



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล  
โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

จัดทำโดย นพ.ธิตีพันธ์ ธาณีรัตน์  
รหัส 9778

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 97  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2566  
ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล  
โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

จัดทำโดย นพ.ธิตินันท์ ธานีรัตน์  
รหัส 9778

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 97  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2566

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



สำนักงาน ก.พ.

เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตร  
นักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม ของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ.....

(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(นายวีระชัย นาควิบูลย์วงศ์)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุชาดา ไทยบรรเทา)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

แนวโน้มของโลกในอนาคตที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นอีกหนึ่งความท้าทายของประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ถือเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้สามารถบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีได้

การแบกรับภาระที่สูงขึ้นของคนวัยทำงาน ร่วมกับบริบททางสังคมแบบ VUCA world เป็นปัจจัยที่เสริมให้เกิดภาวะเครียดและความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จนนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและสังคมของกลุ่มวัยนี้ ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง และในปัจจุบันยังไม่มีระบบบริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการเชิงรุก (proactive) ที่มีประสิทธิภาพและเท่าทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับการดูแลประชาชนในกลุ่มวัยทำงานนี้

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอนโยบาย “การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ของการบริการด้านสุขภาพจิตที่จะเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมทั่วถึง และเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและสังคม ทั้ง 5 มิติ (การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจและการปฏิบัติ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental Well-being) นำไปสู่สังคมเศรษฐกิจมูลค่าสูงต่อไป

ผลการศึกษา ได้ระบุ 6 ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของตำแหน่งรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ในการ “พัฒนาบริการสุขภาพจิตดิจิทัลแนวหน้า เพื่อประชาชนมีความรอบรู้และสุขภาพจิตดี” ดังนี้

1. จัดตั้ง “สำนักความรู้สุขภาพจิต” โดยกรมสุขภาพจิต
2. พัฒนา “ระบบบูรณาการสารสนเทศสุขภาพจิตสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” ในรูปแบบที่ใช้ได้จริง มีประสิทธิภาพและทันสมัย
3. พัฒนา “ระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล” ที่ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ
4. เพิ่ม “ศักยภาพด้านดิจิทัลของบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพ” ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิต
5. ยกกระดับระบบบริการฯ แบบบูรณาการ ผ่านกลไก ระบบบริการ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ระดับจังหวัด
6. พิจารณาปรับแก้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำรายงานการศึกษานี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณอาจารย์ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ที่ได้ช่วยพัฒนากรอบความคิดของการดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง และได้สละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนวิสัยทัศน์ในตำแหน่งเป้าหมายอย่างเป็นกันเอง อบอุ่นและชัดเจนตรงประเด็น ขอขอบพระคุณอาจารย์วีระชัย นาควิบูลย์วงศ์ และอาจารย์สุชาติดา ไทยบรรเทา ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและช่วยแก้ไขเพิ่มเติมจนรายงานมีความสมบูรณ์และง่ายต่อความเข้าใจ ขอขอบพระคุณ ผอ.อริยะ สกกุลแก้ว และคณาจารย์ประจำหลักสูตรทุกท่านที่ให้ความรู้และแนวคิด รวมถึงจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะของการเป็นผู้บริหารระดับสูง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนกรอบความคิด ซึ่งสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดการอบรมหลักสูตรนี้ ทั้งนี้ เนื่องจากในหลักสูตรประกอบด้วยการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน กพ. ที่ให้ความกรุณาเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีอย่างสมบูรณ์

ผู้ศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น นบส.1 รุ่น 97 ทุกท่าน ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งความคิดและประสบการณ์บริหารงานอย่างเปิดเผยและจริงใจ ขอขอบคุณการทำงานร่วมกันของทีมงานด้านสุขภาพจากสหกระทรวงที่ช่วยสนับสนุนข้อมูลเชิงบูรณาการ จนผู้ศึกษาสามารถนำเสนอหาภาพถ่ายทอดในรายงานฉบับนี้ ได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น

ท้ายที่สุด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้บังคับบัญชาของผู้ศึกษา พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนในการเข้าร่วมอบรมหลักสูตร นบส. ก.พ. ในครั้งนี้

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับ “การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการสำหรับทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีสังคม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่าน และหากมีข้อผิดพลาดเคลื่อนด้านข้อมูลและเนื้อหาบางประการเกิดขึ้น ต้องขออภัยมา ณ ที่นี้

นายแพทย์ธิตินันท์ ธานีรัตน์

30 พฤษภาคม 2566

## สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญภาพ	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	1
1.1 การวิเคราะห์บริบทและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	1
1.2 ตำแหน่งรองอธิบดีที่เป็นเป้าหมาย	5
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	6
2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ	7
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	7
2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย	11
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	25
3. แผนพัฒนาตนเอง	26
3.1 การวิเคราะห์ตนเอง	26
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	27
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	29
บรรณานุกรม	31
ภาคผนวก	33
ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	79

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต	3
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย	11
ภาพที่ 3	Building Blocks Model ขององค์การอนามัยโลก (WHO)	16
ภาพที่ 4	Action Plans การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน	16
ภาพที่ 5	การพัฒนา Big Data ในรูปแบบ GDx : Government Data Exchange	20
ภาพที่ 6	Central Data Infrastructure	22

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540 – 2564	8
--------------	---	---



1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## 2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

### 2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา

“การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน”

#### 2.1.1 สถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมาและแนวโน้มของปัญหาในอนาคต ความท้าทายและผลกระทบที่เกิดขึ้น

จากยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2565-2570) หมวดที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และหมวดที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนแม่บทย่อยที่ 11.4 การพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน คือ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต แรงงานมีศักยภาพในการเพิ่มผลผลิต มีทักษะอาชีพสูง ตระหนักในความสำคัญที่จะพัฒนาตนเองให้เต็มศักยภาพ สามารถปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ตามพลวัตของโครงสร้างอาชีพและความต้องการตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายพร้อมกับกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ด้าน Promotion Prevention & Protection Excellence ในแผนที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) สอดรับกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น

กรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงวางแนวทางเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงานให้มีความชัดเจน ออกแบบพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี เพื่อให้บรรลุผลตามวิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิต คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู่อสังคมนิยม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง

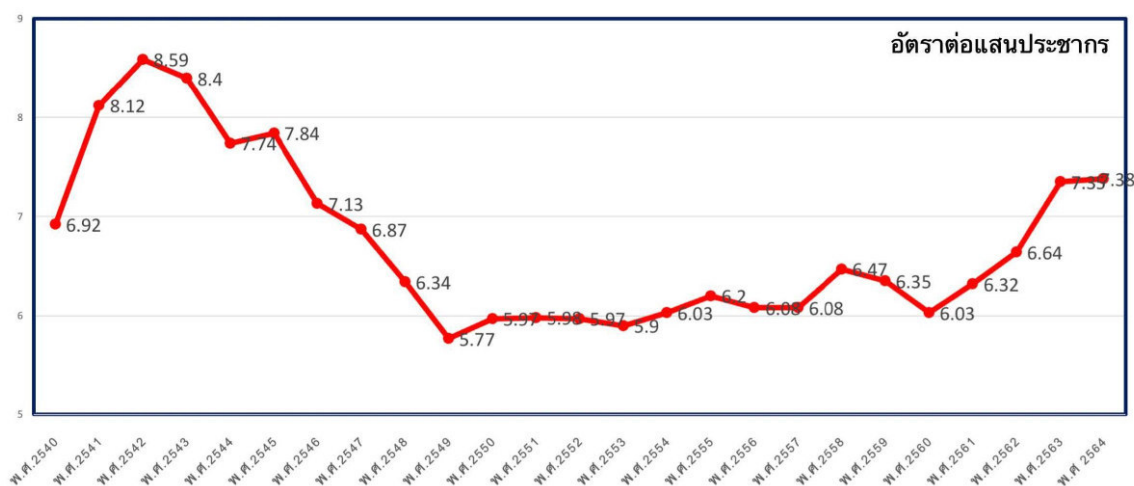
จากรายงานสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <sup>11</sup> ปี 2563 แสดงให้เห็นแนวโน้มสัดส่วนการพึ่งพิงวัยแรงงานในอนาคต ซึ่งคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี 2583 และอัตราการเกิดใหม่ของประชากรไทยที่มีจำนวนลดน้อยลงเรื่อย ๆ ส่งผลให้โครงสร้างประชากรได้เปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ <sup>12</sup> เมื่อจำนวนเด็กเกิดลดลงเรื่อย ๆ ก็ส่งผลให้คนวัยแรงงานในอนาคตลดลง ประเทศเริ่มขาดปริมาณของแรงงาน ทำให้ผลิตภาพและฐานภาษีของประเทศก็จะลดลงเช่นกัน <sup>13</sup> และยังสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการแบกรับภาระที่สูงขึ้นของคนวัยทำงานอีกด้วย

เมื่อพิจารณาสถานการณ์สุขภาพของคนวัยทำงานทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ พบข้อมูลจากผลการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค <sup>14</sup> รายงานว่า

กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นทุกปีและสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงและ โรคเครียดจากการทำงานของประชากรกลุ่มวัยทำงานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกจังหวัด

และจากรายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาส 1 ปี 2565 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<sup>15</sup> ได้รายงานถึงความเคลื่อนไหวทางสังคมในประเด็นสุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมลดลงในทุกโรค แต่มีภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับไตรมาสเดียวกันในปี 2564 ซึ่งในจำนวนนี้สามารถจำแนกได้ว่ากลุ่มคนวัยทำงานในช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปี เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด<sup>16</sup> สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ 2560-2564 ที่พบว่าอัตราจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและทำร้ายร่างกายตนเองในวัยเรียน และวัยทำงานตอนต้นเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 25-34 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2564 จำนวน 956 คน ซึ่งสูงขึ้นกว่าปี 2563 ที่มีจำนวน 896 คน<sup>17</sup>

### อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540 - 2564



แหล่งข้อมูล ไบรอนบัตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 1 : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540 - 2564

7

นอกจากนี้ ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต ในปี 2565<sup>17</sup> พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยทำงาน 9.43 ต่อแสนประชากร (3,650 คน) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ส่วนอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยทำงานอยู่ที่ 45.24 ต่อแสนประชากร (17,499 คน) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเล็กน้อย

นอกจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของวัยทำงานที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังพบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ประชาชนทุกคนได้รับผลกระทบในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียดสะสมกลายเป็นสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัว โดยมีรายงานว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ความรุนแรงในครอบครัวของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นถึง 66%

ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเครียดทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว และการใช้สารเสพติด<sup>15</sup> ทั้งยังพบสถานการณ์ความเครียดและความเปลี่ยนแปลงด้านรายได้และเงินออมของแรงงานที่สำคัญ คือพบว่า เงินออมของคนวัยแรงงานในปี 2564 ลดลงร้อยละ 43.8 เมื่อเทียบกับปี 2562<sup>18</sup> และสัดส่วนครัวเรือนมีหนี้สินเพิ่มขึ้นจาก 45.2 ในปี 2562 เป็น 51.5 ในปี 2564<sup>19</sup>

ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชนในวัยทำงานโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการทำงาน องค์กรระบบเศรษฐกิจ และความมั่นคงของสังคมอีกด้วย ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความเข้มแข็งทางใจ ตลอดจนการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว มีกลไกภายในครอบครัวที่เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับปัญหาและอุปสรรค สามารถเป็นที่พึ่งพิงและเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยหล่อหลอมให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นการเพิ่มปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) เป็นเกราะป้องกันด้านจิตใจ และลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่คนวัยทำงานและสังคมได้เป็นอย่างดี

จากหลายการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หรือ Mental Health Literacy ทั้งในระดับบุคคล และสังคม เป็นปัจจัยเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจให้กับประชาชน ในการเผชิญและรับมือกับสถานการณ์วิกฤติหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น โดยจากการสำรวจของ กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ.2565<sup>20</sup> ได้ให้นิยามของ Mental Health Literacy ตามแนวคิดของ Anthony F. Jorm และคณะ ที่สะท้อนถึง 7 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

1. ความสามารถในการจดจำความผิดปกติทางสุขภาพจิตต่าง ๆ ได้
2. ความรู้ในวิธีการที่จะแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพจิต
3. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการป่วยทางจิต
4. ความรู้ในสาเหตุของอาการป่วยทางจิต
5. ความรู้ในการบำบัดตนเอง
6. ความรู้เกี่ยวกับแหล่งในการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ
7. ทักษะคิดส่งเสริมการจดจำอาการและการหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

โดยในการศึกษานี้ ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต (15 ข้อคำถาม) และได้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติการเข้าถึงข้อมูล มิติการเข้าใจ มิติการซักถาม มิติการตัดสินใจและมิติการปฏิบัติ และพบว่า ร้อยละ 11.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ สถานภาพสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ระดับการศึกษาไม่สูง ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน/แม่บ้าน ผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ การมีปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ

## 2.1.2 ความจำเป็นในการดำเนินการพัฒนาตามประเด็นการศึกษา

จากผลการดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตคนวัยทำงานที่ผ่านมา มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสุข และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ประชาชน โดยดำเนินการได้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ผลการประเมินความสุขคนวัยทำงานภายใต้โปรแกรมสร้างสุขฯ<sup>16</sup> พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไปหรือสูงกว่า ร้อยละ 85.49 และมีความเข้มแข็งทางใจ ร้อยละ 88.94 ซึ่งได้ดำเนินการสำรวจในปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และมีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในสถานประกอบการผ่านการดำเนินงานตามเกณฑ์บูรณาการระดับกระทรวง ส่งเสริมให้ชุมชน และสถานประกอบการมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ให้กับคนวัยทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ตลอดจนประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 Packages กระทรวงสาธารณสุข ความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตนในสถานประกอบการ ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน โครงการขับเคลื่อนสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการอย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living) ซึ่งเป็นความร่วมมือระดับนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม สสส. และหอการค้าไทย เพื่อขับเคลื่อนงานผ่านกลไกการบูรณาการทุกมิติ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งมั่นส่งเสริมให้คนวัยทำงานมีความสุข มีความเครียดและความขัดแย้งลดลง เกิดการดูแลสุขภาพจิตให้กับคนวัยทำงานอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลต่อขวัญกำลังใจในการทำงาน สามารถเพิ่มผลผลิต คุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกได้มากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นไป จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุมในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของตนเอง และครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีพร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัว สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ที่มุ่งหวังให้คนไทยในอนาคตมีความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

## 2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

### 2.2.1 หลักการ แนวคิด ที่ใช้เป็นกรอบหรือแนวทางในการจัดทำข้อเสนอ



ภาพที่ 2 : กรอบแนวคิดในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

**จากร่วงโซ่ผลลัพธ์ (Chain of Outcome) ข้างต้น** เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านการพัฒนา โดยมีเป้าหมาย 17 ประเด็น ในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ซึ่งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำข้อเสนอครั้งนี้ ได้แก่ เป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 8 ด้านอาชีพและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ดี เป้าหมายที่ 10 ด้านการลดความเหลื่อมล้ำ และเป้าหมายที่ 17 ด้านการร่วมมือกันเพื่อเป้าหมายตามลำดับ เป้าหมายทั้งหมดนี้สอดคล้องกับ “การพัฒนาบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental Well Being) สะท้อนผ่านตัวชี้วัดด้านต่างๆ นำไปสู่ประเทศไทยที่มีสังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูงต่อไป

#### 2.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอ

##### นิยามคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

**ประชาชนวัยแรงงาน/วัยทำงาน** หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี <sup>1,6,18</sup>

**ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเข้าใจ ในการพัฒนาดูแลตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน เช่น ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ตนเอง และที่เป็นปัจจัยแวดล้อม วิถีชีวิต อาชีพ และบริบทสังคม โดยรวม ด้วยการใช้ทักษะการค้นหา ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ มาคิดวิเคราะห์จนเข้าใจ และนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้ตนเอง (1) เผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ได้ หรือ (2) ได้รับความช่วยเหลือจากบริการ ด้านการรักษาจนสามารถใช้ชีวิต และอยู่ในสังคมได้ <sup>5,6</sup>

**ระบบบริการสุขภาพจิต** หมายถึง ระบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ประชาชนและเครือข่าย ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยรูปแบบดิจิทัล หรือรูปแบบอื่นใด <sup>5,6</sup>

**เทคโนโลยีดิจิทัล** หมายถึง การพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม ตลอดจนถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตในรูปแบบดิจิทัล เพื่อรองรับการดำเนินงานใน 2 มิติ ได้แก่ มิติส่งเสริม ป้องกัน และมีติรักษา พื้นฟู<sup>5,6</sup> เช่น การบริการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก ผ่าน web application ที่ชื่อ Mental Health Check-In (MHCI) การให้บริการจิตเวชทางไกล (Tele-Psychiatry) การปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตาย (Hope Task Force) เป็นต้น

**สถานการณ์ที่สำคัญและข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในประชาชนวัยทำงาน**<sup>6</sup>

### ด้านการเมือง การปกครองและนโยบาย

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านการพัฒนา โดยมีเป้าหมาย 17 ประเด็น ในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ซึ่งมีหลายเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยเฉพาะเป้าหมายย่อยที่ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านการป้องกัน และรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ.2573 และได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อประชากรแสนคน) อยู่ในเป้าหมายดังกล่าวด้วย

นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2565-2566 โดยอธิบดีกรมสุขภาพจิต (แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์) ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- บูรณาการงานสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยผ่านกลไกเขตสุขภาพ เพื่อการขับเคลื่อนอย่างเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพระดับชาติ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก (Proactive) ที่มีการคาดการณ์อนาคต (Futuristic Approach) และติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน แก้ไขและรักษาพื้นฟู ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ทันทั่วทั้งที่ ต่อการเปลี่ยนวิถีชีวิต ในระยะหลังการระบาดของ COVID-19 (From New Normal to Next Normal) ด้วยกลไกการให้บริการแบบโลกเสมือนจริง (Virtual Services) การเป็นศูนย์สุขภาพจิตที่ทันสมัยด้วยระบบดิจิทัล (Smart Mental Health Center) และเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยด้วยระบบดิจิทัลที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเยียวยา (Smart Hospital with Healing Environment)

### ด้านเศรษฐกิจ

- จากการสำรวจสถานการณ์ตลาดแรงงาน ในช่วงไตรมาสที่ 1 ปี 2565 พบว่า **ผู้ว่างงานที่ไม่เคยทำงานมาก่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น** โดยจำนวนผู้ว่างงานระยะยาวหรือว่างงานเกิน 1 ปี มีจำนวน 1.74 แสนคน ขณะที่แรงงานที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีอัตราการว่างงานอยู่ที่ ร้อยละ 3.1 หรือ 2.25 แสนคน

- **สถานการณ์ความยากจนปี 2564 ปรับตัวดีขึ้น** คนยากจน มีจำนวนทั้งสิ้น 4.4 ล้านคน และครัวเรือนยากจน มีจำนวนทั้งสิ้น 1.24 ล้านครัวเรือน (คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 6.32 และ 4.79

ซึ่งลดลงจากร้อยละ 6.83 และ 5.12 ตามลำดับ ในปีก่อนหน้า) คาดว่าเป็นผลจากการดำเนินมาตรการช่วยเหลือจากรัฐบาลในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจนและผู้มีรายได้น้อย

#### ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

- **โครงสร้างประชากร** หากพิจารณาการเปลี่ยนแปลงจากอดีตไปยังอนาคตพบว่า จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 34.39 ล้านคน (พ.ศ.2513) เป็น 65.73 ล้านคน (พ.ศ.2558) และมีแนวโน้มลดลงเหลือ 63.87 ล้านคน ในปี พ.ศ.2583 ที่น่าเป็นห่วงคือ ประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด ขณะที่ประชากรวัยเด็กกลับมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอดเช่นกัน ส่วนประชากรวัยแรงงานก็มีแนวโน้มลดลง โดยประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยคาดว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ จะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.28 ในปี พ.ศ.2583

- **ความสัมพันธ์ของโครงสร้างครอบครัว** พบว่าสัดส่วนของครอบครัวขยายลดลงจากร้อยละ 6.5 เป็น 6.1 (ในปี 2562 และ 2563) แต่เมื่อพิจารณาความเข้มแข็งของครอบครัวในภาพรวม ตั้งแต่ปี 2558-2563 มีค่าดัชนีความเข้มแข็งของครอบครัวในทิศทางที่ดีขึ้น

- **ความสามารถด้านการศึกษา** ในปี 2564 สถาบันนานาชาติเพื่อการพัฒนาการจัดการ (International Institute for Management Development : IMD) ได้จัดอันดับสมรรถนะความสามารถในการแข่งขันด้านการศึกษาของไทย พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 56 ซึ่งลดลงจากอันดับที่ 51 ในปี 2554

- **การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ และความเสื่อมโทรมทางทรัพยากรธรรมชาติ** ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม และความปลอดภัยในการทำงานสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความเครียด โรคระบาด หรือโรคอุบัติใหม่

#### ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

- **พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และใช้สารเสพติด** จากการสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ปี พ.ศ.2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสารเสพติดที่มีการระบาดมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 79.20) ไอซ์ (ร้อยละ 8.3) กัญชา (ร้อยละ 4.4) และเฮโรอีน (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ

- **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ** จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก มีแนวโน้มลดลงในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา ยกเว้นโรคซิฟิลิสที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ยังค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 80.30)

- **สัมพันธภาพในครอบครัว** พบสถิติการจดทะเบียนสมรสที่ลดลงและอัตราการหย่าร้างที่เพิ่มสูงขึ้น (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) และสถิติความรุนแรงในครอบครัว



ที่พบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เฉลี่ย 1,564 รายต่อปี หรือประมาณ 4 รายต่อวัน ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้น 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาเสพติด สุรา และความหิวหง และพบว่าปัญหาเรื่องการพนัน เป็นปัจจัยกระตุ้นความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา

### ข้อมูลทางระบาดวิทยาด้านสุขภาพจิต

- **กรมสุขภาพจิต** ได้ดำเนินการสำรวจการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Surveillance) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานสากลในประเด็นด้านเศรษฐกิจ การเงิน ครอบครัว การทำงาน การเรียนและการดำรงชีวิต พบว่า **ความเครียดของประชาชนไทย**แปรเปลี่ยนตามความรุนแรงของสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 และยังคงดำเนินไปอย่างไม่หยุดยั้ง ความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากการว่างงาน ตกงานหรือการถูกเลิกจ้าง โดยจำแนกทางสถิติได้ดังนี้ **ผลกระทบทางการเงินมากที่สุด** (ร้อยละ 26.7) รองลงมาคือ ผลกระทบด้านการทำงาน (ร้อยละ 9.8) ด้านครอบครัว (ร้อยละ 7.1) ความไม่สงบทางการเมือง (ร้อยละ 2.7) และเรื่องอื่นๆ (ร้อยละ 8.0)

- **โรคซึมเศร้า** เป็นอีกโรคที่พบได้บ่อยจากความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งพบได้ทั่วไปในประชาชนทุกเพศทุกวัย จากการคาดการณ์ภาวะโรคทั่วโลกพบว่า ปี 2564 **โรคซึมเศร้า**ก่อให้เกิด **ความสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรโลกเป็นอันดับ 2** ถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยตรงก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นานเป็นเวลานาน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูงมาก จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังพบอัตราการเข้าถึงบริการไม่ถึงเป้าหมาย (ร้อยละ 60) อยู่ในหลายพื้นที่

- **การฆ่าตัวตาย** จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยระหว่างปี 2555-2564 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยในปี 2561-2564 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.32, 6.64, 7.37 และ 7.38 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยกรมสุขภาพจิตพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า ช่วงอายุระหว่าง 35-39 ปี เป็นช่วงที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 50.4)

- **การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิตสู่ประชาชน** กรมสุขภาพจิตได้พัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพจิตด้วยช่องทางใหม่ ๆ โดยมีกระบวนการหลักที่สำคัญครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยการใช้บุคลากรที่มีอยู่ในการพัฒนาสื่อ อินโฟกราฟฟิก และข่าวสารต่าง ๆ แทนการจ้างผลิต **รวมทั้งการติดตามและเฝ้าระวังข่าว** ตลอดจนมีการสร้างเครือข่ายในภาคส่วนต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น วัคซีนใจในชุมชน เพื่อสร้างชุมชนที่มีความเข้มแข็งทางใจ (Community Resilience) และตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เป็นต้นมา ยังมีการสร้างเครือข่ายกับ Social Influencer บนแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น Tik-Tok, Twitter, Instagram, Facebook Page เป็นต้น เพื่อสร้างความมั่นใจและการรับรู้ที่กว้างขวางในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชน

- **ความรู้ด้านสุขภาพจิต** ในปี 2560 กรมสุขภาพจิต พบว่า คนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.87 โดยมีที่ได้ระดับต่ำ คือ มิติการเข้าถึงข้อมูลและมิติการปฏิบัติ ทั้งในการค้นหาข้อมูลสาระด้านสุขภาพจิต การดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต และการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งที่มีความเชี่ยวชาญ

จากข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญและข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในประชาชนวัยทำงาน พร้อมการสำรวจเชิงคุณภาพการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประชาชนวัยทำงาน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตด้วยวิธีการ **Gap Analysis** ตาม **6 Building Blocks Model** ขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมุ่งเน้นการพัฒนา **Service Delivery, Information, Technology** และ **Leadership / Governance** พบความท้าทายของการทำงานด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ดังนี้

1. การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตโดยกรมสุขภาพจิต รวมถึงภาคีเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดูแลประชาชนในรูปแบบของการตั้งรับ (Reactive) ยังขาดการบูรณาการงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางระบบการบริการสุขภาพจิตร่วมกันแบบองค์รวมและเชิงรุก (Proactive) ที่มีประสิทธิภาพและเท่าทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล
2. ประชาชนและประชาสังคม ยังมีความรู้ด้านสุขภาพจิตไม่มากนัก นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ และความรุนแรงในสังคมที่สูงขึ้น
3. ยังไม่มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับชาติ
4. ขาดนโยบายและแผนปฏิบัติการของหน่วยงานภาครัฐที่ชัดเจน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน เช่น การแก้ไขปัญหาหนี้สิน การควบคุมการใช้สารเสพติด (เอกสารภาคผนวกที่ 5) เป็นต้น
5. ขาดนโยบายและแผนปฏิบัติการบริการสุขภาพที่เจาะจงเฉพาะกลุ่มอายุ และกลุ่มเปราะบาง/กลุ่มเสี่ยง ในประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญ
6. ทรัพยากรบุคคลและการเงินไม่เพียงพอ สำหรับการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือเทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อรับมือประเด็นท้าทายในการดำเนินงานแบบบูรณาการหลายภาคส่วนที่มีความซับซ้อน



The WHO health system building blocks framework. Source: WHO 2007

ภาพที่ 3 : 6 Building Blocks Model ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

2.2.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาโยบายที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ จากความท้าทายของการทำงานด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ เพื่อ “การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” ในรูปแบบของ Action Plans ดังนี้



ภาพที่ 4 : Action Plans การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

### ขั้นตอนที่ 1 : Scenario Planning

จากความผันผวนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบท VUCA world ปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพจิตประชาชนในรูปแบบและความรุนแรงที่แตกต่างกัน กรมสุขภาพจิต เป็นผู้ประสานหลักในการสะท้อนข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ในการจัดทำ Scenario Planning แบบบูรณาการร่วมกัน อาทิ

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ/สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- กรมประชาสัมพันธ์ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
- สำนักงานคณะกรรมการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ
- กระทรวงมหาดไทย
- กระทรวงแรงงาน
- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
- กระทรวงการคลัง
- กระทรวงพาณิชย์
- กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- กระทรวงศึกษาธิการ
- กระทรวงอุตสาหกรรม
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์
- Purchaser ด้านสุขภาพ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)/  
กรมบัญชีกลาง/ สำนักงานประกันสังคม
- หน่วยงานภาคเอกชนและประชาสังคมอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

โดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. **Prototype** พิจารณาแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ภายใต้ข้อมูลและข้อเสนอแนะจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง และกำหนด **รูปแบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน** ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่และบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนาการเชื่อมโยง **ฐานข้อมูล** ที่เกี่ยวข้องเพื่อสามารถใช้ประโยชน์แบบบูรณาการได้โดยทุกภาคส่วน (เช่น บันทึกข้อตกลงการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างฐานข้อมูล ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของ ศอ.บต. กับฐานข้อมูล

Crisis Mental Health Surveillance System : CMS ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ดังข้อมูลในภาคผนวก 1)

2. **Pilot** ร่วมกันพิจารณาเพื่อจัดหาพื้นที่สำหรับการเป็นต้นแบบการใช้ระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลที่พัฒนาขึ้น โดยเลือกดำเนินการในประเด็นที่สำคัญ หรือเลือกดำเนินการในพื้นที่/setting ที่มีปัญหาหรือมีความพร้อมดำเนินการก่อน ในรูปแบบ (Sandbox)
3. **Experiment** นำระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลที่พัฒนาขึ้น มาทดลองดำเนินการ โดยมีการติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินการ นำมาพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทหรือพื้นที่ต้นแบบเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ระบบการบริการที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ไขปัญหา
4. **Strategic Investment** พิจารณาคัดเลือกและกำหนดรูปแบบของ “ระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” ที่เหมาะสมในการดำเนินงานให้บรรลุผลลัพธ์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

## ขั้นตอนที่ 2 : Agenda Setting

นำเสนอ “โครงการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” เข้าบรรจุในนโยบายพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต โดยจัดทำเป็น **แนวทางบูรณาการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงานด้วยระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล (ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย)** ประกอบด้วย 6 แนวทาง ดังนี้

1. กรมสุขภาพจิต จัดตั้ง “**สำนักความรู้สุขภาพจิต**” เพื่อรวบรวมและผลิตข้อมูล องค์ความรู้ เครื่องมือและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/การศึกษาวิจัยคุณภาพสูง ผลิตและเผยแพร่องค์ความรู้สู่ประชาชน ในรูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมในบริบทต่าง ๆ (ภาคผนวกที่ 3) และมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลฯ ต่อไป
2. พัฒนา “**ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไปกลุ่มวัยทำงาน**” ในรูปแบบที่ใช้ได้จริง มีประสิทธิภาพและทันสมัย โดยใช้ฐานข้อมูลบูรณาการ/ Big Data มาวิเคราะห์และวางแผนการจัดบริการสุขภาพจิตดิจิทัลให้เหมาะสมกับทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช ในภาพรวมของประเทศและตามบริบทของพื้นที่เขตสุขภาพ/จังหวัด
3. พัฒนา “**ระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล**” ที่ครอบคลุมทั้งมิติการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูความเจ็บป่วยด้านจิตใจ

4. เพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิต ให้สามารถเป็นหลักในการขับเคลื่อนระบบฯ และมีความพร้อมในการส่งมอบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลให้กับสังคมอย่างมีประสิทธิภาพได้
5. ยกระดับระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคีสังคม ขับเคลื่อนผ่านระบบบริการ Service Plan ด้านจิตเวชและสารเสพติดของเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ระดับจังหวัด (มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (ลคสข.) (ภาคผนวกที่ 4)
6. พิจารณาปรับแก้กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ องค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรองรับ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลแบบบูรณาการสามารถได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

### ขั้นตอนที่ 3 : Policy Making

**จัดทำประชาพิจารณ์**เกี่ยวกับแนวทางบูรณาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงานด้วยระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณและคณะวิทยากรจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อรับฟังความคิดเห็นให้ครอบคลุมทุกมิติและสร้างแนวปฏิบัติที่ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและสัมฤทธิ์ผล ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียประกอบด้วย

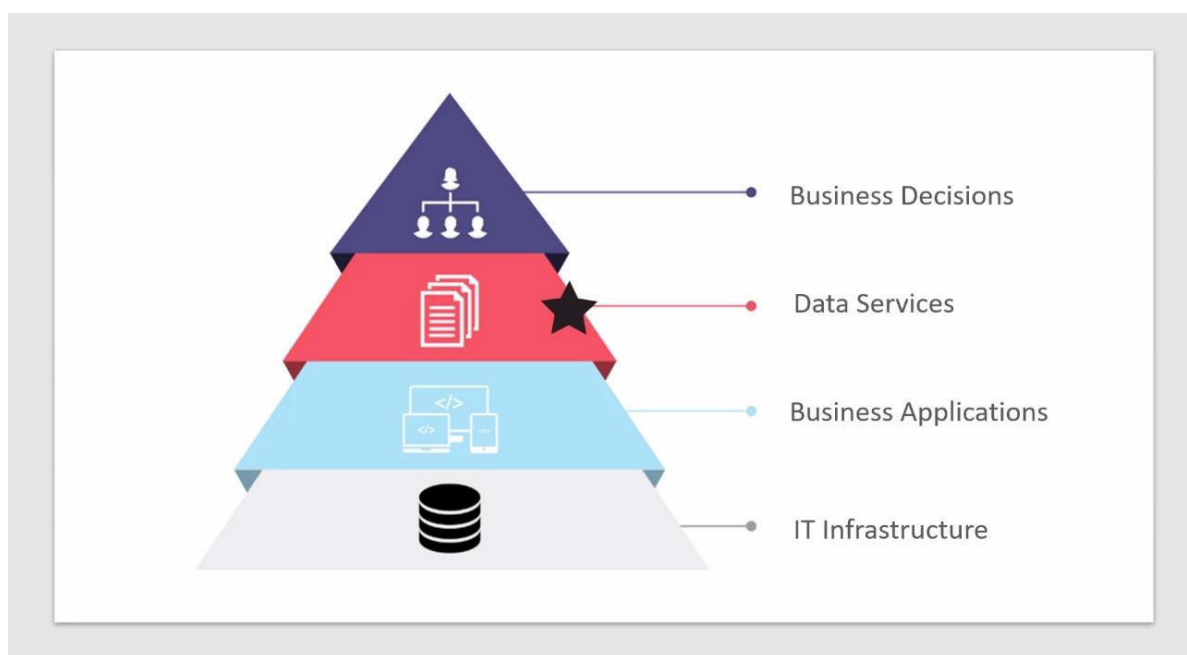
1) **หน่วยงานภาครัฐ** ประกอบด้วยผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในสังกัด 7 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และ 5 กระทรวงสนับสนุน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการคลัง กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

2) **ภาคประชาชน/ภาคีสังคม** อาทิ สภาองค์กรลูกจ้าง สมาพันธ์แรงงาน สหพันธ์แรงงาน สหภาพแรงงาน สถาบัน/องค์กร/มูลนิธิ/หน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น

3) **ภาคเอกชน** อาทิ กลุ่มผู้ประกอบการ บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ เป็นต้น

โดยกำหนดผลลัพธ์ คือ กลยุทธ์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนวัยทำงานผ่านระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลที่มีความยั่งยืน

1. ระบบบริการสุขภาพดิจิทัลที่มีการบริหารจัดการแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพสูง
2. การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพดิจิทัลที่มีคุณภาพและเป็นมิตรกับวัยทำงาน
3. การลงทุนด้านองค์ความรู้ วิจัยและนวัตกรรม
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจในวัยทำงาน และการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการ และชุมชน ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน



ภาพที่ 5 : การพัฒนา Big Data ในรูปแบบ GDx : Government Data Exchange

### การพัฒนา Big Data ในรูปแบบ GDx : Government Data Exchange

เป็นอีกหนึ่งขั้นตอนที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมใน 4 ขั้นตอนต่อไปนี้ ตามลำดับ 1.) IT Infrastructure 2.) Business Application 3.) Data Services และ 4.) Business Decisions โดยพบว่าในปัจจุบันมีประเด็นที่อาจเป็นอุปสรรคในการบูรณาการข้อมูล ได้แก่

1. รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล ที่มีความหลากหลาย ขาดความสมบูรณ์ และยังไม่พร้อมสำหรับการเชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน
2. ระบบการเชื่อมโยงข้อมูล (Systematic Sharing) ทั้งในมิติการควบคุมด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และการเข้าถึง (Quality, Security, and Access Control) ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. AI Biases ในกรณีที่มีการบูรณาการข้อมูลโดยใช้ระบบ AI แบบสมบูรณ์

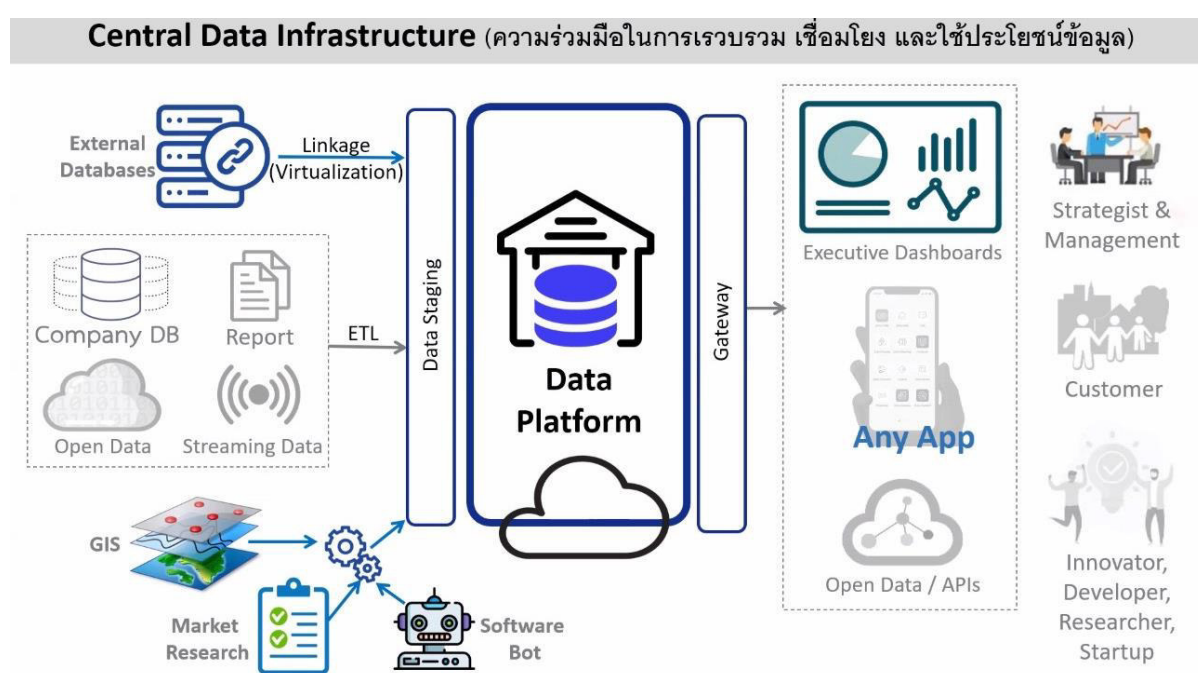
นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ต้องระวังเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาทิ พรบ.การบริหารงานและการให้บริการ ภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ.2562 พรบ.การปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2565 และ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น PDPA) เป็นต้น โดยในการศึกษานี้ ได้เสนอให้มีกระบวนการที่นำไปสู่ความสำเร็จ ดังนี้

- กำหนด **Agenda** ที่ชัดเจน
- จัดตั้ง **Data Governance Committee** เพื่อพิจารณาประเด็นที่สำคัญและเปราะบาง และสร้างความเชื่อมั่นให้กับการสร้างฐานข้อมูลแบบบูรณาการที่สามารถใช้ประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม
- วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลเชิงพฤติกรรมสุขภาพในมิติต่างๆ ที่มีทั้งด้านปริมาณ ความหลากหลาย (variety) และคุณภาพของข้อมูลที่เพียงพอ สำหรับให้ data scientists พิจารณาเสนอวิธีการเชื่อมโยงข้อมูล (data integration) และกำหนดระบบ digital ID ได้อย่างเหมาะสม
- กำหนด **Big data platform** โดยพิจารณาแยกเป็นข้อมูล open data ที่สามารถใช้ได้โดยอิสระ และข้อมูลลับที่จำเป็นต้องมีการประสานหรือมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับความเชื่อมโยงของข้อมูลต่างๆ ให้ทันสมัยอย่างน้อยทุก 1 เดือน
- จัดทำ **Big data analysis** ทั้งในมิติ descriptive analysis เพื่อวิเคราะห์ความพร้อมและผลกระทบของข้อมูล (readiness and impact) เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจัด priority และวางแผนดำเนินการเชิงนโยบาย (less for more) นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องใช้ข้อมูลในมิติ predictive analysis จาก matching learning AI เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมถึงพิจารณาประเด็นที่ต้องทำ artificial narrow intelligence (ใช้มนุษย์ร่วมพิจารณาให้ข้อมูล/ข้อคิดเห็น เพื่อลด AI biases)
- จัดทำ **Cognitive Search** เพื่อพัฒนาระบบบริการดิจิทัลในรูปแบบที่ทันสมัย และใช้ประโยชน์ได้กว้างขวางมากขึ้น เช่น Chat GPT ในระบบบริการ ระบบ Health recommender ระบบ Emotional face recognition และการเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูล Health Link ที่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น



#### ขั้นตอนที่ 4 : Budgeting

นำเสนอแนวทาง พร้อม Scenario Planning ที่ได้รับการพิจารณาให้ดำเนินการ และคุ้มค่าต่อการลงทุน เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพดิจิทัลสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เป็นวาระแห่งชาติ และมอบหมายให้กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน และสนับสนุนให้เกิดการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและเอกชน (PPP : Public Private Partnership) เพื่อจัดทำและดำเนินโครงการ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการสุขภาพดิจิทัล และบริการสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดีของประชาชนวัยทำงาน



ภาพที่ 6 : Central Data Infrastructure

#### ขั้นตอนที่ 5 : Policy Implementation

ขับเคลื่อนผ่านกลไกของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ระดับจังหวัด (มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (ลคสข.) และระบบบริการ Service Plan ด้านจิตเวชและสารเสพติดของเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

โดยเน้นให้ประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ได้มีส่วนร่วมและเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และการดำเนินงานของภาครัฐ (Citizen centric) และจัดเวทีการนำเสนอผลงานหรือการประกวดผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต รายบุคคลหรือรายงานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน (workplace) เช่น

- โครงการ To Be Number 1
- กิจกรรมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

### ขั้นตอนที่ 6 : Policy Evaluation

กำหนดผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ “การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” เพื่อประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงานในปัจจุบัน วางแผนการทำงานในอนาคต วิเคราะห์ประเด็นปัญหาเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยตรงหรือประเมินผลลัพธ์ผ่านตัวชี้วัดต่าง ๆ ดังนี้ (ค่าเป้าหมายจะถูกกำหนดโดยข้อมูลสถานการณ์และ Stakeholders)

- ร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์
- ร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีความเข้มแข็งทางใจ (RQ) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
- ร้อยละของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต (ในโรคสำคัญ)
- ร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประชาชนวัยทำงาน (ต่อแสนประชากร)
- จำนวนอุบัติเหตุความรุนแรงในสังคมที่เกิดจากผู้ก่อเหตุที่อยู่ในวัยทำงาน (ต่อปี)

#### 2.2.4 ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินการตามข้อเสนอพร้อมระบุแนวทางการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม

สืบเนื่องจากการพัฒนาเพื่อใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพจิตโดยใช้หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการข้อมูลของกระทรวง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดบริการให้มีความครอบคลุมทั่วถึง จึงอาจทำให้เกิดปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตามข้อเสนอ และแนวทางการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม ดังนี้

##### 1. การสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เชิงบูรณาการ

ข้อมูลต่าง ๆ จากฐานข้อมูลที่บูรณาการร่วมกันจากทุกภาคส่วน จัดเป็นสินทรัพย์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ และวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายสำคัญ ดังนั้น กระบวนการบูรณาการข้อมูลจากแต่ละภาคส่วนจึงจำเป็นต้องอยู่ภายใต้มาตรการความปลอดภัยทางไซเบอร์ และผ่านความเห็นชอบจาก Data Governance Committee

## 2. การส่งเสริมให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล

บริการสุขภาพจิตดิจิทัลเป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และอำนวยความสะดวกทั้งแก่ผู้รับและผู้ให้บริการ ซึ่งการจะบรรลุตามวัตถุประสงค์นี้ได้ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมมีความจำเป็นต้องจัดเตรียมความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีดิจิทัลและอินเทอร์เน็ต และระบบการศึกษาสนับสนุนการปลูกฝังกระบวนการทำงานและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้กับทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความคุ้นชินและตระหนักถึงประโยชน์อันเกิดจากเทคโนโลยีดิจิทัลนี้

## 3. การนำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย มาเป็นข้อมูลตั้งต้นในการพัฒนาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

มิใช่เพียงการเก็บรวบรวมที่มีอยู่ในระบบเดิมเท่านั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล จำเป็นต้องมีการคิดวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายอย่างรอบด้าน (Know) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลตั้งต้นในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (Decide) จึงจะนำมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และทันต่อสถานการณ์และปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง (Act) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้

## 4. กฎหมายหรือระเบียบที่สอดคล้องกับการพัฒนาและเท่าทันต่อบริบทในปัจจุบัน

ในบริบทของ VUCA world มีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา การใช้กฎหมายเดิมที่เคยสัมฤทธิ์ผลในอดีตที่ผ่านมา อาจไม่สามารถถูกบังคับใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ในช่วงเวลาปัจจุบันได้ กระทรวงที่เกี่ยวข้องควรนำวิธี Actionable Intelligence Process มาร่วมในการออกแบบการกำหนดนโยบายต่าง ๆ และเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาปรับแก้กฎหมายในส่วนที่สำคัญให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น

## 5. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนและทั่วถึง

การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นในการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเริ่มแรก จะสามารถสนับสนุนให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบาย/โครงการให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้มากยิ่งขึ้น

## 6. ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการดำเนินงานภาครัฐ

การสร้างความเชื่อมั่น (Trust) ต่อการดำเนินงานภาครัฐ จะสามารถสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งจัดเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานเพื่อพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ต่อไป ซึ่งจำเป็นต้องสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญจำเป็นในการใช้ระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนักในความสำคัญของการใช้ระบบบริการดิจิทัลและสุขภาพจิตของตนเอง/คนรอบข้างและสังคม

## 2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นการเสนอแนวทางใน “การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” เพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอดังกล่าว ผู้เขียนจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำที่ใช้ในการขับเคลื่อนข้อเสนอดังนี้

### 1. ทักษะในการผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอกับปรากฏในรายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัลในกลุ่มเป้าหมาย จัดเป็นการผลักดันทั้งผู้รับและผู้ให้บริการต้องข้ามผ่านออกจากบริบทหรือความคุ้นชินเดิม (Comfort Zone)

### 2. ความสามารถและคุณลักษณะที่สะท้อนภาวะผู้นำ

สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ได้สะท้อนความเป็น VUCA world ให้เห็นอย่างชัดเจน ผู้เขียนจึงมีความจำเป็นต้องนำแนวคิดของภาวะผู้นำในเชิงธุรกิจมาร่วมขับเคลื่อนข้อเสนอนี้ด้วย เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ด้วย 4 องค์ประกอบของภาวะผู้นำที่สำคัญ ได้แก่ Vision (วิสัยทัศน์) Understanding (การทำความเข้าใจ) Clarify (การทำให้กระจ่างและชัดเจน) และ Agility (ความว่องไวต่อการเปลี่ยนแปลง)

### 3. ความรู้และทักษะทางด้านดิจิทัล

การยกระดับบริการสุขภาพจิตดิจิทัลในกลุ่มเป้าหมาย เป็นความท้าทายที่สำคัญในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการในภาพกว้างระดับชาติ ผู้เขียนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งในส่วนของอิทธิพลและศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนเชิงนโยบายต่อไปได้โดยเกิดประโยชน์สูงสุด

### 4. คุณลักษณะในยึดมั่นในผลลัพธ์และการเข้าใจผู้อื่น รวมถึงทักษะการสื่อสารโน้มน้าว

“การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพจิตดิจิทัล โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน” อาศัยการบูรณาการทั้งข้อมูลและกระบวนการจากหลายภาคส่วน ผู้เขียนจำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถทำความเข้าใจบริบทกระบวนการ และวิธีคิด/วิธีปฏิบัติ/ธรรมเนียม/ค่านิยมของภาคส่วนอื่น ๆ รวมถึงมีทักษะการสื่อสารโน้มน้าวที่ดี เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานไปสู่ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้แบบองค์รวมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

### 3. แผนพัฒนาตนเอง

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## บรรณานุกรม

### บรรณานุกรม

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ.2566-2570.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2565). แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570).
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2561). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561).
5. กรมสุขภาพจิต (2562). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580).
6. กรมสุขภาพจิต (2565). แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี ของกรมสุขภาพจิต (พ.ศ.2566-2570).
7. กรมสุขภาพจิต (2556). การสำรวจระดับความวิตกกังวลของประชาชนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556.
8. Jorm, A.F., et al. 2006. Mental Health Literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment.
9. กรมสุขภาพจิต (2566). ฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตประชาชนผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-In.
10. คำสั่งกรมสุขภาพจิต เลขที่ 574/2565. มอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต.
11. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2563).
12. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2564).
13. วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2564). วิฤตสังคมสูงวัย.
14. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2564).
15. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565).
16. ระบบรายงานการประเมินสุขภาพจิตคนไทย กรมสุขภาพจิต, ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2565.
17. ระบบรายงานการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต, ข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน 2566.
18. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (2564)
19. ธนาคารแห่งประเทศไทย (2564).
20. กรมสุขภาพจิต (2565). โครงการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตคนไทย ประจำปี พ.ศ.2565.

## ภาคผนวก



ภาคผนวก 2 : คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 574/2565 เรื่อง มอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต  
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต



คำสั่งกรมสุขภาพจิต  
ที่ 574 / ๒๕๖๕

เรื่อง มอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต  
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๗๐/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ ได้แต่งตั้ง  
ให้นายธิตี แสงธรรม รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มาดำรงตำแหน่งรองอธิบดี  
กรมสุขภาพจิต ตำแหน่งเลขที่ ๔ ตั้งแต่วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ นั้น

เพื่อให้การบริหารราชการแผ่นดินของส่วนราชการกรมสุขภาพจิตเกิดความต่อเนื่อง  
มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและเกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติราชการ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒  
และมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕)  
พ.ศ. ๒๕๔๕ และ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมาตรา ๖ มาตรา ๗ และมาตรา ๘ แห่งพระราชกฤษฎีกา  
ว่าด้วยกรมมอบอำนาจ พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๓ และข้อ ๕ ของกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ และหนังสือสำนักงาน ก.พ.ร. ที่ นร ๑๒๐๐/ว ๔๐  
ลงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ อธิบดีกรมสุขภาพจิตจึงมอบอำนาจและหน้าที่ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ มอบอำนาจในการสั่งการ การอนุญาต การอนุมัติ และการปฏิบัติราชการ หรือดำเนินการ  
อื่นใดที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตจะพึงปฏิบัติ หรือดำเนินการตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งใดๆ  
หรือมติคณะรัฐมนตรีให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิตตามบัญชีรายละเอียด  
การมอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิตในข้อ ๑. หน่วยงาน  
ที่รับผิดชอบ และในข้อ ๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามบัญชีที่แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๒ การมอบอำนาจตามข้อ ๑ ให้อยู่ภายใต้เงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๒.๑ ถ้าเป็นกรณีให้เห็นสมควรเสนออธิบดีกรมสุขภาพจิตพิจารณาหรือสั่งการ ให้รองอธิบดี  
กรมสุขภาพจิตพิจารณาเสนอความเห็นต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิตเพื่อพิจารณาสั่งการ

๒.๒ เรื่องที่เป็นราชการประจำและพัฒนา

๒.๓ เรื่องที่มีปัญหาในทางนโยบาย

๒.๔ เรื่องที่ไม่มีคำสั่งกำหนดไว้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคณะใดคณะหนึ่ง

โดยเฉพาะ

ข้อ ๓ ...

- ๒ -

ข้อ ๓ เรื่องดังต่อไปนี้เมื่อพิจารณาแล้วให้เสนอความเห็นต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต คือ

๓.๑ การแต่งตั้งโยกย้ายและยืมตัวของข้าราชการตำแหน่งทางวิชาการตั้งแต่ระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป

๓.๒ เรื่องงานต่างประเทศที่ใช้งบจรรยาธุรกิจและประชุมระหว่างประเทศ

ข้อ ๔ ในกรณีรองอธิบดีกรมสุขภาพจิตผู้มีอำนาจหน้าที่ตามที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตกำหนดหรือมอบหมายไม่อยู่หรืออยู่แต่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตคนที่อยู่ลำดับต่อไปปฏิบัติราชการแทน และแจ้งให้รองอธิบดีผู้รับผิดชอบงานนั้นทราบ

ข้อ ๕ ในการปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิตตามคำสั่งนี้ ให้รวมถึงการสั่งการ การร่วมมือหรือประสานงานกับส่วนราชการอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือการร่วมมือ หรือประสานงานกับกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ นอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดไว้ในข้อ ๑ แล้วรายงานให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตทราบ

ข้อ ๖ มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิตและมอบหมายหน้าที่การบริหารงานตามบทบาทภารกิจเฉพาะด้านกรมสุขภาพจิต ตามบัญชีรายละเอียดการมอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต ในข้อ ๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต และในข้อ ๔. มอบหมายบทบาทภารกิจเฉพาะด้านตามบัญชีที่แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกคำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๙๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

- ๓ -

บัญชีรายละเอียดการมอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต  
ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ ๕๓๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

นายจุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายธิตี แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
<p>๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>๑) สำนักงานเลขานุการกรม</p> <p>๒) กองบริหารการคลัง</p> <p>๓) กองบริหารทรัพยากรบุคคล</p> <p>๔) สำนักวิชาการสุขภาพจิต</p> <p>๕) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา</p> <p>๖) โรงพยาบาลสวนปรุง</p> <p>๗) สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์</p> <p>๘) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์</p> <p>๙) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์</p> <p>๑๐) โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์</p> <p>๑๑) โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก</p> <p>๑๒) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑</p> <p>๑๓) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒</p> <p>๑๔) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓</p> <p>๑๕) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖</p> <p>๑๖) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓</p>	<p>๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>๑) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>๒) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>๓) สำนักงานโครงการ To Be Number One</p> <p>๔) โรงพยาบาลศรีธัญญา</p> <p>๕) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์</p> <p>๖) สถาบันราชานุกูล</p> <p>๗) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์</p> <p>๘) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์</p> <p>๙) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์</p> <p>๑๐) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้</p> <p>๑๑) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔</p> <p>๑๒) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๕</p> <p>๑๓) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๑</p> <p>๑๔) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๒</p>	<p>๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>๑) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p> <p>๒) กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต</p> <p>๓) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>๔) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>๕) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์</p> <p>๖) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์</p> <p>๗) โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์</p> <p>๘) โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์</p> <p>๙) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <p>๑๐) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗</p> <p>๑๑) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘</p> <p>๑๒) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙</p> <p>๑๓) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐</p>

- ๔ -

นายจุมภฏ พรหมลีตา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายศิริศักดิ์ ธิติติลภรณ์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายธิตี แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งด้านแผนงาน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนสร้างและพัฒนามาตรการระดับนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งด้านแผนงาน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนสร้างและพัฒนามาตรการระดับนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งด้านแผนงาน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนสร้างและพัฒนามาตรการระดับนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต - พัฒนาศักยภาพให้บุคลากร มีศักยภาพสูงเป็น Multitasking ผู้บุคลากร ๔.๐ - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในกรมสุขภาพจิต - พัฒนาเด็กและเยาวชน ๔.๐ - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายต่างประเทศ - พัฒนาระบบการดูแลและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและก่อความรุนแรงเพื่อรองรับหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19	๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต - พัฒนากกรมสุขภาพจิต ๔.๐ - พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองต่อ Smart Hospital - พัฒนาระบบดูแลผู้พิการ - พัฒนาระบบเวชศาสตร์จิตเวชศาสตร์	๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายนอกกรมสุขภาพจิต - พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้มีมาตรฐานและมาตรฐานสูงตามแนวทาง Service Plan (Basic/Standard/Advanced)และนำ Smart Hospital มาใช้งาน - ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - ติดตามผลกระทบการใช้กัญชาทางการแพทย์
๔. มอบหมายบทบาทภารกิจเฉพาะด้าน เป็นผู้บริหาร - ด้านทรัพยากรบุคคล (Chief Human Resource Officer : CHRO) - ด้านการเสริมสร้างบทบาทหญิงชาย (Chief Gender Equity Officer : CGEO) - หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองจริยธรรม (ITA) - ด้านการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) - ด้านการจัดการความรู้ (Chief Knowledge Officer : CKO)	๔. มอบหมายบทบาทภารกิจเฉพาะด้าน เป็นผู้บริหาร - ด้านการเปลี่ยนแปลง (Chief Change Officer : CCO) - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับกรม (Department Chief Information Officer : DCIO)	

ภาคผนวก 3 : คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 970/2565 เรื่อง การจัดตั้งสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต



## ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมสุขภาพจิต กองบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๒๕๔๐ ๘๐๕๗

ที่ สธ ๐๘๐๓.๕/ว ๕๐๐๕

วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานบริหารภายในกรมสุขภาพจิต และให้บุคลากรไปปฏิบัติราชการ

เรียน เลขาธิการกรม/ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/สถาบัน/โรงพยาบาล/ศูนย์และกลุ่มในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตามแผนปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต ที่มีการยกระดับระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของสังคมไทย และตอบสนองต่อความคาดหวัง ความท้าทายต่อยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต ซึ่งในแผนปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ระดับการสื่อสาร สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความจำเป็นต้องมีการบูรณาการงานตามบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และทรัพยากรจากหลายหน่วยงานในสังกัด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนางานดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด นั้น

กรมสุขภาพจิต จึงได้มีคำสั่งจัดตั้งสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต และให้บุคลากรไปปฏิบัติราชการ ดังรายละเอียดตามคำสั่งที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

## สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต  
ที่ ๕๗๐ /๒๕๖๕  
เรื่อง การจัดตั้งสำนักความรอบรู้สุขภาพจิต

เนื่องจากแผนปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต มีการยกระดับระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของสังคมไทย และตอบสนองต่อความคาดหวัง ความท้าทายต่อยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต ซึ่งในแผนปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความจำเป็นต้องมีการบูรณาการงานตามบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และทรัพยากรจากหลายหน่วยงานในสังกัด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนางานดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ อธิบดีกรมสุขภาพจิตจึงมีคำสั่ง ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้จัดตั้งหน่วยงานภายในขึ้น โดยใช้ชื่อว่า “สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต” ให้มีฐานะเทียบเท่ากองในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยมีสายบังคับบัญชาตรงต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต

ข้อ ๒ สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา วิจัย การจัดการความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านการความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแผนปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต

๒.๒ ขับเคลื่อนงานภารกิจพิเศษในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการความรู้และบุคลากรด้านความรอบรู้สุขภาพจิต การสื่อสารในงานข่าวสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีความเร่งด่วน การบูรณาการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ และการเตรียมนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากยาเสพติด เป็นต้น

๒.๓ บูรณาการและผลักดันการดำเนินงานการสร้างและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและงานสุขภาพจิตที่สำคัญทุกภาคส่วนและตามบริบทอย่างเหมาะสม แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย กลุ่มเปราะบาง องค์กร และสังคม อย่างครอบคลุม

๒.๔ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสม พัฒนากลไกในการสื่อสารให้เข้าถึงทุกระดับ และร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรอบรู้สุขภาพจิต และทักษะการสื่อสารดิจิทัล

๒.๕ ผลักดันให้เกิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลองค์ความรู้กรมสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ และเชื่อมโยงกับสื่อดิจิทัลทันสมัยทุกรูปแบบได้ตามบริบท โดยผู้นำกระแสสังคม สื่อมวลชนและผู้นำชุมชน สามารถมีส่วนร่วมและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพจิตได้

๒.๖ ออกแบบ...

- ๒ -

๒.๖ ออกแบบเพื่อทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการ และนำไปขยายผล พัฒนาบุคคล พื้นที่ องค์กรต้นแบบ ทั้งความรู้ด้านสุขภาพจิตและงานสุขภาพจิต ตามภารกิจพิเศษอื่น ๆ ได้

๒.๗ พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล และรายงานความรู้ด้านสุขภาพจิต และผลลัพธ์งานตามภารกิจพิเศษอื่น ๆ ได้

๒.๘ ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๓. ให้สำนักความรู้สุขภาพจิต มีการจัดแบ่งส่วนราชการภายใน ดังนี้

๓.๑ กลุ่มงานอำนวยการ

๓.๒ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ

๓.๒.๑ งานพัฒนาความรู้สุขภาพจิต

๓.๒.๒ งานขับเคลื่อนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

๓.๒.๓ งานบูรณาการนโยบายสุขภาพจิตยาเสพติด

๓.๒.๔ งานสื่อสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

ข้อ ๔ ให้กลุ่มงานภายในสำนักความรู้สุขภาพจิต มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

๔.๑ กลุ่มงานอำนวยการ

๔.๑.๑ งานสารบรรณ งานธุรการ และสวัสดิการ

๔.๑.๒ งานการเงินและงบประมาณ

๔.๑.๓ งานพัสดุ/ระบบโครงสร้างพื้นฐาน

๔.๑.๔ งานการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน

๔.๑.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ

๔.๒.๑ สนับสนุนให้เกิดการสังเคราะห์หลักฐานวิชาการและสถานการณ์ เพื่อกำหนดและจัดลำดับความสำคัญงานวิชาการเชิงประจักษ์ ความรอบรู้และสื่อสารด้านสุขภาพจิต การบูรณาการงานขับเคลื่อนส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการบูรณาการนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาจิตเวชยาเสพติด ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

๔.๒.๒ สนับสนุนการศึกษา ค้นคว้า วิจัย การจัดการความรู้ พัฒนานวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ ด้านความรู้และสื่อสารสุขภาพจิต การบูรณาการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการป้องกันปัญหาจิตเวชยาเสพติด ที่มีประสิทธิภาพและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตามความต้องการบริบทพื้นที่อย่างเหมาะสมแก่ประชาชน องค์กร และสังคม ทำให้เข้าถึง เข้าใจ นำไปใช้ได้ง่ายอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในสังคม สอดคล้องตามประเด็นยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศ

๔.๒.๓ งานถอดบทเรียนและจัดการความรู้ ได้แก่ ผู้มีความรอบรู้และสื่อสารด้านสุขภาพจิต พื้นที่และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการประยุกต์ใช้นโยบายเพื่อป้องกันปัญหาจิตเวชยาเสพติดได้ เป็นต้น แล้วจัดอบรมแลกเปลี่ยนทักษะให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพจิตและงานสุขภาพจิตสำคัญ ความรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลในสังคม ทำให้ภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ผู้เนี่ยวนำกระแสสังคมด้านสุขภาพจิต สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน และองค์กรต่าง ๆ เกิดชุมชนผู้รู้รอบด้านสุขภาพจิตและงานสุขภาพจิตสำคัญ

๔.๒.๔ จัดทำ ...

- ๓ -

๔.๒.๔ จัดทำข้อมูลวิชาการ เผยแพร่ข่าวสารความรู้สุขภาพจิตในทุกรูปแบบ  
ที่เหมาะสม นำไปใช้ประโยชน์ ได้ทันสถานการณ์

๔.๒.๕ งานบูรณาการพัฒนากาการใช้สื่อดิจิทัลทันสมัย เพื่อกระตุ้นความรู้  
ด้านสุขภาพจิต การเฝ้าระวังปัญหาจิตเวชจากผลกระทบของยาเสพติด และการเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริม  
ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ข้อ ๕ สำนักความรู้สุขภาพจิต มีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ ๘๘/๒๐ หมู่ ๔ กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางอัมพร เบญจพลทิพย์)  
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

...../ร่าง/พิมพ์  
...../ตรวจ



ภาคผนวก 4 : คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ 415/2564 เรื่อง จัดตั้งสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิต  
แห่งชาติ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมสุขภาพจิต กองบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๕๗

ที่ สธ ๐๘๐๓.๕/ว ๒๑๐๑

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง คำสั่งจัดหน่วยงานบริหารภายในกรมสุขภาพจิต และให้บุคลากรไปปฏิบัติงาน

เรียน เลขานุการกรม/ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/สถาบัน/โรงพยาบาล/ศูนย์และกลุ่มในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตามที่กรมสุขภาพจิต ได้มีคำสั่งจัดตั้งสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และมอบหมายให้ข้าราชการและพนักงานราชการไปปฏิบัติราชการที่หน่วยงานดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การขับเคลื่อนและการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบงานธุรการของ คณะกรรมการ คณะกรรมการอุทธรณ์ และคณะอนุกรรมการ ตามมาตรา ๑๑/๑ แห่งพระราชบัญญัติ สุขภาพจิตแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ สูงสุดต่อทางราชการ นั้น

กรมสุขภาพจิต จึงขอส่งสำเนาคำสั่งกรมสุขภาพจิต ดังนี้

๑. คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๕๑๕ /๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เรื่อง จัดตั้ง  
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

๒. คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๕๑๖ /๒๕๖๔ และที่ ๕๑๗ /๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔  
เรื่อง ให้ข้าราชการปฏิบัติราชการ

๓. คำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๕๑๘ /๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ให้พนักงานราชการ  
ปฏิบัติราชการ

รายละเอียดดังปรากฏตามเอกสารที่แนบ ทั้งนี้ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสั่งการให้บุคลากรที่มีรายนาม  
ตามคำสั่งดังกล่าวมอบหมายงานในหน้าที่ให้เรียบร้อย และนำเอกสารสรุปวันลาประเภทต่าง ๆ ไปปฏิบัติงานที่  
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายจุมภฏ พรหมลีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

## สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๕๖๕/๒๕๖๔

เรื่อง จัดตั้งสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้บัญญัติไว้ใน มาตรา ๑๑/๑ ให้กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการอุทธรณ์ และ คณะอนุกรรมการ และตามมาติ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เห็นชอบการจัดโครงสร้างการบริหารภายในและการจัดกรอบอัตรากำลังหน่วยงานส่วนกลางของ กรมสุขภาพจิต โดยมีกลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ อยู่ในกำกับดูแลของกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน นั้น

เพื่อให้การขับเคลื่อนและการดำเนินงานด้านกฎหมายสุขภาพจิตตามพระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อทางราชการ ภาคเอกชน และกรมสุขภาพจิต ฉะนั้น จึงอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ อธิบดีกรมสุขภาพจิต จึงมีคำสั่งจัดตั้งหน่วยงานบริหารภายในขึ้น โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้จัดหน่วยงานบริหารภายในขึ้น โดยใช้ชื่อว่า “สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ” โดยมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต

ข้อ ๒ ให้สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ งานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการอุทธรณ์ และคณะอนุกรรมการ ตามมาตรา ๑๑/๑ แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๑) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๒) ประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ

(๓) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงาน รวมทั้ง มาตรการต่าง ๆ ในด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๑) แล้วรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๔) ปฏิบัติการ...

- ๒ -

(๕) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรี คณะกรรมการ คณะกรรมการอุทธรณ์ หรือ คณะกรรมการมอบหมาย หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมสุขภาพจิต

(๕) ดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านกฎหมายตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต พัฒนากฎหมาย ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านกฎหมาย และรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย รวมทั้งประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายบรรดาที่อยู่ในหน้าที่ และอำนาจของกรม

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือ ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ แบ่งโครงสร้างบริหารภายใน เป็น ๓ กลุ่มงาน ดังต่อไปนี้

(๑) กลุ่มงานอำนวยการ

(๒) กลุ่มงานพัฒนากฎหมายและนิติกรรมสัญญา

(๓) กลุ่มงานขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต

ข้อ ๔ ให้กลุ่มงานมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

(๑) กลุ่มงานอำนวยการ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

(๑.๑) งานสารบรรณ งานธุรการ และสวัสดิการของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๑.๒) ดำเนินการเบิกจ่ายและตรวจสอบความถูกต้องของหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการเงิน การบัญชี และงบประมาณของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๑.๓) ดำเนินการจัดหา ควบคุมและกำกับวัสดุครุภัณฑ์

(๑.๔) ดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล

(๑.๕) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการบริหารสำนักงาน

(๑.๖) ให้คำปรึกษา และแนะนำในงานด้านธุรการ การเงิน การบัญชี งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลให้เป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงาน

(๑.๗) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

(๒) กลุ่มงานพัฒนากฎหมายและนิติกรรมสัญญา

(๒.๑) ดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านกฎหมายตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต พัฒนากฎหมาย ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านกฎหมาย และรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย รวมทั้งประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายบรรดาที่อยู่ในหน้าที่ และอำนาจของกรม

(๒.๒) ศึกษา...

- ๓ -

(๒.๒) ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลประกอบการพัฒนากฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และปรับปรุงแก้ไข ยกร่างกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ และคำสั่งต่าง ๆ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต รวมถึงการรายงานผลการพัฒนากฎหมายต่อกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๒.๓) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางในการควบคุมการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ และดำเนินการเปรียบเทียบปรับกรณีที่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว

(๒.๔) ดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อกำหนด อนุสัญญา หรือข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับสุขภาพจิต

(๒.๕) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

(๓) กลุ่มงานขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต

(๓.๑) จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ โดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๓.๒) ประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ

(๓.๓) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงาน รวมทั้งมาตรการต่าง ๆ ในด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ แล้วรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

(๓.๔) พัฒนาระบบกลไกการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามกฎหมายสุขภาพจิต และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๓.๕) ดำเนินการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

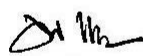
(๓.๖) พัฒนา และประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

(๓.๗) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ให้สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ มีสำนักงานตั้งอยู่ที่อาคาร ๔ ชั้น ๓ เลขที่ ๘๘/๒๐ หมู่ที่ ๔ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

  
(นางพรรณพิมล วิปุลากร)  
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ที่.....  
.....รอง/พิมพ์  
.....ตรวจ

ภาคผนวก 5 : นโยบายการขับเคลื่อนโจทย์บูรณาการ “การลดจำนวนผู้เสียชีวิต โดยใช้การบำบัดรักษา โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อกลับคืนสังคมอย่างมีคุณค่า และการเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดวงจรอาชญากรรม”

กำหนดการกิจกรรมมอบนโยบาย

การขับเคลื่อนโจทย์บูรณาการ “การลดจำนวนผู้เสียชีวิต โดยใช้การบำบัดรักษา โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อกลับคืนสังคมอย่างมีคุณค่า และการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการตัดวงจรอาชญากรรม”

ในวันศุกร์ที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๐.๐๐ น.

ผ่านระบบการประชุมสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom Meeting)

- 
- ๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น. ลงทะเบียน
- ๐๘.๐๐ น. – ๐๘.๐๕ น. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมมอบนโยบาย
- ๐๘.๐๕ น. – ๐๙.๐๐ น. กิจกรรมมอบนโยบายการขับเคลื่อนโจทย์บูรณาการ หัวข้อ “การลดจำนวนผู้เสียชีวิต โดยใช้การบำบัดรักษา โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อกลับคืนสังคมอย่างมีคุณค่า และการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการตัดวงจรอาชญากรรม” โดย
- ปลัดกระทรวงยุติธรรม
  - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
  - ปลัดกระทรวงกลาโหม
  - ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
  - เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน
  - ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ
  - คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ
- ๐๙.๐๐ น. – ๐๙.๔๕ น. การระดมความคิดเห็นของ ป.ย.ป. ๒ ป.ย.ป. ๓ และ ป.ย.ป. ๔ เพื่อเตรียมการดำเนินการผ่านกระบวนการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมเชิงนโยบาย (Policy Innovation Lab)
- ๐๙.๔๕ น. - ๑๐.๐๐ น. สำนักงาน ป.ย.ป. ชี้แจงภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมภายใต้หลักสูตร ป.ย.ป. ให้กับ ป.ย.ป. ๒ ป.ย.ป. ๓ และ ป.ย.ป. ๔
-

## โจทย์การบูรณาการ หลักสูตร ป.ย.ป. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หัวข้อ “การลดจำนวนผู้เสียหายเสพติด โดยใช้การบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อกลับคืนสังคมอย่างมีคุณค่า และการเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดวงจรอาชญากรรม”

### 1. หน่วยงานร่วมขับเคลื่อนโจทย์การบูรณาการ

- 1.1 กระทรวงสาธารณสุข
- 1.2 กระทรวงยุติธรรม
- 1.3 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 1.4 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์
- 1.5 กระทรวงกลาโหม
- 1.6 สำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ
- 1.7 สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน
- 1.8 สำนักงาน ป.ย.ป.

### 2. ระบุปัญหา และ/หรือ ความท้าทายของประเทศที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการบูรณาการ (โปรดขยายความและเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง)

ประเทศไทยมีผู้เสียหายเสพติดจำนวนมาก โดยข้อมูลจากสำนักงาน ป.ป.ส. พบว่า มีจำนวนผู้เสียหายเสพติดสูงถึง 168,569 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 20 เม.ย. 2565) ประกอบกับรายงานผลการสำรวจประชากรที่มีการใช้ยาเสพติดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 ของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการบำบัดทั่วประเทศ 74,981 คน โดยส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดกลุ่มประเภทสารกระตุ้นประสาท ส่งผลให้มีผู้ป่วยทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดอาชญากรรมหลากหลายรูปแบบ เช่น การค้ายาเสพติด การปล้นชิงทรัพย์ เพื่อนำเงินไปซื้อยาเสพติดมาเสพ เป็นต้น ทำให้ประชาชนในสังคมรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีการเสนอข่าวในปัจจุบัน จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและต้องเร่งจัดการความเสี่ยง

ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีแนวทาง “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ทำให้ผู้เสียหายเสพติดต้องได้รับการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ หน่วยงานในระบบสาธารณสุขมีบุคลากรทางการแพทย์และสถานที่บำบัดรักษาผู้เสียหายเสพติดไม่เพียงพอ กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใช้เวลานาน (ประมาณ 3 - 6 เดือน) และขาดการติดตามผลหลังจากเข้ารับการบำบัดรักษา ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยหลายรายไม่หายขาด และผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ฟิ้นฟูแล้ว ยังไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมเท่าที่ควร จึงนำไปสู่การเสพยาเสพติดซ้ำ

นอกจากนี้ การดำเนินการปราบปรามผู้ค้ายาเสพติด ก็เป็นส่วนสำคัญในการลดจำนวนผู้เสียหายเสพติด แต่ยังคงขาดการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ มีการนำผู้เสียหายเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาน้อย และขาดความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่รัฐกรณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมถึงการขยายผลการจับกุมผู้เสพไปสู่ผู้ค้า และดำเนินการยึดทรัพย์สินจากการค้ายาเสพติด

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามและบำบัดรักษาผู้เสียหายเสพติด จึงต้องมีการบูรณาการงานร่วมกัน ทั้งด้านการปราบปราม ด้านการบำบัดรักษาและติดตาม เพื่อลดจำนวนผู้เสียหายเสพติดลง และไม่ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษากลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

### 3. ระบุความพยายามที่ผ่านมาในการพัฒนา และแก้ไขปัญห (โปรดขยายความและเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง)

3.1 กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติดในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ตั้งเป้าเพิ่มอัตราการเข้ารับการบำบัดร้อยละ 25 จากเดิมและพยายามยกระดับการบำบัด พื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) ให้มากขึ้น ผลการเร่งรัดดำเนินการ พบว่ามีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองในตำบลแล้วจำนวน 9,789 แห่ง แบ่งเป็น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6,617 แห่ง สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3,172 แห่ง มีสถานพยาบาลยาเสพติดจำนวน 1,219 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 1,079 แห่ง และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) จำนวน 120 แห่ง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจำนวน 146 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) จำนวน 31 แห่ง ภาครัฐเครือข่ายจำนวน 64 แห่ง และ ภาคเอกชน/องค์กรการกุศล จำนวน 51 แห่ง มีศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในชุมชนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน 2,837 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มีนาคม 2566)

กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดดำเนินการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกับองค์กรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การมีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้ครบทุกแห่ง มีการดำเนินงานแบบบูรณาการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติด การเร่งจัดให้มีบริการทอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดทุกโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปและครอบคลุมทุกจังหวัด แบ่งเป็น รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) จำนวน 1,255 แห่ง และรพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4,362 แห่ง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนการดำเนินงานของสถานฟื้นฟูภาคีเครือข่ายในพื้นที่จังหวัด รวมไปถึงการสร้างมาตรการในการควบคุม ป้องกัน ไม่ให้เจ้าหน้าที่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด โดยมีมาตรการสุ่มตรวจปัสสาวะทุก 3 เดือน

3.2 กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดการดำเนินการตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยมีการบูรณาการการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment) ให้ครอบคลุมทุกตำบล เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สังคม ร่วมกันดูแลผู้เสพยาเสพติดแบบ CBTx เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมและไม่กลับไปเสพยา นอกจากนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขยังดำเนินการโครงการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีคณะผู้บริหารและหน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม และติดตามการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แก่บุคลากร เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด และหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดน่านร่ง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

3.3 เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดให้มีศักยภาพในการดำเนินงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงการประชุมพัฒนาศักยภาพนักจัดการระบบและนักจัดการรายกรณีในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (System Manager & Case Manager : SM&CM) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และโครงการจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติดในรูปแบบ E-learning และโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2566 เป็นต้น

3.4 สำนักงานตำรวจแห่งชาติมีการดำเนินโครงการชุมชนยั่งยืน 1 โรงพัก ต่อ 1 ชุมชน ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1,873 ชุมชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด รวมถึงการพหุผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู

3.5 มีการลดผู้ค้าและตัดเส้นทางการค้ายาเสพติดโดยความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติมีการจับกุมผู้ค้าหลายราย และขยายผลให้สำนักงาน ป.ย.ป. ยึดทรัพย์สินของผู้ค้า

3.6 กระทรวงยุติธรรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงนามในบันทึกข้อตกลง MOU เร่งบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด นอกจากนั้นกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ยังมีข้อตกลง MOU ร่วมกับภาคเอกชน ให้โอกาสผู้กระทำผิดเข้าถึงการศึกษา การพัฒนาทักษะ และสงเคราะห์ทางอาชีพ ตลอดจนการจ้างงาน เพื่อสามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัว

3.7 กระทรวงกลาโหมร่วมกับสำนักงาน ป.ย.ป. และกรุงเทพมหานคร มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดเพื่อบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดภาคสมัครใจในค่ายทหารจำนวน 120 วัน เช่น กองพันทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 6 และกรมทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1

#### 4. ระบุถึงข้อจำกัด และประเด็นที่สามารถพัฒนาได้มากกว่าเดิม (โปรดขยายความและเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง)

4.1 รายงานข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต (1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตผิดปกติ 47,957 ราย ชาติรับตรวจตามนัดภายใน 6 เดือนถึงร้อยละ 17.17 ในบางรายเมื่อขาดยาจิตเวชทำให้อาการทางจิตกำเริบหรือใช้ยาเสพติดซ้ำได้ ซึ่งสัมพันธ์กับการก่อเหตุรุนแรงที่ผ่านมา ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ มีภาระงานมากขึ้นในการปฏิบัติงาน

4.2 ระบบบำบัดรักษายังไม่มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเท่าที่ควร สถานที่บำบัดไม่ครบวงจร สถานที่ไม่เพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีศูนย์บำบัดในชุมชนที่เป็นรูปธรรม และเข้าถึงได้ยาก ไม่สามารถรองรับผู้เข้ารับการบำบัดได้ทั้งหมด ไม่มีศูนย์บำบัดที่สามารถพักพิงทั้งระยะสั้นระยะยาวที่สามารถใช้กระบวนการบำบัดตามหลักวิชาการได้อย่างเต็มรูปแบบ การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องยังเป็นรูปแบบต่างคนต่างทำ ตลอดจนการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดระบบคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงอยู่ปะปนในชุมชนในสภาพแวดล้อมที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติด เมื่อระบบและกระบวนการบำบัดขาดประสิทธิภาพจึงทำให้สังคมมีความเสี่ยงจากผู้เสพยาเสพติด

4.3 ยังขาดกลไกพัฒนาด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในด้านการให้ความรู้และเร่งปลูกฝังเยาวชนให้รู้โทษภัยของยาเสพติดทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

4.4 ยังขาดการบูรณาการข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามผู้เสพยาหรือผู้ค้ายาเสพติดให้หลุดพ้นจากวงจรยาเสพติดอย่างยั่งยืน

4.5 ข้อมูลจากสำนักงาน ป.ย.ป. (1 ต.ค. 64 – 30 ก.ย. 65) พบว่า เรื่องร้องเรียนเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีทั้งหมด 323 เรื่อง ตรวจสอบแล้ว 249 เรื่อง จับกุมผู้ต้องหาที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดรวม 27 ราย ยึดทรัพย์สินรวมมูลค่า 33 ล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ค้ารายใหญ่ ทั้งนี้ การที่คนในองค์กรภาครัฐรับสินบนหรือมีส่วนได้ส่วนเสียในการค้ายาเสพติด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปราบปรามยาเสพติดไม่สำเร็จ

4.6 สังคม/ชุมชนเข้มแข็ง ต้องร่วมแรงรวมใจกัน ให้คนในชุมชนช่วยสังเกตและดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยผู้นำชุมชน/คนในชุมชนต้องมีเจตนาที่แน่วแน่เห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติดและเป็นผู้นำในชุมชนเพื่อประสานความร่วมมือในการร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยสร้างความเชื่อมั่น ให้โอกาส ลอดคดี และไม่ตัดสินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้

4.7 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ ลดข้อจำกัดของประเด็นปัญหาในพื้นที่ ควรมีการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมและกำกับติดตามผลการดำเนินงานจากหน่วยงานในสังกัด และภาคีเครือข่ายให้กำลังใจผู้ที่เข้ารับการบำบัด และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง



**5. วัตถุประสงค์ของการพัฒนาโจทย์นโยบาย และคุณค่า ที่ประเทศชาติ ประชาชน ผู้รับบริการ จะได้รับ (โปรดขยายความในส่วนที่หน่วยงานของท่านเกี่ยวข้อง)**











**เพื่อลดปัญหาจากผู้เสียหายเสพติด และลดจำนวนผู้เสพยา** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินการร่วมกันในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ทั้งในระบบการบำบัดรักษา และการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน คือการมองเห็นปัญหาร่วมกันจากชุมชน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และแผนการทำงานที่ชัดเจน ทำให้ชุมชนสามารถจัดการแก้ไขปัญหาและเกิดการพัฒนารูปแบบในการดูแลตนเองของคนในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ ตามแนวคิด CBTx รวมทั้งกำหนดมาตรการในการบำบัดรักษา พื้นฟู และสร้างกลไกในการติดตามผล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดซ้ำในผู้เสพยาเสพติด อีกทั้ง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชนให้หลุดพ้นจากวงจรการเสพยาเสพติดอย่างยั่งยืน ซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ควรมีการพิจารณาถึงการใช้ข้อมูลร่วมกัน การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงระบบสารสนเทศด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดกับฐานข้อมูล (Big Data) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหารในการแก้ไขปัญหาด้านยาเสพติดระดับประเทศ

อย่างไรก็ตามการดำเนินการ ลดจำนวนผู้ค้า ก็เป็นส่วนสำคัญในการลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด โดยต้องดำเนินคดีกับผู้ค้ายาเสพติด และเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และรวมถึงการขยายผลการจับกุมและดำเนินการยึดทรัพย์สินจากการค้ายาเสพติดซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดวงจรอาชญากรรม รวมทั้งกำหนดมาตรการในการป้องกันและลดการทุจริตและประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่ในกระบวนการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ตามแผนภาพความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

การกำหนดมาตรการเพื่อให้ผู้เสพและผู้ค้าหลุดพ้นจากวงจรยาเสพติดอย่างยั่งยืน ควรมีการดำเนินการต่าง ๆ อาทิ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด โดยมีการบูรณาการและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในด้านการบำบัดรักษาและติดตาม ประเมินผล มีการให้ความช่วยเหลือทางสังคมในด้านต่าง ๆ มีการสร้างอาชีพที่มีรายได้ให้แก่ผู้ที่บำบัดรักษา เพื่อให้ประกอบอาชีพที่เลี้ยงดูตนเองได้ รวมถึงควรมีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ระดับชุมชน ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติดแก่เยาวชนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

## ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Demand (ผู้เสพ)			Supply (ลดผู้ค้า)
การบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx)			ปราบปราม
ค้นหา คัดกรอง	บำบัดรักษา พื้นฟู	ติดตามและประเมินผล	
 ค้นหา คัดกรอง ในชุมชนเป้าหมาย   ส่งต่อข้อมูล เพื่อติดตาม หลังจากผู้ติดยาพื้นฟู   ประเมินคัดกรองก่อนเข้า กระบวนการบำบัดรักษา	 สร้าง Health Literacy และบำบัดรักษา ตามวิธี ที่เหมาะสมกับผู้เสพ   สนับสนุนงานด้าน กระบวนการยุติธรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบำบัดรักษา     สนับสนุนการดำเนินงานลดจนสถานที่ ในการฟื้นฟู ให้ความรู้ พัฒนาทักษะอาชีพ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพยา	 ติดตามผู้เข้ารับการบำบัด ให้ครบตามเกณฑ์การประเมิน การติดตามดูแลต่อเนื่อง   ติดตามพฤติกรรม ผู้ฟื้นฟูกับส่วนจิตใจ เพื่อกลับเข้าสู่สังคม อย่างมีคุณค่า	 การจับกุมผู้ค้า   ตรวจสอบและดำเนินการกับ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ เกี่ยวข้องกับยาเสพติด   ขยายผลให้สำนักงาน ป.ย.ป. ติดตามผู้ค้ารายย่อย

## กำหนดมาตรการเพื่อให้ผู้เสพและผู้ค้าหลุดพ้นจากวงจรยาเสพติดอย่างยั่งยืน

 สร้างชุมชนบำบัด  
อย่างเป็นรูปธรรม

 บูรณาการและส่งต่อข้อมูล  
เพื่อประโยชน์ในด้านบำบัดรักษา

 สร้างอาชีพ รายได้ให้แก่  
ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา

 พัฒนาแหล่งเรียนรู้  
ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

## 6. ความสอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

## 6.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)

 (1) ด้านความมั่นคง ระบุให้และมีการบูรณาการการดำเนินงานอย่างแท้จริง โดยปัญหาความมั่นคง  
เร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข เช่น ปัญหายาเสพติด

 (2) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนา คุณภาพชีวิต สุขภาวะ  
และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย การปลูกฝังค่านิยมและวัฒนธรรมโดยใช้ “ชุมชน” เป็นฐาน โดยการพัฒนา  
ผู้นำชุมชน ให้เป็นต้นแบบของการมีคุณธรรมจริยธรรม การสร้างความเข้มแข็งให้ ชุมชนในการจัดกิจกรรม  
สาธารณประโยชน์การจัดระเบียบสังคม รวมถึงการพัฒนาและปรับทัศนคติให้คนทุกช่วงวัยที่เคยกระทำผิด  
ได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่าง สงบสุขและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

(3) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ

(4) ด้านปรับสมดุลและการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ มุ่งให้ภาครัฐมีความโปร่งใส่ปลอดการทุจริตและประพฤติมิชอบ เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของกระบวนการและกลไกการปราบปรามการทุจริต การบังคับใช้มาตรการทางวินัย มาตรการทางปกครอง หรือมาตรการทางกฎหมายอย่างเคร่งครัด และการปรับปรุงประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายในกระบวนการยุติธรรมทุกขั้นตอน

6.2 แผนแม่บทภาคใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ได้แก่ (1) ประเด็นความมั่นคง (2) ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (3) ประเด็นพลังทางสังคม (4) การบริการประชาชนและประสิทธิภาพภาครัฐ (5) การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ และ (6) กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

6.3 นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2566 - 2570)

นโยบายและแผนความมั่นคงที่ 8 การป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด มีจุดมุ่งเน้น คือ การป้องกันประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การสกัดกั้นยาเสพติด และปราบปรามขบวนการค้ายาเสพติด ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้เกิดการยอมรับจากสังคม ประกอบด้วย 3 เป้าหมาย ได้แก่ เป้าหมายของนโยบายและแผนความมั่นคงที่ 8

เป้าหมายที่ 1 การป้องกันประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด

เป้าหมายที่ 2 การสกัดกั้นและปราบปรามเครือข่ายการค้ายาเสพติดในประเทศและอาชญากรรมข้ามชาติ

เป้าหมายที่ 3 ผู้เสพยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม และไม่หวนกลับเข้าสู่วงจรยาเสพติด

6.4 นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566 - 2570)

นโยบายที่ 2 นโยบายและแผนด้านการปราบปรามยาเสพติด มุ่งเน้นการปราบปรามทำลายโครงสร้างเครือข่ายการค้ายาเสพติดรายสำคัญ และกลุ่มองค์กรอาชญากรรมที่เป็นแกนหลักในขบวนการค้ายาเสพติด บูรณาการกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทั้งระบบ ยึดหลักการบังคับใช้กฎหมายที่เป็นธรรมบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน ปราศจากการแสวงประโยชน์โดยมิชอบและการใช้อำนาจเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

นโยบายที่ 3 นโยบายและแผนด้านการยึดทรัพย์สินคดียาเสพติด มุ่งเน้นการสืบหาทรัพย์สินที่ได้รับมาจากการกระทำความผิดร้ายแรงเกี่ยวกับยาเสพติดขยายไปสู่การใช้นโยบายยึดอายัดทรัพย์สินตามมูลค่า (Value Based Confiscation) เพื่อตัดวงจรการเงินของกลุ่มนักค้ายาเสพติด รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นโยบายที่ 4 นโยบายและแผนด้านการบำบัดรักษายาเสพติด มุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทาง Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) โดยการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างไม่เลือกปฏิบัติมุ่งเน้นการฟื้นฟูคนมุษย์ มุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน และสังคม รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข

## 7. บทบาทของหน่วยงานท่านในการขับเคลื่อนโจทย์การบูรณาการ

### 7.1 บทบาทในการบูรณาการการขับเคลื่อน

- (1) ประสานงานกับหน่วยงาน หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกัน บำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยา สาร และพฤติกรรมเสพติด
- (2) บริหารจัดการดูแลระบบฐานข้อมูลด้านบำบัดฟื้นฟู ลดอันตราย และสารเสพติดของประเทศไทย
- (3) ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยด้านยา สาร และพฤติกรรมเสพติดของประเทศไทย
- (4) พัฒนามาตรฐานและรองรับคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพติดและผู้ติดยาเสพติด โดยแบ่งออกเป็น
 

<u>ระยะเร่งด่วน</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เร่งรัดการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดตั้งศูนย์ คัดกรองให้ครอบคลุม</li> <li>2. บูรณาการการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment) ให้ครอบคลุมทุกตำบล</li> </ol>
<u>ระยะกลาง</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เร่งรัดจัดตั้ง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของภาคีเครือข่าย และ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม</li> <li>2. สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ร้ายได้ซึ่งติดยาเสพติด</li> </ol>
<u>ระยะต่อเนื่อง</u>	ควบคุมกำกับ ติดตาม ศูนย์คัดกรอง / สถานพยาบาลยาเสพติด / สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด / ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม และ การใช้ชุมชนเป็นฐานการบำบัดยาเสพติด (Community Based Treatment) ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

### 7.2 ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ

- (1) ลดความรุนแรงและลดการก่อเหตุรุนแรงซ้ำ จากผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดและผู้ป่วยยาเสพติด
- (2) ผู้ปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการป้องกันความเสี่ยงการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติด และสามารถส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
- (3) ลดคดีความที่เกิดจากการก่อเหตุ และการปะทะของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- (4) เพิ่มศักยภาพหน่วยงานในสังกัดและภาคีเครือข่ายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดสามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 8. หน่วยงานร่วมขับเคลื่อนโจทย์บูรณาการ (Stakeholders Identification)

ประเด็นการบูรณาการ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	บทบาท
<input type="checkbox"/> เพิ่ม Speed		
<input type="checkbox"/> ขยาย Spread		
<input checked="" type="checkbox"/> สร้าง Sustainability	กรมสุขภาพจิต / กรมการแพทย์ / สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมพัฒนาระบบและรูปแบบบริการสุขภาพ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและจิตเวช การวางระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์คัดกรองหรือสถานพยาบาลภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการให้ข้อมูลด้านวิชาการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและจิตเวชเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับเปลี่ยนบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ รพศ. รพท. ทุกจังหวัดเปิดให้บริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีโอกาสสร้างความรุนแรง
<input type="checkbox"/> เพิ่มการ Sharing		
<input checked="" type="checkbox"/> เพิ่ม Coordination	กระทรวงกลาโหม / กระทรวงมหาดไทย / กระทรวงยุติธรรม / สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	มีบทบาทสำคัญในการบูรณาการให้ความร่วมมือด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและจิตเวช เพื่อสนับสนุนและร่วมดำเนินการบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่เพื่อการค้นหา ส่งต่อบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด แก้ไขปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดเรื้อรัง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และการส่งต่อสนับสนุนให้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมรวมถึงการให้ความช่วยเหลือทางสังคมเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> Remove/Revised/Restructure		
<input type="checkbox"/> ปลดล็อคข้อจำกัด (Unlock)		
<input type="checkbox"/> ผลักดัน (Mobilize)		
<input type="checkbox"/> Monitor และ Evaluate		

### 9. พื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มประชากร หรือกลุ่มตัวอย่าง ที่จะใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ ทดสอบ ทดลอง ประเมินผลความสำเร็จ โจทย์นโยบายที่พัฒนาขึ้น

โครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SM-V) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

กลุ่มเป้าหมายพื้นที่ต้นแบบ 30 จังหวัด ประกอบด้วย

(1) พื้นที่กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 20 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ตาก หนองบัวลำภู มหาสารคาม อุบลราชธานี นครราชสีมา อุดรดิตถ์ กำแพงเพชร ปทุมธานี ชลบุรี สงขลา นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี สระบุรี สกลนคร ประจวบคีรีขันธ์ บุรีรัมย์ นราธิวาส และกรุงเทพมหานคร

(2) พื้นที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ 10 เขตจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พะเยาโลก สุโขทัย กาญจนบุรี เพชรบุรี ปราจีนบุรี ขอนแก่น อุดรธานี ยโสธร และปัตตานี

#### เหตุผล / ความเหมาะสมในการเลือกพื้นที่ต้นแบบ 30 จังหวัด

การดำเนินโครงการดังกล่าว เป็นโครงการที่ดำเนินการในระดับพื้นที่โดยกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่พบความรุนแรงของสภาพปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินการ และมีความพร้อมของพื้นที่ในการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วน โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวถือเป็นบุคลากรหลักสำคัญในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้การบูรณาการงานร่วมกันในระดับพื้นที่ และการประสานการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย การสนับสนุนการดำเนินงาน การควบคุมกำกับติดตามและประเมินผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 10. เป้าหมายและตัวชี้วัดในการขับเคลื่อนโจทย์การบูรณาการ (ผลผลิตที่ได้ในเดือนสิงหาคม 2566)

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ 2. ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนอื่น ๆ	1. ชุมชนในอำเภอพื้นที่เป้าหมาย มีมาตรการ/แนวทาง "ชุมชนจัดการตนเอง" อย่างน้อย 1 ชุมชน 2. พื้นที่มีแนวทางการประสานงานระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุฯ และ ตำรวจ 191 รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 3. พื้นที่มีแนวทางการรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสำหรับ ER ใน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลจิตเวช 4. มีแผนปฏิบัติการ (Action Plan) และการซ้อมแผนลักษณะ Tabletop Exercise อย่างน้อย 1 ครั้ง 5. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการดูแล และส่งต่อตามแนวทางที่กำหนดและมีการติดตามต่อเนื่องทุกราย 6. ไม่พบรายงานผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงในพื้นที่

**11. การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนโจทย์การบูรณาการ**

ผู้เข้าร่วม หลักสูตร ป.ย.ป.	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
ป.ย.ป. 2 (แต่งตั้งได้ไม่เกิน 2 คน)	1) นายแพทย์ภัทรพล จึงสม เจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ผู้อำนวยการสำนักงาน เลขานุการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
	2) นายศักดิ์ อัสภาชน์	ผู้ช่วยปลัดกระทรวง สาธารณสุข	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
ป.ย.ป. 3	1) นายแพทย์ภูงศ์ ไชยชิน	นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
	2) แพทย์หญิงนิชาภา สวัสดิ กานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระนั่งเกล้า	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
	3) นายแพทย์ธวัช ลาพิณี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อัญริกษ์สงขลา	กรมการแพทย์
	4) นายแพทย์ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์	กรมสุขภาพจิต
ป.ย.ป. 4	1) นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา	รองผู้อำนวยการสำนักงาน เลขานุการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
	2) นายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัย พาณิชย์วัฒนา	ผู้อำนวยการสถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	กรมการแพทย์
	3) แพทย์หญิงดุขฎิ์ จึงศิริกุล วิทย์	ผู้อำนวยการกองบริหาร ระบบบริการสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต
	4) นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระ สีมา	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข



**ป.ย.ป. 2** ได้แก่ รองหัวหน้าส่วนราชการระดับกรมหรือเทียบเท่า ทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการบูรณาการที่ต้องการขับเคลื่อน รวมทั้งรองหัวหน้าหน่วยงานภาครัฐประเภทอื่น เช่น องค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจ โดยมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานระหว่าง ป.ย.ป. 1 ป.ย.ป. 3 และ ป.ย.ป. 4 โดยนำโจทย์ของ ป.ย.ป. 1 ไปศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมและพัฒนาเป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนาที่นำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมโดยเร็วและสามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างยั่งยืน

**ป.ย.ป. 3** ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐในระดับพื้นที่ ทั้งในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ซึ่งรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการบูรณาการที่ ป.ย.ป. 1 ต้องการขับเคลื่อนให้เกิดผลเป็นรูปธรรม รวมถึงผู้นำชุมชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนข้อเสนอไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

**ป.ย.ป. 4** ได้แก่ ข้าราชการผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการบูรณาการที่ต้องการขับเคลื่อน โดยเป็นข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป หรือข้าราชการกำลังคนคุณภาพ เนื่องจากมีประสบการณ์การทำงานและความสามารถมากพอที่จะขับเคลื่อนแผนการดำเนินการ มีบทบาทเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรมภาครัฐ (Public Innovator) และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ



## ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษส่วนบุคคล

ชื่อ นายธิตพันธ์ ธานีรัตน์

### ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2548
- ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2550
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2552
- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไป แพทยสภา พ.ศ. 2552
- อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน พ.ศ. 2560

### ประสบการณ์การรับราชการ

- พ.ศ. 2548 – 2549 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
- พ.ศ. 2552 – 2557 แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- พ.ศ. 2557 – 2559 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพที่ 11 และปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยวิชาการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อีกหน้าที่หนึ่ง
- พ.ศ. 2559 – 2560 ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
- พ.ศ. 2560 – 2563 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก อีกหน้าที่หนึ่ง
- พ.ศ. 2563 – ปัจจุบัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา

### ผลงานทางวิชาการ

1. งานวิจัย เรื่อง Prevalence of Depression, HbA<sub>1c</sub> Level, and Associated Factors in Outpatients with Type-2 Diabetes, ทูลอดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย สำหรับนิสิตที่มีความรู้ ความสามารถสูง เพื่อเฉลิมฉลองวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษาประจำปีการศึกษา 2550, ตีพิมพ์ในวารสาร Asian Biomedicine, ฉบับเดือนสิงหาคม 2552

2. ผู้เขียนตำรา “ทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับบุคลิกภาพผิดปกติในทางจิตเวช” พิมพ์ครั้งที่ 2 ISBN: 978-616-321-074-6 วางจำหน่าย ณ ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์ฯ ปี 2555
3. งานวิจัย เรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากร โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, ตีพิมพ์ในวารสารสวนปรุง ปีที่ 29, ฉบับที่ 2, เดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2556
4. ร่วมพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองและแบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ภาษาใต้ ในชุมชนภาคใต้ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2559
5. ผู้เขียนหนังสือ “พลังชีวิต...คิดบวก” “พลังชีวิต...คิดให้ทัน” และ “พลังชีวิต...พินิจโรค” ปี 2558
6. งานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และความคิด (BPSD) ในผู้สูงอายุไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม, นำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 15, ระหว่างวันที่ 8-10 มิถุนายน 2559
7. งานวิจัย เรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ, นำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 15, ระหว่างวันที่ 8-10 มิถุนายน 2559
8. งานวิจัย เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (Dementia Screening Test : DST), ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 62, ฉบับที่ 2, เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2560
9. งานวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการปัญหาบุคลิกภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ปี 2561
10. ที่ปรึกษางานวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในสถาบันการศึกษา สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแวมไพร์หลวง ปี 2562
11. Admin เว็บไซต์กัญชาเพื่อการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [www.medcannabis.go.th](http://www.medcannabis.go.th) ปี 2562
12. ผู้แทนกรมสุขภาพจิตเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการพิจารณาและรับรองหลักสูตร การนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ครั้งที่ 4/2562 ปี 2562
13. คณะผู้แปล ICD-11 บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11: โรคจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรม หรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาท และโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง" ฉบับ แปลเป็นภาษาไทย (โดย อาจารย์สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ จัดพิมพ์โดย สำนักวิชาการสุขภาพจิต)
14. ที่ปรึกษางานวิจัย เรื่อง ความฉลาดทางการกีฬา: บทบาทของความสามารถทางสมองที่มีต่อความสำเร็จทางการกีฬาในนักกีฬาเยาวชนไทย สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ปี 2563

15. งานวิจัย เรื่อง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในการอบรมหลักสูตรนักรับบริการการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 37 ปี 2564

16. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ตามประกาศคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เรื่อง การขึ้นทะเบียนผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อช่วยเหลือการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ กรรมการ คณะอนุกรรมการ สำนักงาน พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการหรือสำนักงานแต่งตั้ง (ฉบับที่ 2) ประกาศ ณ วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2565

### รางวัลหรือทุนการศึกษา (เฉพาะที่สำคัญ)

- พ.ศ. 2553 ได้รับรางวัลข้าราชการดีเด่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2555 เป็นผู้แทนกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมหลักสูตรอบรมพัฒนาผู้นำคลื่นลูกใหม่ในราชการไทย รุ่นที่ 15 สำนักงาน ก.พ.
- พ.ศ. 2556 ทุนศึกษาจากกรมสุขภาพจิต ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ณ ประเทศออสเตรเลีย
- พ.ศ. 2556 ทุนเข้าร่วมหลักสูตร Clinical Management in TRD ณ เมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น
- พ.ศ. 2557 เป็นผู้แทนกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง รุ่นที่ 28 จากวิทยาลัยนักรับบริการสาธารณสุข
- พ.ศ. 2557 ทุนจากกรมสุขภาพจิตในการเข้าร่วมประชุม The Asian Conference on Psychology & the Behavioral Sciences 2014 ณ เมืองโอซาก้า ประเทศญี่ปุ่น
- พ.ศ. 2558 ทุนเข้าร่วมโครงการให้บริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ชุมชนไทย เขตบริหารพิเศษฮ่องกงและเขตบริหารพิเศษมาเก๊า แห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน
- พ.ศ. 2558 เป็นผู้แทนกรมสุขภาพจิตบรรยายและให้การอบรมแก่ชุมชนชาวไทย สาธารณรัฐนอร์เวย์
- พ.ศ. 2559 แพทย์เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรม รุ่นที่ 1 ณ สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม
- พ.ศ. 2559 ทุนจากกรมสุขภาพจิตในการเข้าร่วมประชุม Sichuan Provincial Health and Family Commission ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน
- พ.ศ. 2560 ทุนจากกรมสุขภาพจิต สำหรับผู้มีศักยภาพสูง (Talent Network) หลักสูตร Leadership and Change ณ Potsdam Center for Policy and Management (PCPM) ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี
- พ.ศ. 2560 ทุนแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางวิชาการสุขภาพจิตระหว่างกรมสุขภาพจิตและสาธารณรัฐประชาชนจีน ณ Hunan Provincial of Health and family Planning Commission ณ มณฑลหูหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

- พ.ศ. 2560 รับทุนจากกรมสุขภาพจิตเข้าร่วมประชุม Developing a Collaborative Research Platform and Professional Training Workshops for Smart Technology and Community Mental Health in Southeast Asia ณ ไต้หวัน

- พ.ศ. 2561 รับทุนจากกรมสุขภาพจิตในการเข้าร่วมประชุมประจำปีครั้งที่ 70 ของ American Academy of Neurology ณ ลอสแอนเจลิส แคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา

- พ.ศ. 2562 รับพระราชทานรางวัล หน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นด้านการพัฒนา คุณธรรมจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข จากสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา

- พ.ศ. 2562 ได้รับรางวัลดีเด่น หน่วยงานด้านความถูกต้องของการตรวจสอบ เวชระเบียนกรณีให้บริการผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามจังหวัด จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

- พ.ศ. 2562 รับทุนจากกรมสุขภาพจิตในการเข้าร่วมประชุม 14<sup>th</sup> World Congress of Biological Psychiatry ณ เมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา

- พ.ศ. 2562 – 2564 และ 2564 – 2566 แพทย์เชี่ยวชาญด้านกัญชาทางการแพทย์

- พ.ศ. 2564 เป็นผู้แทนกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมหลักสูตรนักรับบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 37 จากวิทยาลัยนักรับบริหารสาธารณสุข