรุนแรง โดยไม่มีเหตุผลกระตุ้น คิดถึงเหตุการณ์ซ้ำ ๆ หรือฝันบ่อย ๆ
- 2) อารมณ์เปลี่ยนแปลง รับรู้ในทางลบ
- 3) ระแวงระวัง กลัว มากกว่าปกติ หรือรู้สึกไม่ปลอดภัยกับคนทั่วไปที่เข้ามาหา
- 4) หลีกเลียงไม่พูดถึงหรือไม่ไปในสถานที่ที่เกิดเหตุ

อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน และเกิดมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดย ดร.นพพร ตันติรังสี และคณะ พบว่าลักษณะเหตุการณ์ที่รุนแรงทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเองและได้พบเห็นล้วนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD และ Subthreshold PTSD ทั้งสิ้น โดยนักทฤษฎี ทักษะชีวิตและคณะศึกษาพบว่าการประสบเหตุการณ์โดยเฉพาะพ่อแม่ ญาติพี่น้องบาดเจ็บหรือเสียชีวิต

อย่างไรก็ตามมีการศึกษา กรณีการเสพยาเสพติดต่อเนื่อง อาทิ ผลการศึกษาคนที่เสพยาจาก โศกนาฏกรรมการวางระเบิดในงานวิ่งมาราธอนในบอสตัน (Boston marathon) เมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2556 ในกลุ่มตัวอย่างประมาณ 5000 คน พบว่าการเสพยาจากเหตุระเบิดซ้ำๆ ต่อเนื่อง วันละ 6 ชั่วโมงขึ้นไป/วัน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังเกิดเหตุ มีความสัมพันธ์กับการเกิด high acute stress มากกว่าการเผชิญเหตุฯ โดยตรง ทำให้เกิดอาการ Psychological distress และเสี่ยงเครียดเฉียบพลัน (Acute stress disorder: ASD) มากกว่าคนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์โดยตรง และมีแนวโน้มที่เกิดภาวะ PTSD มากกว่าคนทั่วไป ซึ่งข้อสังเกตที่น่าเป็นห่วง จากสถิติการใช้ Social media platforms ในประเทศไทย ปี 2022 ที่ผ่านมา

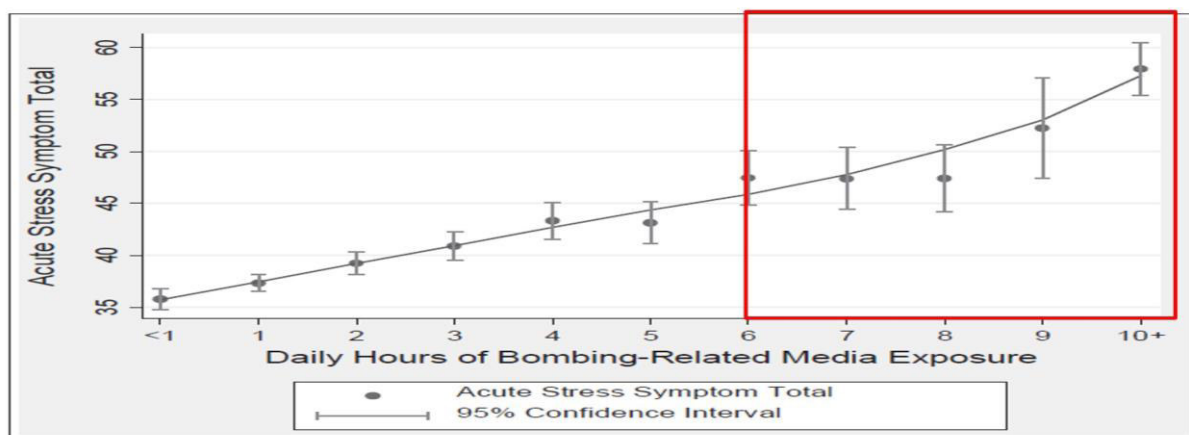


Fig. 1. Acute stress symptom total by the number of hours per day of Boston Marathon bombing media exposure in the week following the Boston Marathon bombings.

กรอบแนวคิด “CAR model” เป็นกระบวนการประเมินความยืดหยุ่นในการประเมินตัดสินใจ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด ความทุกข์ยาก หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน รวมถึงเหตุการณ์วิกฤตและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต (Adverse event) ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการทางความคิด ตัดสินใจที่จะตอบสนองหรือจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางความคิดและพฤติกรรม สามารถมีการปรับตัวในเชิงบวก (Positive adaptation) ได้โดยเป็นผลที่ตามมาภายหลังเผชิญเหตุวิกฤตในระยะเวลาหนึ่ง ทั้งนี้การประเมินตัดสินใจ (cognitive appraisal) ที่มีภูมิความรู้ดูแลตนเองเพียงพอ เป็นส่วนสำคัญในการลดผลกระทบด้านลบจากการเผชิญเหตุในการปรับตัว กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินการสร้างวัคซีนใจ ส่งเสริมผู้ให้เกิด Growth Mindset ปรับมุมมองและวิธีคิด ด้วยกระบวนการ เรียนรู้ ยอมรับ ปรับตัว ต่อสถานการณ์ทั้งในภาวะวิกฤต และปกติ รวมทั้งสร้างเครือข่ายทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิตเชิงบวก เต็มพลังใจ วัคซีนใจ/ความเข้มแข็งทางใจ(Resilience)ให้อยู่รอดเผชิญปัญหาวิกฤตต่างๆ

### (3) วิเคราะห์การดำเนินงานสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต (SWOT, Mental Health Crisis Communication)

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอในการดำเนินงานสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต SWOT- Analysis of Mental Health Crisis Communication			
S STRENGTHS	W WEAKNESSES	O OPPORTUNITIES	T THREATS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความเชี่ยวชาญ/น่าเชื่อถือ</li> <li>• เครือข่ายสารานุกรมด้านสุขภาพจิต (MCATT) ทุกพื้นที่</li> <li>• พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562</li> <li>• เครือข่ายสื่อสารมวลชนทั้งภาครัฐและเอกชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ขาดช่องทางการสื่อสารระหว่างองค์กรกับสื่อ</li> <li>• ศักยภาพในการสื่อสาร</li> <li>• จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น</li> <li>• การสื่อสารที่ล่าช้าและไม่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เครือข่าย และกลไกการสื่อสารของภาครัฐและเอกชน</li> <li>• การเติบโตของการใช้โซเชียลมีเดีย</li> <li>• พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562</li> <li>• ความเข้มแข็งทางประเพณีวัฒนธรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การกระจายของข้อมูลที่บิดเบือนและข่าวลือในโซเชียลมีเดีย</li> <li>• นโยบายด้านการสื่อสารสุขภาพจิตไม่ชัดเจน</li> <li>• ศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีและการใช้งานแพลตฟอร์ม</li> <li>• ความไม่มั่นคงทางการเมือง</li> <li>• การแบ่งแยกทางสังคม</li> </ul>

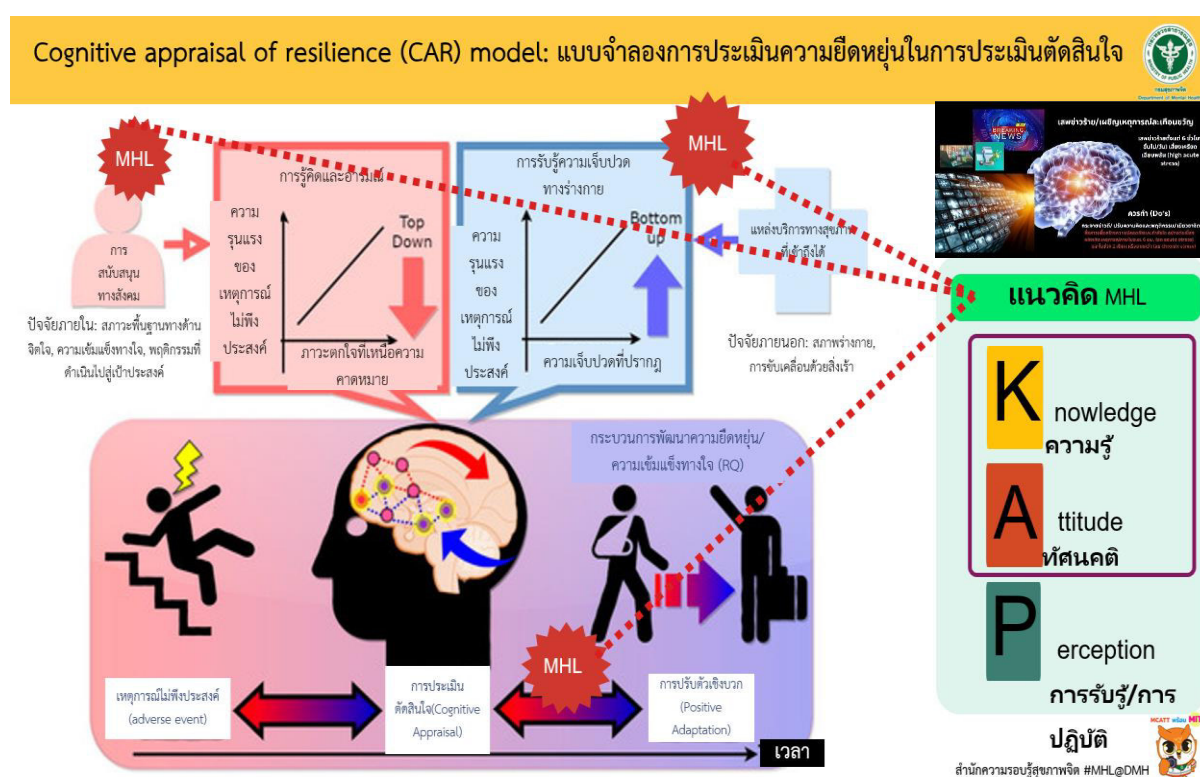
ภาพที่ 10 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอในการดำเนินงานสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต SWOT

ดังนั้นการสร้างความรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy : MHL) ที่ทันท่วงทีจะช่วยให้การตัดสินใจและปรับตัวเชิงบวกดีขึ้น **สิ่งที่ควรทำ (Do's)** กระจายข่าวดี ปรับความคิดและพฤติกรรม เยียวยาจิตใจ ให้พลังใจ ส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมด้านสุขภาพจิตที่ดี ในแต่ละระยะหลังเกิดเหตุฯ 1) ระยะแรกหรือหลังการเผชิญเหตุ ภายในระยะ 6 ชม.(ลด acute stress) และเฝ้าระวังตลอด 1 เดือน หรือมากกว่า เพื่อลด chronic stress 2) ระยะการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น รู้สึกเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวลต่อเหตุการณ์ 3) ระยะการติดตามดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคมจิตใจ (Psychological support) เพื่อป้องกัน PTSD และผลกระทบ

ต่างๆ **สิ่งที่ไม่ควรทำ (Don't)** 1) เสพข่าวเหตุสะเทือนขวัญต่อเนื่อง เกินครั้งละ 2 ชม. หรือ 6 ชม./วัน 2) เชื่อข้อมูลง่ายโดยไม่ได้ตรวจสอบที่มาหรือข่าวลือที่สร้างความสับสน 3) เผยแพร่ข้อมูลหรือภาพสะเทือนใจส่งผลกระทบต่อผู้อื่น

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารทางดิจิทัลเป็นช่องทางที่รวดเร็วที่สุด ดังนั้นการเลือกใช้ช่องทางในการสื่อสารเป็นส่วนสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากยิ่งขึ้น จากข้อมูลรายงาน Digital Stat พบว่า Facebook เป็นแพลตฟอร์มอันดับหนึ่ง ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ line และ TikTok ร้อยละ 15.8 และ 15.7 (ที่มา: รายงาน Digital Stat 2022)

(2) นิยามและวิชาการรูปแบบด้านการปรับความคิด อารมณ์ ด้วยความรู้ เข้าใจ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ  
Cognitive appraisal of resilience (CAR) model and Mental Health Literacy (MHL)



ภาพที่ 9 กระบวนการประเมินความยืดหยุ่นในการประเมินตัดสินใจ Cognitive appraisal of resilience (CAR) model



## 2.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ภาพที่ 11 กรอบแนวคิดกลไกเสริมสร้างความเข้มแข็ง สื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต สู่ระดับส่วนกลางและภูมิภาค  
 ทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต Mental Influence Team: MIT (มิตร)

(1.1) ตัวอย่าง MIT ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command: IC) : ผู้ว่าราชการจังหวัดกรณีมีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบด้านจิตใจในวงกว้างระดับประเทศ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพกรณีมีเหตุการณ์ที่มีผู้เห็นเหตุการณ์จำนวนมาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกรณีมีประเด็นสุขภาพจิตที่สังคมให้ความสนใจ สาธารณสุขอำเภอประเด็นสุขภาพจิตในพื้นที่ ทีมปฏิบัติการด้านเฝ้าระวัง MCATT ในขณะเดียวกันเป็นผู้บัญชาการทีมสื่อสาร MIT โดยฝ่ายสื่อสารด้านสุขภาพจิตหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตหรือหน่วยงานสต.พื้นที่ เป็นเลขานุการ และทีมปฏิบัติการ ได้แก่ฝ่ายสื่อสาร ประชาสัมพันธ์จังหวัด สื่อมวลชนท้องถิ่น แกนนำพื้นที่

(1.2) บทบาทหน้าที่ของทีมสื่อสารสุขภาพจิต Mental Influence Team: MIT (มิตร) กรมสุขภาพจิต และฝ่ายสื่อสาร สต. ร่วมกับภาคีในพื้นที่ นำเสนอข่าวความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนให้ทันเวลา ในช่วงเวลาเกิดเหตุการณ์นั้นๆ การเข้าถึงช่องทางดิจิทัล ขยายควบคู่กับข่าวช่วงสถานการณ์ สื่อสารออนไลน์วิกฤตได้

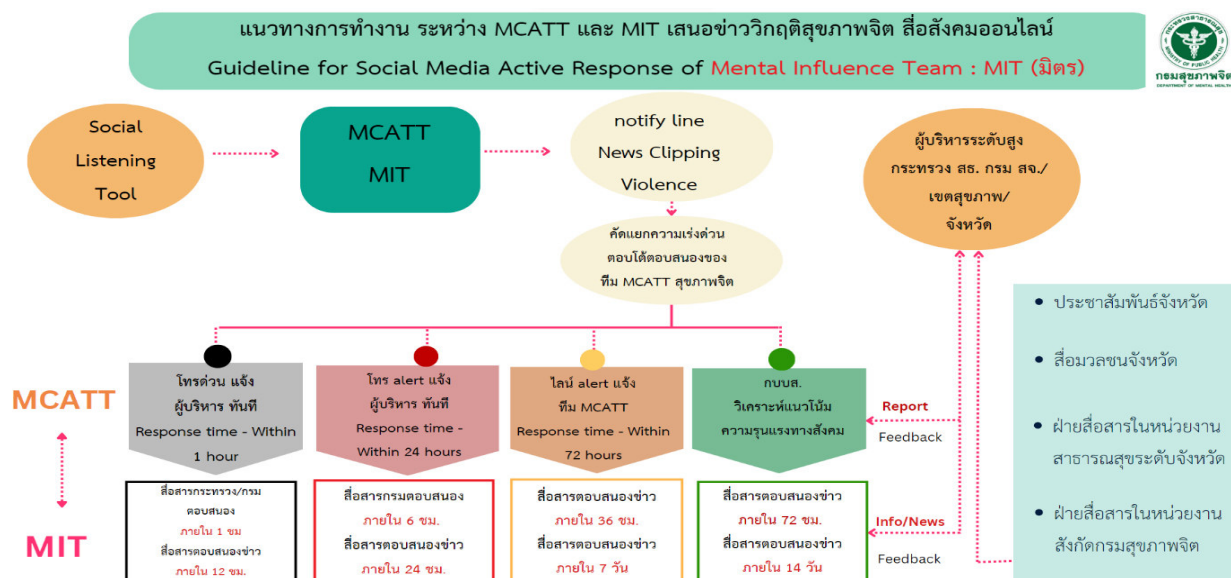
(1.3) ประเด็นการสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิตของทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต Mental Influence Team: MIT (มิตร) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ต้นน้ำ:** การป้องกันและลดผลกระทบในภาวะปกติ “รู้...อยู่...รอด....” การสร้างการรับรู้ เฝ้าระวังข่าวลวง เพื่อลดความตระหนก ทำความเข้าใจสื่อมวลชนเกี่ยวกับบทบาทในการสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน

**ระยะที่ 2 กลางน้ำ:** การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน “หยุดข่าวร้าย กระจ่ายข่าวดี” ขอความร่วมมือสื่อหยุดส่งต่อภาพความรุนแรง สื่อความรู้เรื่องโรค/การดูแลตนเองที่จำเป็น และเป็นกระแส

**ระยะที่ 3 ปลายน้ำ:** การติดตามหลังภาวะฉุกเฉิน ประเมินการเข้าถึงสื่อและข้อมูล Press News ทุก 2 สัปดาห์ตลอด 3 เดือน เปรียบเทียบกับผลกระทบทั้งประชาชนและสังคม ทบทวน ถอดบทเรียน ปรับกลยุทธ์

## (2) แนวทางการทำงานของทีมสื่อสารสุขภาพจิต (MIT: มิตร) ควบคู่กับทีมเยียวยาจิตใจ MCATT





ภาพที่ 12 แนวทางการทำงานระหว่างทีม MCATT และทีม MIT

### (3) ระยะเวลาในการตอบสนองต่อข่าวของทีมสื่อสารสุขภาพจิต (มิตร)

ระยะเวลาในการตอบสนองต่อข่าวของทีมสื่อสารสุขภาพจิต (มิตร) ทำงานของทีมสื่อสารสุขภาพจิต (MIT) ทีมสื่อสารระดับกระทรวง/กรม/เขตสุขภาพ ในการสื่อสารตอบสนองต่อข่าวสื่อสังคมออนไลน์ 4 ระดับ

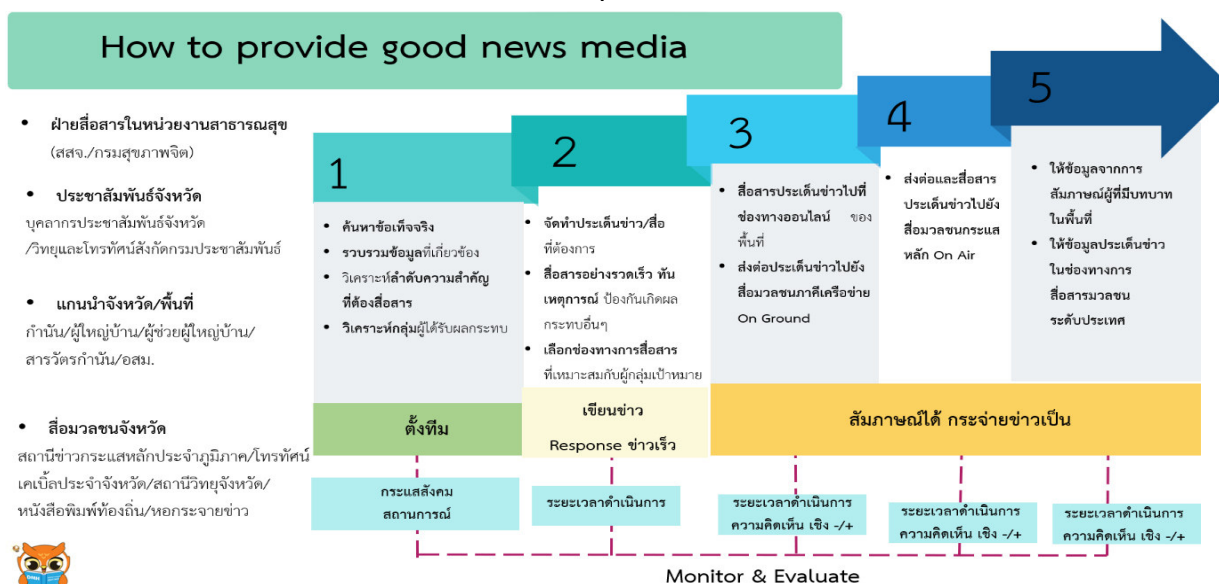
- 1.ระดับความเร่งด่วน**สีดำ**: สื่อสารตอบสนองข่าวภายใน 6 ชั่วโมง – 6 สัปดาห์
- 2.ระดับความเร่งด่วน**สีแดง**: สื่อสารตอบสนองข่าวภายใน 24 ชั่วโมง-3 สัปดาห์
- 3.ระดับความเร่งด่วน**สีเหลือง**: สื่อสารตอบสนองข่าวภายใน 2- 7 วัน
- 4.ระดับความเร่งด่วน**สีเขียว**: สื่อสารตอบสนองข่าวภายใน 3-14 วัน

ทีม MCATT ติดตาม วิเคราะห์ กระแสสังคม Social listening /News keeping คัดแยกตามเกณฑ์ (ผู้ปฏิบัติงานเยียวยาดูแลสุขภาพจิตทั่วประเทศ)	ทีม MIT (มิตร) สื่อสารความรู้สุขภาพจิตออนไลน์ ในช่วงสถานการณ์ ให้ทันตามกระแสสังคม Social listening /News keeping	ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command: ICS) แต่ละระดับ
 <p><b>ตอบสนองภายใน 1 ชั่วโมง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เหตุการณ์ความสูญเสีย/โศกเศร้าของคนในชาติ</li> <li>Mass shooting/ School shooting</li> <li>อุบัติเหตุหมู่ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจในวงกว้าง</li> </ul>	<p>Digital Media news 6-24 hrs</p> <p>1-7 day</p> <p>8-21 day</p> <p>4 wk – 6 wk</p>	ผู้ว่าราชการจังหวัด กรณีมีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบด้านจิตใจในวงกว้างระดับประเทศ
 <p><b>ตอบสนองภายใน 24 ชั่วโมง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตหรือเป็นเหตุหรือเป็นเหตุ</li> <li>เหตุการณ์หรือการฆ่าตัวตายด้วยวิธีที่แปลก/พบไม่บ่อย</li> <li>ข่าวลือ/กลุ่ม ข่าวลือ</li> <li>ความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหรือเหตุอื่นเป็นเหตุ</li> </ul>	<p>Digital Media news 24 - 48 hrs</p> <p>1 - 7 day</p> <p>8 - 21 day</p>	ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ กรณีมีเหตุการณ์ที่มีผู้เห็นเหตุการณ์จำนวนมาก

 <p><b>ตอบสนองภายใน 72 ชั่วโมง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• หากกรณีหรือความรุนแรงที่สงสัยว่าผู้ก่อเหตุ/เหยื่อเป็นผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>• อุบัติการณ์</li> <li>• ประเด็นสุขภาพจิตที่สังคมให้ความสนใจ (&gt;100,000 engagement)</li> </ul>	<p><b>Digital Media news 48 - 72 hrs</b></p> <p><b>8 - 21 day</b></p>	<p><b>นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด</b></p> <p>กรณีมีประเด็นสุขภาพจิตที่สังคมให้ความสนใจ</p>
 <p><b>ตอบสนองภายใน 7 วัน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การฆ่าตัวตายไม่มีเหตุสงสัยว่าผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>• ความรุนแรงถึงแก่ชีวิต/ทุพพลภาพได้รับบาดเจ็บสาหัส ไม่มีเหตุสงสัยว่าผู้ก่อเหตุ หรือเหยื่อเป็นผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>• ความรุนแรงทางเพศและการ Bully</li> </ul>	<p><b>Digital local news every 72 hrs-14day</b></p>	<p><b>สาธารณสุขอำเภอ</b></p> <p>กรณีมีประเด็นสุขภาพจิตในพื้นที่</p>

ตารางที่ 2 ระยะเวลาในการตอบสนองต่อข่าวของทีมสื่อสารสุขภาพจิต (มิตร)

#### (4) การสื่อสารข่าวในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตที่ดี



ภาพที่ 13 การสื่อสารข่าวในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตที่ดี

#### การสื่อสารข่าวในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตที่ดี

ระดับที่ 1 วิเคราะห์กระแสสังคม/สถานการณ์ (ตั้งทีม) สามารถค้นหาข้อเท็จจริง รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ลำดับความสำคัญของการสื่อสารและเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ระดับที่ 2 การสื่อสารข่าวในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤต (เขียนข่าว) สามารถจัดทำประเด็นข่าว หรือสื่อสารสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบได้โดยเลือกช่องทางที่เหมาะสมในช่องทางตามบริบท

ระดับที่ 3 การติดตาม (Feedback) และการเข้าถึงข้อมูล On Ground สื่อสารประเด็นข่าวไปยังฝ่ายสื่อสารในพื้นที่ และสื่อสารมวลชนภาคีเครือข่าย (On Ground) ผ่านช่องทางออนไลน์

ระดับที่ 4 ขยายประเด็นข่าวไปยังสื่อมวลชนกระแสหลัก On Air (สัมภาษณ์ได้ กระจายข่าวเป็น)

ระดับที่ 5 จัดทำประเด็นสัมภาษณ์ผู้ที่มิชอบพาทกับสถานการณ์ ให้ข้อมูลสื่อมวลชนระดับประเทศ

(5) คุณสมบัติของ Mental Influence Team: MIT (มิตร) ในการสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิต

- (1) ความเชี่ยวชาญและความชำนาญ ในประเด็นที่ต้องสื่อสาร ให้ข้อมูลที่มีคุณภาพน่าสนใจ
- (2) ความถูกต้อง เน้นการนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องและมีหลักฐาน เพื่อสร้างความเชื่อถือ
- (3) สื่อสารชัดเจน ชิงบวกเพื่อให้ผู้ติดตามเข้าใจความหมายวัตถุประสงค์ข้อมูลที่นำเสนอ
- (4) ความเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของผู้คนในช่วงวิกฤต และสามารถแสดงความเห็นใจและความรับผิดชอบต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ติดตามข่าว

(5) เน้นสร้างความหวังและแรงบันดาลใจ ในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิต สร้างสรรค์แนวทางแก้ไข ทำให้ผู้คนรู้สึกว่ามีความหวังและมีทางออก

(6) สร้างเครือข่ายระหว่างบุคคลหรือกลุ่ม เพื่อเพิ่มอิทธิพลและความสามารถในการสื่อสาร

(6) หลักสูตรพัฒนานักสื่อสารสุขภาพจิตเชิงรุก ด้วยเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพจิตที่พร้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ เสนอข่าวสุขภาพจิตช่วงสถานการณ์ดิจิทัลที่ทันทั่วทั้งที่สามารถยกระดับความรู้สุขภาพจิต



ภาพที่ 14 แบบจำลอง Infinity-shape : Mental Health Literacy “รู้ อยู่ รอด”

“รู้ อยู่ รอด” ด้วยความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) ความรู้ด้านสุขภาพจิตขั้นพื้นฐานประกอบไปด้วย “3 รู้” ได้แก่ รู้ช่องทางข้อมูลข่าวสาร รู้เท่าทันอารมณ์ตนเองและจัดการได้ และรู้การขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์ ทักษะที่ดีต่อสุขภาพจิตช่วยลดอคติต่อความเจ็บป่วยทางจิต แยกแยะสาเหตุและปัญหาสุขภาพจิต เพื่อการดูแลสุขภาพจิต ลดการเจ็บป่วยรุนแรง “ความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นคุณลักษณะที่สามารถพัฒนาได้ และช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิต”



## (7) แผนการปฏิบัติการสื่อสารความเสี่ยงวิกฤตสุขภาพจิต

<div>  <div> <div>การปฏิบัติการสื่อสารความเสี่ยงวิกฤตสุขภาพจิต</div> <div>สำนักความร่วมมือสุขภาพจิต #MHL@DMH</div> </div> <div>  </div> </div>			
ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (IC)	ระดับกระทรวง	กรมสุขภาพจิต	ระดับภูมิภาค
ฝ่ายข้อมูลและยุทธศาสตร์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ รองปลัดที่ได้รับมอบหมาย	อธิบดีกรมสุขภาพจิต	ผู้ว่าราชการจังหวัด
ภารกิจปฏิบัติ (Operation)	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต สาธารณสุขนิเทศ 12 เขตสุขภาพ	รองอธิบดีที่ได้รับมอบหมาย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบ ภาวะวิกฤต (MCATT)	ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	ผู้อำนวยการสถานบัน/โรงพยาบาล ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต	สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สื่อสารความเสี่ยง			
ทีมสื่อสารวิกฤต สุขภาพจิต MIT: (มิตร)	MIT: (มิตร) ระดับกระทรวง	MIT: (มิตร) กรมสุขภาพจิต	MIT: (มิตร) ระดับภูมิภาค (พื้นที่)

ภาพที่ 15 แผนการปฏิบัติการสื่อสารความเสี่ยงวิกฤตสุขภาพจิต

## (8) แผนงบประมาณพัฒนาคนไทยระดับความรอบรู้สุขภาพจิตด้วยทีมสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิตดิจิทัล (MIT)

โครงการ	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
ความรอบรู้สุขภาพจิตเชิงรุก ยั่งยืน	4,615,000 บาท	N/A	N/A	N/A
หน่วยรับผิดชอบหลัก :	- ประชาชนมีความรอบรู้ ระดับมากและมากที่สุด	- ประชาชนมีความ รอบรู้ระดับมากและ มากที่สุด	- ประชาชนมี ความรู้ระดับ มากและมากที่สุด	- ประชาชนมีความ รอบรู้ระดับมากและ มากที่สุด ร้อยละ 80
ตัวชี้วัด :	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
-กรมสุขภาพจิต	-มีทีม MITกรมสุขภาพจิต	-ขยายทีม MIT อย่าง	-ขยายทีม MIT	-ขยายทีม MIT อย่าง
-ศูนย์สุขภาพจิต	100 % 1 เขตสุขภาพ	น้อย 4 เขตสุขภาพ	อย่างน้อย 4 เขต	น้อย 4 เขตสุขภาพ
-รพ.จิตเวชเขตสุขภาพ			สุขภาพ	
-สาธารณสุขจังหวัด				

ตารางที่ 3 แผนงบประมาณพัฒนาคนไทยระดับความรอบรู้สุขภาพจิตด้วยทีมสื่อสารสุขภาพจิตดิจิทัล

## (9) ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน MIT

- (1) แต่งตั้งคณะกรรมการ MIT ระดับกระทรวง กรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพและจังหวัด
- (2) กรมสุขภาพจิตและภาคีนักวิชาการ จัดทำแนวทางปฏิบัติการสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิตที่ชัดเจน
- (3) กรมสุขภาพจิต ราชวิทยาลัยจิตเวชและสมาคมจิตเวชพร้อมแหล่งข้อมูลน่าเชื่อถือ ผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้
- (4) ภาครัฐและเอกชนส่งเสริมช่องทางการสื่อสารดิจิทัลครอบคลุมทั่วประเทศ
- (5) สื่อสารมวลชนเอกชนในพื้นที่และส่วนกลาง มีความรู้ อบรมการสื่อสารวิกฤตสุขภาพจิตสื่อสารเชิงบวก

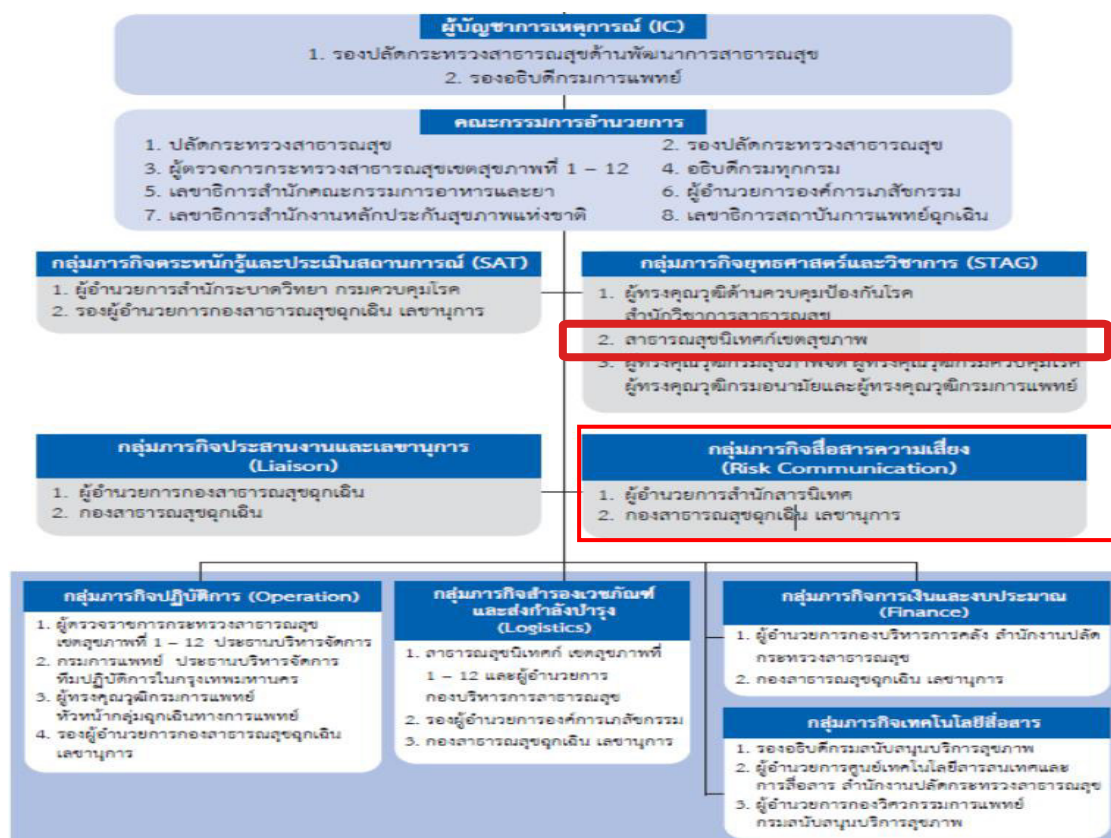
- (6) เจ้าหน้าที่ กระทรวงมหาดไทยและสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ความร่วมมือในทีม MIT สื่อสารเชิงบวก
- (7) ประชาชนตระหนัก กฎหมาย พรบ. ละเมิดสิทธิ PDPA เพื่อความมั่นใจในการให้ข้อมูลของผู้รับผลกระทบ
- (8) ระดับจังหวัด รวบรวมข้อเสนอแนะในภาวะวิกฤต ทบทวนกลยุทธ์การสื่อสารให้ทันต่อเหตุการณ์
- (9) MITระดับเขตสุขภาพ ประเมินและการวัดผล ประสิทธิภาพของการสื่อสารในภาวะวิกฤต ทีมผู้สื่อสาร
- (10) การตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน ระหว่างทีมสาธารณสุขและภาคี

### (10) ข้อเสนอแนะที่เสี่ยงต่อการดำเนินการ MIT

- (1) ทีม MCATT ผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังและทีม MIT สัมมนาพบปะ หน้าที่ แนวทางปฏิบัติร่วมกัน
- (2) แผนทีมสื่อสารไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องต่อการสื่อสารตอบโต้ภาวะวิกฤตในระยะเวลาที่กำหนด
- (3) MIT ขาดการฝึกอบรมการสื่อสาร หลักสูตรความรู้สุขภาพจิต และการฝึกซ้อมเสมือนจริง
- (4) ขาดการการส่งต่อปัญหาไปยังเจ้าหน้าที่ระดับสูงที่มีความเชี่ยวชาญ เมื่อมีสถานการณ์เกินความสามารถ
- (5) การถอดบทเรียนไม่ต่อเนื่อง: ประเด็น ประสิทธิภาพ กลยุทธ์ ข้อเท็จจริง วัฒนธรรม ความมั่นคง

## 2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ

ดังตัวอย่าง การบัญชาการเหตุการณ์ ของเขตสุขภาพ สธ. กำกับการดูแลด้านสาธารณสุข อาทิ เขตสุขภาพที่ 12 ดูแลรับผิดชอบ 7 จังหวัด ( สงขลา ตรัง พัทลุง สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) โดยรับการบัญชาการณเหตุรุนแรงดังแผนภาพ กทั้งนี้ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพเป็น ตัวแทนคณะกรรมการอำนวยการ เพื่อบัญชาการณในพื้นที่ และสาธารณสุขในเขตประจำเขตสุขภาพ ดูแล กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ(STAG) เพื่อชี้แนวทางแก่ กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ในพื้นที่ อันได้แก่ สสจ.และทีมสารสนเทศได้



ภาพที่ 16 แผนผังระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับกระทรวงสาธารณสุข

การขับเคลื่อนงานตามข้อเสนอข้างต้นจำเป็นต้องมีผู้นำที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) มีความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ในการระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับเขตสุขภาพ และ จังหวัด กระทรวงสาธารณสุข จัดโครงสร้างและหน้าที่งานต่างๆ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ 1) เพื่อหยุดยั้ง และ/หรือ ลดผลกระทบภาวะฉุกเฉินรุนแรงจากโรคและภัยสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติในเวลาสั้นที่สุด 2) ให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้เสี่ยงต่อภัยสุขภาพ 3) ระดมทรัพยากรและบริหารจัดการ คุ่มค่ามี ประสิทธิภาพ

(2) เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติทั้งในบทบาทการกำหนดแนวทาง (Leading role) และบทบาทการสนับสนุน (Supporting role) ผู้ได้บังคับบัญชาในการทำงาน

(3) มีความสามารถในการประเมินความเป็นไปได้หรือความพร้อมของบุคลากรสุขภาพจิตเขตสุขภาพ และความพร้อมของบุคลากรสื่อหน่วยงานภายนอกอื่นๆ และผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการให้เป็นไปตาม เป้าประสงค์ โดยอย่างน้อยจะต้องประเมินความพร้อมในเรื่องต่างๆ

(4) มีความสามารถในการบูรณาการ (Collaboration) ประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันในการขับเคลื่อนโครงการได้อย่างราบรื่น โดยต้องนำเสนอให้ทุกหน่วยงาน เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกันทั้งต่อบทบาทภารกิจของหน่วยงาน และต่อประเทศในภาพรวม

(5) มีความยืดหยุ่นในการทำงาน ยินดีรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำต่างๆ อย่างไม่มีอคติ และนำมาประกอบการวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการปรับปรุง แก้ไขปัญหาในการดำเนินโครงการต่อไป

(6) มีความสามารถในการกำกับติดตามการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ผ่าน เครื่องมือต่างๆ เช่น การกำหนด OKR (Objective and Key Result) และ KPIs (Key Performance Indicators) การกำหนดการรายงานความคืบหน้าหรือปัญหา/อุปสรรคต่อองค์กรประชุมกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขหรือคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

### 3. แผนพัฒนาตนเอง


(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

### บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ธันวาคม 2559
- กรมสุขภาพจิต.(2565). แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570), พิมพ์ครั้งที่ 1
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานการวิจัยการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตคนไทย พ.ศ. 2565, กันยายน 2565
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2561). คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2565). คู่มือปฏิบัติงานการตอบสนองต่อข่าววิกฤตสุขภาพจิตทางสังคมออนไลน์
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและการเข้าถึงบริการ. สืบค้นจาก: ระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์). (สืบค้นวันที่ 24 พฤษภาคม 2566).
- นพพร ตันติรังสี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ: การสำรวจระดับชาติ วิจัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556
- สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2565). สถานการณ์ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง. สืบค้นจาก: ระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์). สืบค้นจาก: <https://hdcservice.moph.go.th> (สืบค้นวันที่ 14 ธันวาคม 2565)
- สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานความรอบรู้สุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรกฎาคม 2566
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. สืบค้นจาก: <https://antidrugnew.moph.go.th> (วันที่สืบค้นข้อมูล 6 กรกฎาคม 2566)
- สถิติ Digital 2022: Thailand (ออนไลน์). สืบค้นจาก: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-Thailand> (วันที่สืบค้นข้อมูล 6 กรกฎาคม 2566)
- Yao, Z. F., & Hsieh, S. (2019). Neurocognitive Mechanism of Human Resilience: A Conceptual Framework and Empirical Review. International journal of environmental research and public health, 16(24), 5123. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245123>

## ภาคผนวก

## เอกสารที่เกี่ยวข้อง

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)	
คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561	
พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562	
เอกสารสื่ออินโฟกราฟฟิก	

## ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ – สกุล นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล

### ประวัติการศึกษา

- ปริญญาตรี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2542
- ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2543  
คลินิก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
- วุฒิปัตรมัธยมศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในการประกอบ ปี 2545  
วิชาชีพเวชกรรม จิตเวชศาสตร์ทั่วไป
- Certificate in Mental Health and Addiction Treatment Chicago, Illinois, USA ปี 2548
- Diploma Hubert H. Humphrey Fulbright USA ปี 2550-2551  
Fellowship Substance Abuse Treatment  
Prevention, Education and Policy

### ประสบการณ์การรับราชการ

ตำแหน่ง	ปีที่ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการ สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)	2565 - ปัจจุบัน
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข	2565 - ปัจจุบัน
ที่ปรึกษาองค์ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตและกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต	2565 - ปัจจุบัน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (อำนวยการสูง)	2563-2565
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	2565
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ (อำนวยการสูง)	2560-2563
ผู้รักษาราชการอำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	2562
ผู้อำนวยการศูนย์ โรงพยาบาลนครสวรรค์ราชนครินทร์ (เชี่ยวชาญ)	2558 – 2560
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 4	2557
รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (เชี่ยวชาญ)	2556 - 2557
ผู้อำนวยการและหัวหน้าศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด (เชี่ยวชาญ)	2553-2560
อาจารย์จิตแพทย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (ชำนาญการพิเศษ)	2552-2556
จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต (ชำนาญการพิเศษ)	2548-2552



### ผู้ทรงคุณวุฒิที่สำคัญเพิ่มเติม

- เลขานุการคณะกรรมการด้านการป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด,และรองประธาน คณะทำงานเรียบเรียงรายงานการศึกษาปัญหาเสพติดในคณะกรรมการการวิสามัญพิจารณาศึกษาปัญหาเสพติด แนวทางการจัดตั้งศูนย์บำบัดยาเสพติดป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบ พ.ศ. 2564 - ปัจจุบัน : สมาชิกผู้แทนราษฎร

- คณะอนุกรรมการร่างเกณฑ์หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เพื่อประกาศนียบัตรเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแขนงเวชศาสตร์การเสพติด ปี 2564 พ.ศ. 2564 - ปัจจุบัน : ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

- ผู้แทนหลักกรมสุขภาพจิตในคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการระบุชื่อยาเสพติดให้โทษอื่น ๆ วัตถุออกฤทธิ์และสารระเหย และ คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการขึ้นทะเบียนตำรับยาเสพติดให้โทษประเภท 3 และตำรับวัตถุออกฤทธิ์ พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน : คณะกรรมการควบคุมยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- คณะทำงานประสานงานเพื่อเตรียมการประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ในสถานการณ์โควิด - 19 พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน : สำนักนายกรัฐมนตรี

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ราชกิจจานุเบกษา ประกาศสธ., 2557-58, 61-62,

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทราชกิจจานุเบกษา ประกาศสธ., 2559-61

- คณะกรรมการด้านการเฝ้าระวังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชยา/สารเสพติด กรมสุขภาพจิต, 2562-ปัจจุบัน

- คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติดราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561-ปัจจุบัน

- คณะอนุกรรมการจิตเวชศาสตร์สารเสพติด ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561-62

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน : สธ

- คณะทำงานจัดทำข้อเสนอโครงสร้าง กรอบ อัตรากำลัง และความก้าวหน้างานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2560 ถึงปัจจุบัน

- คณะทำงานจัดทำงานจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ 20 ปี, 2560-61

- คณะกรรมการอำนวยการ คอ.ปส.ชาติ สำนักงาน ปปส. กระทรวงมหาดไทย, 2559

- คณะอนุกรรมการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดในเรือนจำ กรมราชทัณฑ์, 2559-60 กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม, 2558-60

### รางวัลหรือทุนการศึกษา (เฉพาะที่สำคัญ)

ปี	รางวัล/ประกาศเกียรติคุณ	หน่วยงาน
2557	รางวัลชัยภูมิอรรถนฤมิตร นักวิชาการดีเด่น ประจำปี 2557	สถาบันชัยภูมิอรรถนฤมิตรการแพทย์
2557	รางวัลเข็มเชิดชูเกียรติ (ครูทองคำ) และเกียรติบัตร ข้าราชการพลเรือนดีเด่น	สำนักงาน ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข
2558	โล่ประกาศเกียรติคุณ บุคคลที่มีผลงานระดับดีเด่น ด้านการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนาผู้ติดยาเสพติด	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) กระทรวงยุติธรรม
2558	รางวัลจิตแพทย์รุ่นใหม่ดีเด่น ประจำปี 2558	สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

### ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช) กรมสุขภาพจิต  
ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต